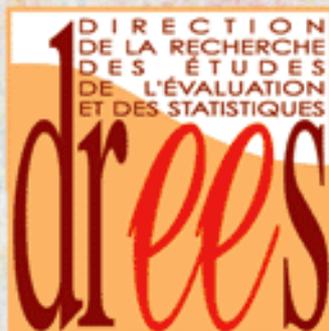




Ministère des affaires sociales,
du travail
et de la solidarité

Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées



Études et Résultats

N° 305 • avril 2004

Cet article constitue une première analyse d'une étude approfondie sur la prise en charge du handicap pour les personnes en âge de travailler dans quatre pays européens, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

Dans l'Union européenne, une personne en âge de travailler sur six déclare avoir un problème de santé ou un handicap de longue durée ; 27 % au Royaume-Uni, 25 % aux Pays-Bas, 20 % en Suède, mais 9 % seulement en Espagne.

De tels écarts dépendent en grande partie des représentations culturelles très différentes du handicap, et aussi du développement du dispositif d'aide et de soutien propres à chaque pays.

Un certain nombre d'orientations communes concernant la situation des personnes handicapées ont toutefois été impulsées par les organisations internationales.

Des représentations communes se forment progressivement en matière de handicap, tant au niveau des concepts que des modes d'action et des convergences se font jour, notamment autour de l'objectif d'insertion dans l'emploi.

Dans les quatre pays, les orientations politiques et le contenu des prestations financières sont déterminées au niveau central alors qu'en revanche, les aides humaines et les aides financières personnalisées relèvent des collectivités locales de proximité.

Si la structure des prestations est assez similaire d'un pays à l'autre, leurs niveaux diffèrent assez fortement ainsi que les degrés de handicap requis pour en bénéficier. À l'exception de l'Espagne, les trois autres pays ont cherché à restreindre le nombre d'allocataires de pensions d'invalidité dont les dispositifs avaient été largement utilisés pour maintenir en inactivité les travailleurs les plus âgés ou ceux jugés difficilement insérables. Depuis quelques années, un accent particulier est mis dans les quatre pays sur l'intégration professionnelle des personnes handicapées avec des politiques d'emploi spécifiques et dans certains pays, le recours aux quotas d'emploi et au travail protégé, révélateurs de conceptions différentes en matière de lutte contre les discriminations.

Sylvie Cohu, Diane Lequet-Slama
Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la santé et de la protection sociale
Drees

Avec la collaboration de Dominique Velche
CTNERHI

Les politiques en faveur des personnes handicapées en Espagne, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède

Selon Eurostat, en 2002, une personne sur six en âge de travailler dans l'Union européenne déclare avoir un problème de santé ou un handicap de longue durée. Les proportions sont sensiblement plus élevées au Royaume-Uni et aux Pays-Bas où plus d'une personne sur quatre se déclare handicapée (respectivement 27,2 % et 25,4 %) et en Suède où c'est le cas d'une personne sur cinq (19,9 %). En revanche, en Espagne, la part de la population se considérant atteinte d'un handicap est nettement plus faible : 8,7 %. De tels écarts sont bien sûr, à mettre pour une partie importante, au compte de représentations culturelles très différentes du handicap. On peut, à cet égard, penser qu'il existe une plus ou moins grande propension des personnes à se reconnaître handicapées en fonction du développement du dispositif d'aide et de soutien propres à chaque pays. Ce phénomène explique l'augmentation constante des taux de prévalence de l'invalidité dans les pays développés.



Cet article constitue une première analyse d'une étude approfondie sur la prise en charge du handicap pour les personnes en âge de travailler dans quatre pays, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède, recherche initiée par la Drees et menée conjointement avec le Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, CTNERHI, et une équipe d'experts des pays étudiés¹. L'intérêt d'une telle recherche était, au-delà des dispositifs mis en place et des réponses fournies par les différents pays, d'analyser plus en profondeur les logiques sous-jacentes, les définitions adoptées mais aussi les populations touchées par l'ensemble des politiques menées.

Conduire une comparaison au niveau international n'est toutefois pas chose aisée. En effet, les populations concernées ne sont pas les mêmes et les pratiques sont largement influencées par le contexte culturel, social et économique spécifique à chaque pays. La représentation du handicap et la manière dont il est perçu par le public, les décideurs et les personnes handicapées elles-mêmes modifient le choix et la conception des politiques.

Après avoir dans un premier temps, analysé globalement les politiques en faveur des personnes handicapées développées par chacun des pays et décrit le paysage institutionnel, nous étudierons les systèmes de prestations avant de détailler enfin les politiques mises en place dans le domaine de l'insertion professionnelle.

Des orientations différentes mais en voie de convergence notamment autour de l'objectif d'insertion dans l'emploi

Les politiques en faveur des personnes handicapées sont largement imbriquées dans l'ensemble des politiques sociales menées au sein de chaque pays, qu'il s'agisse des politiques de santé, d'emploi, de lutte contre la pauvreté, du logement, mais aussi du transport et même des politiques fiscales. Il apparaît donc parfois difficile de les analyser de façon isolée. Par ailleurs, de nombreux facteurs influent sur ces politiques, tels

par exemple la démographie, les changements du marché du travail, l'évolution technologique.

L'ONU, le Conseil de l'Europe et l'Union européenne ont toutefois impulsé un certain nombre d'orientations communes concernant la situation des personnes handicapées. Ainsi, s'agissant de l'Union européenne, les résolutions de 1996 du Conseil sur l'égalité des chances et la non-discrimination, et de 1999 sur l'égalité des chances en matière d'emploi ont eu un impact certain sur les politiques nationales. Ces représentations communes qui se forment progressivement en matière de handicap, tant au niveau des concepts que des modes d'action, ont influencé les différents pays européens, mais de façon variable selon les pays ; influence qui semble forte en Espagne où les mesures se réfèrent explicitement aux textes européens, plus lointaine en Suède, pays souvent précurseur dans la prise en charge du handicap.

En Suède, la politique de prise en charge du handicap repose sur une vision cohérente. Fondée sur l'idée que les désavantages induits par le handicap sont surtout liés à l'inadaptation de l'environnement économique et social, impulsée par les associations, privilégiant les principes généraux d'égalité, de non-différenciation et d'intégration, elle a comme axes majeurs la suppression des grandes institutions d'hébergement. Cette politique s'est traduite par la mise en place d'un véritable droit à l'assistance personnelle, à l'accessibilité, par des prestations généreuses et par une volonté affirmée d'assurer l'emploi pour tous.

La crise économique qui a frappé le pays dans les années 90 a toutefois conduit à des prestations et des services sociaux plus ciblés et moins universels qu'auparavant. L'application des conditions d'accès aux prestations est devenue plus stricte. Plus récemment, le vieillissement de la population, plus important que dans la plupart des autres pays européens, dans un contexte de faible taux de chômage ont conduit le gouvernement à réfléchir à des politiques d'emploi plus actives, notamment pour les personnes en invalidité.

L'Espagne a également choisi de présenter une stratégie globale pour la prise en charge des personnes handicapées, dans la lignée des orientations européennes. En 1978, l'article 49 de la constitution fait obligation aux pouvoirs publics d'assurer les mêmes droits aux personnes handicapées qu'aux autres citoyens. En 1982, la loi d'intégration des personnes handicapées (LISMI) couvre tout le champ du handicap et rationalise le dispositif antérieur en s'inspirant des normes internationales.

Autonomie des personnes handicapées, participation à la vie sociale et accessibilité sont les grandes lignes des derniers plans d'action adoptés avec dans le Plan national d'action pour l'emploi des possibilités nouvelles de formation et d'accès à l'emploi ordinaire. Les associations ont désormais un rôle moteur dans la conception des principales lois ayant trait au handicap. À l'heure actuelle, un certain nombre de projets visent à l'adoption de mesures relatives à la non-discrimination, l'égalisation des chances et à l'accessibilité.

Aux Pays-Bas, la générosité du dispositif de prise en charge de l'invalidité a conduit à un nombre de pensionnés de plus en plus élevé, notamment pour les travailleurs âgés. Les politiques de prise en charge du handicap qui sont intervenues depuis 1986, ont pu alors être qualifiées de « bataille contre le nombre » par certains experts (Van Oorshot et Boos, 2001). Nombre de dispositions ont ainsi visé à restreindre l'accès aux prestations, et à responsabiliser les employeurs, avec l'objectif de remettre au travail certains bénéficiaires de pensions d'invalidité. L'introduction d'opérateurs privés au sein de l'assurance invalidité et dans le dispositif de réinsertion des personnes handicapées constitue un point fort de la politique néerlandaise, caractérisée, en outre, par de nombreux changements législatifs et un nombre élevé de places d'emploi protégé.

Au Royaume-Uni, les développements récents de la politique en faveur des personnes handicapées s'orientent autour de deux lignes d'action : l'accent mis sur la législation anti-discrimination complétée par le renforcement des droits

1. L'équipe d'experts était composée de : Miguel Angel Verdugo et Borja Jordàn de Urries (Espagne), Edwin de Voos (Pays-Bas), Patricia Thornton (Royaume-Uni), et Stig Larsson (Suède).

civils des personnes handicapées, et l'activation des prestations pour favoriser leur accès à l'emploi à travers la stratégie des *New Deal* pour l'emploi.

La loi anti-discrimination de 1995 impose aux employeurs de ne pas traiter moins favorablement une personne en raison de son handicap. En cas de différend, c'est toutefois à la personne handicapée d'apporter la preuve de la réalité de la discrimination. Cette loi est en cours de révision.

Contrairement à la situation en Suède et en Espagne, l'influence des associations sur la politique conduite en matière de handicap reste toutefois assez marginale au Royaume-Uni.

L'une des orientations convergentes observées dans les quatre pays depuis une dizaine d'années est la volonté d'insérer les personnes handicapées dans l'emploi. Aux Pays-Bas, en Suède, au Royaume-Uni, cet objectif s'accompagne d'une volonté manifeste de réduire l'accès aux prestations d'invalidité, longtemps utilisées comme dispositif de sortie du marché du travail ou de préretraite pour des personnes en difficulté ou des travailleurs âgés.

Malgré des orientations politiques générales qui semblent désormais se rapprocher, la part des richesses nationales consacrée aux dispositifs en faveur des personnes handicapées varie de façon importante selon les États (tableau 1). Le ratio rapportant l'ensemble des dépenses d'invalidité à l'ensemble des dépenses sociales varie de 1 à 3 entre l'Espagne et la Suède ou les Pays-Bas². Les seules pensions d'invalidité représentent, en Espagne, 12,2 % des pensions accordées contre 11,4 % au Royaume-Uni, 17,9 % en Suède et surtout 21,6 % aux Pays-Bas.

Municipalités et régions, pivots de la prise en charge des personnes handicapées

Dans les quatre pays, les orientations de la politique du handicap et le contenu des prestations financières sont déterminés au niveau central. En revanche, les aides humaines et les aides fi-

nancières personnalisées sont attribuées par les collectivités locales de proximité, c'est-à-dire par les communes et municipalités et financées soit directement par elles, soit en partie par les régions (Espagne). En Suède, cependant, les besoins en aide personnelle des personnes les plus lourdement handicapées (plus de 20 heu-

res par semaine d'aides) font l'objet d'un financement centralisé (tableau 2). Les aides techniques relèvent des comtés en Suède, des municipalités aux Pays-Bas. En Espagne, les personnes qui ont besoin d'appareillages techniques s'adressent essentiellement aux associations. Au Royaume-Uni, ces aides relèvent du ser-

T 01 les dépenses consacrées aux régimes d'invalidité

En pourcentage du PIB

Pays	Prestations d'invalidité		Prestations d'invalidité au sens large		Ensemble des dispositifs en faveur des personnes handicapées
	1990	1999	1990	1999	
Espagne	0,96	1,24	2,11	2,26	2,28
Pays-Bas	3,42	2,65	5,74	4,14	4,64
Royaume-Uni	0,88	1,27	1,39	1,52	1,54
Suède	2,03	2,05	5,21	4,02	4,66
Union européenne (moyenne sur 11 pays)	1,55	1,46	2,91	2,50	2,70

Prestations d'invalidité = prestations d'invalidité contributives et non contributives.
Prestations d'invalidité au sens large = prestations d'invalidité + indemnités maladie et accidents du travail.
Ensemble des dispositifs = Prestations d'invalidité au sens large + programmes pour l'emploi des personnes handicapées.
Source : OCDE, Rapport « Transformer le handicap en capacité », 2003.

T 02 partage des responsabilités entre les différents niveaux

	Niveau central	Niveau régional ou départemental (1)	Échelon local Communes, municipalités	Associations et autres, dont système de santé
Espagne	élaboration de Plans stratégiques (État) Prestations financières (État, <i>Imsero</i>)	Élaboration de Plans stratégiques régionaux Aides économiques directes (dans quelques communes autonomes) Hébergement collectif	Aides humaines	Aides techniques
Pays-Bas	Politique générale (État) Prestations (État, Sécurité sociale et employeur)		Aides humaines Certaines aides techniques Adaptation du logement, transport	Aides techniques (AWBZ, assurance santé pour les risques exceptionnels)
Royaume-Uni	Politique générale (État) Prestations (État, Sécurité sociale)	Évaluation pour l'attribution de la prestation <i>Disability Allowance</i>	Aides humaines : <i>Direct Payments</i> Hébergement en institutions, Adaptation logements, transports	Aides techniques (NHS)
Suède	Politique de cadrage général, orientations (État) Prestations financières (État, Sécurité sociale) Financement aides humaines pour très lourds handicapés (+ de 20 heures par semaine) (État)	Aides techniques	Aides humaines Hébergement collectif Transports Adaptation du logement et autres aides	

1. Communautés autonomes en Espagne, comtés en Suède.

2. Abramovici Gérard, la protection sociale en Europe, *Statistiques en bref*, Eurostat, novembre 2003.

vice national de santé et des autorités locales, le NHS fournissant la plupart des équipements les plus coûteux.

En Espagne, au niveau central, un organisme joue un rôle déterminant dans le système de prestations aux personnes handicapées : l'*IMERSO* (*Instituto de Migraciones y servicios sociales*), instance spécifique de la Sécurité sociale, qui est rattaché au ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale et gère à la fois les pensions d'invalidité et les services sociaux. Cette dernière compétence toutefois est transférée progressivement aux communautés autonomes, l'*IMERSO* ne conservant dans ce domaine qu'un rôle d'orientation et d'évaluation. En Suède, la gestion des prestations est assurée comme pour les autres risques, par l'Office national de sécurité sociale, le *RFV* (*Riksförsäkringsverket*) et ses caisses départementales et locales. Aux Pays-Bas, la gestion des pensions d'invalidité est assurée par la Sécurité sociale, l'*UWV* (*Uitvoering Werknemersverzekeringen*) qui dépend du ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, et directement par l'employeur la première année. L'appareillage et les soins de santé dépendent de l'*AWBZ*, assurance maladie universelle qui prend en charge les gros risques. Au Royaume-Uni, le *Department for work and pensions* est la principale autorité compétente aussi bien en matière d'emploi que de prestations pour les personnes handicapées tandis que les soins de santé relèvent du NHS.

Le rôle croissant des autorités locales dans la prise en charge des personnes handicapées est un élément important mais aussi une source de problèmes pour les politiques actuelles, notamment en Suède et en Espagne. En Espagne, tous les dispositifs doivent, pour être rendus applicables, être adoptés par les communautés autonomes (régions), ce qui peut conduire à des disparités selon les priorités effectivement retenues par chaque région. Le dispositif légal suédois, qui donne aux municipalités la responsabilité et la gestion des aides personnalisées, connaît aujourd'hui un certain nombre de problèmes d'application notamment en raison des inégalités financières liées au processus de décentralisation. Il en est de même aux Pays-Bas où les aides personnelles et techniques aux personnes handicapées sont très dépendantes des

budgets des municipalités et donc très variables dans l'ensemble du pays.

Des prestations financières centralisées et des aides à la personne relevant du niveau régional ou local

En matière de prestations sociales, les quatre pays ont mis en place des niveaux plus ou moins élevés de prestations et

d'aides financières (tableau 3), avec des degrés divers de sévérité requis pour l'ouverture des droits et des formes variées de gestion des dispositifs.

Il est difficile de comparer réellement les taux moyens de remplacement du revenu que permettent les prestations liées à l'invalidité dans chaque pays. L'OCDE fournit toutefois, dans son rapport 2003³ (tableau 4), des taux de remplacement rapportés à des gains moyens qui montrent

T 03 prestations dans les quatre pays (destinataires et objectifs)

	Prestations	Financement	Destinataires	Objectifs
Espagne	<i>Incapacidad permanente</i>	Cotisations	Personnes souffrant d'un handicap (33 % au moins d'atteintes des capacités professionnelles)	Revenus de remplacement
	<i>Gran invalidez</i>	Cotisations	Personnes handicapées ayant besoin de l'aide d'une tierce personne	Revenus de remplacement
	<i>Pension no contributiva de invalidez</i>	Sécurité sociale (IMSBSO)	Personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 65 %	Minimum garanti pour les personnes invalides
Pays-Bas	<i>WAO</i>	Cotisations	Personnes salariées devenues invalides (taux d'invalidité minimum de 15 %)	Revenus de remplacement
	<i>WAZ</i>	Cotisations	Travailleurs indépendants (taux d'invalidité minimum de 25 %)	Revenus de remplacement
	<i>Wajong</i>	Impôts nationaux	Jeunes n'ayant jamais travaillé indépendants (taux d'invalidité minimum de 25 %)	Minimum garanti pour les personnes handicapées
	<i>PGB</i>	<i>AWBZ</i>	Personnes handicapées	Attribution d'une somme d'argent pour financer les aides personnelles
Royaume-Uni	<i>Incapacity Benefit</i>	Cotisations	Personnes invalides ayant cotisé un minimum de temps ou jeunes de moins de 25 ans avec un taux d'incapacité d'au moins 80 %	Revenus de remplacement
	<i>Income Support</i>	Impôts nationaux	Personnes handicapées de 16 ans et plus	Minimum garanti sous condition de ressources
	<i>Disability Living Allowance</i>	Impôts nationaux	Personnes handicapées ayant besoin de l'aide d'une tierce personne	Indemnité de compensation
	<i>Direct Payments</i>	Autorités locales	Personnes handicapées	Attribution d'une somme d'argent pour financer les aides personnelles
Suède	<i>Aktivitetsersättning (compensation d'activité)</i>	Cotisations et impôts nationaux	Personnes handicapées de moins de 30 ans (taux d'incapacité d'au moins 25 %)	Revenus de remplacement ou minimum garanti
	<i>Sjkersättning (compensation maladie)</i>	Cotisations	Personnes invalides de plus de 30 ans (taux d'incapacité d'au moins 25 %)	Revenus de remplacement
	<i>Handikappersättning</i>	Cotisations et impôts	Personnes handicapées de moins de 65 ans	Indemnité de compensation
	<i>LASS</i>	État	Personnes gravement handicapées ayant besoin de plus de 20 heures par semaine d'aides personnelles	Possibilité de choisir une enveloppe pour financer les aides personnelles
	<i>LSS</i>	Municipalités	Personnes gravement handicapées	Possibilité de choisir une enveloppe pour financer les aides personnelles

des disparités considérables entre les quatre pays. Avec un taux d'environ 25 % du gain moyen, le Royaume-Uni verserait la pension d'invalidité de longue durée la plus basse. En Suède, le taux de remplacement est élevé (près de 65 %) du fait de la couverture supplémentaire qui s'ajoute à la pension de base. Il en est de même aux Pays-Bas où des pensions généreuses sont souvent complétées par des conventions collectives. En Espagne, le taux de remplacement atteindrait ainsi 85 % pour les pensions d'invalidité contributives (destinées aux personnes ayant cotisé pendant une durée minimale).

À l'exception de l'Espagne, tous les pays ont cherché ces dernières années à restreindre le nombre d'allocataires de

pensions d'invalidité. Il est vrai que tant aux Pays-Bas qu'au Royaume-Uni et en Suède, ce dispositif a largement été utilisé pour maintenir en inactivité les travailleurs les plus âgés et ceux jugés difficilement insérables. Dans les trois pays, la majorité de la population bénéficiaire de la principale allocation invalidité a plus de 50 ans. Aux Pays-Bas, 42 % des bénéficiaires de la pension d'invalidité pour les travailleurs salariés (la WAO) ont plus de 55 ans et 31 % ont entre 45 et 54 ans. En Suède, au Royaume-Uni, deux tiers des bénéficiaires ont plus de 50 ans. En Suède, près d'un quart des pensionnés d'invalidité ont même plus de 60 ans. En revanche, alors que la majorité des allocataires sont des hommes aux Pays-Bas et surtout

au Royaume-Uni (respectivement 55 % et 66 %), les femmes sont les principales bénéficiaires des pensions non contributives en Suède et en Espagne⁴.

Dans les quatre pays, le taux de sortie des bénéficiaires de prestations d'invalidité est faible : 1 % en Suède, conforme à la moyenne observée dans les pays de l'OCDE, plus élevé pour les Pays-Bas (3 %) et pour le Royaume-Uni (5 %). Aux Pays-Bas, le taux plus élevé de sortie du dispositif serait dû au faible niveau de handicap exigé (15 % pour le régime WAO) et au fait que le régime général d'invalidité couvre également les accidents du travail⁵.

D'une manière générale, à l'exception des Pays-Bas où n'existe pas de prestation spécifique pour les accidents du travail, le dispositif en faveur des personnes handicapées ou invalides comprend, en général, quatre volets : l'assurance maladie, l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, l'assurance invalidité contributive et enfin des dispositifs non contributifs pour les personnes qui n'ont jamais travaillé.

Aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède, les indemnités maladie sont la principale voie d'accès aux dispositifs d'invalidité.

Les Pays-Bas sont le pays d'Europe où le nombre de pensionnés au titre de l'invalidité est le plus important. Fin 2002, près d'un million de personnes touchaient une pension d'invalidité dont plus de 802 000 au titre du dispositif pour les salariés devenus invalides (WAO). 18,1 % de la population en âge de travailler bénéficiaient à un titre ou un autre de mesures spécifiques (subventions de salaires, congé maladie d'un an, formations professionnelles particulières...). Le nombre de personnes bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui avait décliné à partir de 1996, s'est remis à croître fortement depuis 2000⁶. Toutefois, le nombre de pensions partielles parmi les nouveaux bénéficiaires est passé de 19 % en 1990 à 45 % en 2001.

3. Rapport OCDE 2003, déjà cité.

4. Rapports des experts participant à cette recherche.

5. Rapport OCDE 2003, déjà cité.

6. UWV, Mars 2003.

T 04 prestations dans les quatre pays (nombre de bénéficiaires et montants)

	Prestation	Nombre de bénéficiaires	Montants
Espagne	<i>Incapacidad permanente</i>	768 700 (2003)	Selon salaire antérieur. Montants moyens mensuels : 502 € (IPT) ; 750 € (IPA)
	<i>Gran invalidez</i>	23 600 (2003)	Selon salaire antérieur. Montants min/max : 700/2300 €/mois. Montant moyen mensuel : 1226 €
	<i>Pension no contributiva de invalidez</i>	207 300	Montants min/max : 67/269 € + 50% pour tierce personne Montant moyen mensuel : 293 €
Pays-Bas	<i>WAO</i>	802 500	6 fonction salaire antérieur. Plafond : 168 €/jour
	<i>WAZ</i>	56 200	6 fonction du revenu moyen des trois dernières années
	<i>Wajong</i>	134 000	6 pourcentage du salaire minimum
	<i>PGB</i>		
Royaume-Uni	<i>Incapacity Benefit</i>	Environ 2 millions	04 € par semaine
	<i>Income Support</i>		78 € par semaine (personne seule)
	<i>Disability Living Allowance</i>	2,4 millions	Montant pour soins : 100 à 350 € par mois Montant pour mobilité : de 100 € environ à 250 € par mois
	<i>Direct Payments</i>		
Suède	<i>Aktivitetsersättning (compensation d'activité)</i>		Montant garanti : de 2,10 fois à 2,35 fois le montant de base, soit de 750 à 840 €/mois
	<i>Sjukersättning (compensation maladie)</i>	480 000 pour les deux pensions invalidité (activité/maladie)	Montant garanti : 2,40 fois le montant de base, soit 860 €/mois
	<i>Handikappersättning</i>	61 000	3 niveaux compensation : de 1550 à 3000 €/an Montant moyen/mois : 170 €
	<i>LASS</i>	13 000	
	<i>LSS</i>		

Selon Philip De Jong⁷, la majorité de ces pensions partielles sont, en fait, accordées à des travailleurs âgés dans une optique de préretraite partielle.

Le dispositif invalidité a trois composantes : la loi WAO pour les salariés, la loi WAZ pour les travailleurs indépendants et la WAJONG pour les personnes atteintes d'un handicap précoce. Les taux d'incapacité minimum pour avoir droit à une pension sont très faibles : 15 % pour la WAO et 25 % pour les deux autres dispositifs.

La pension WAO, accordée après un an de perception des indemnités maladie, dépend, pour son montant et sa durée, de l'âge et du degré d'incapacité. Le dispositif est financé soit par des cotisations payées par l'employeur soit directement par l'employeur pendant les cinq premières années. Il assure au minimum 70 % de ses revenus antérieurs à un salarié dont le taux d'incapacité reconnu est d'au moins 80 %. Aucune pension WAO n'est accordée désormais avant l'âge de 32 ans. En revanche, à partir de 59 ans, la pension est attribuée jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans).

Le dispositif WAJONG accorde une allocation minimale aux personnes devenues handicapées avant leur 17^e anniversaire et aux personnes âgées de moins de 30 ans, atteintes d'un handicap durant leurs études, lorsqu'elles sont dans l'incapacité totale de travailler. La prestation ne peut être perçue avant l'âge de 18 ans. Le coût de cette allocation non contributive est supporté par l'État.

Enfin, le minimum non contributif invalidité est un supplément qui porte à la hauteur du minimum social les allocations WAO, WAJONG et WAZ.

La loi d'assurance contre l'incapacité de 1966 avait ouvert un droit à pension très large pour tout salarié de moins de 65 ans, malade depuis au moins un an. Dans une enquête réalisée en 1992, responsables politiques, employeurs, salariés reconnaissaient avoir délibérément utilisé ce dispositif d'invalidité à la place du chômage dans la mesure où il se révèle plus avantageux. La pension perçue

pouvait aller jusqu'à 100 % du salaire antérieur et ce jusqu'à la retraite.

Dès 1986, et surtout à compter de 1993, l'accroissement très important du nombre de personnes bénéficiant de ce dispositif a conduit le gouvernement à une réorientation de sa politique, dans le sens d'une restriction dans l'attribution des allocations. En 1993, la déclaration du Premier ministre, M. Lubbers, observant que les Pays-Bas sont « malades » est le prélude à une politique permanente de réformes visant à privilégier la réinsertion dans l'emploi des pensionnés d'invalidité. Les réformes successives et parfois contradictoires conduisent toutefois à une certaine instabilité juridique et à des difficultés d'application.

La loi PEMBA, par exemple, introduit des cotisations patronales progressives en fonction du nombre de salariés devenus bénéficiaires de prestations d'invalidité ainsi que la possibilité pour les chefs d'entreprise de sortir du régime de l'assurance sociale invalidité pour assurer eux-mêmes la couverture de leurs salariés pour ce risque.

En Suède, environ 11 % de la population active bénéficiaient, en 2002, de *pensions de retraite anticipée/invalidité*⁸. Tout assuré âgé d'au moins seize ans et présentant une invalidité physique ou mentale, considérée comme permanente, réduisant sa capacité de travail d'au moins 25 % peut bénéficier jusqu'à soixante-cinq ans d'une pension d'invalidité de base ; à quoi peut s'ajouter éventuellement une pension complémentaire.

La volonté des pouvoirs publics de réduire le nombre des bénéficiaires du dispositif a conduit à une réforme du système, mise en place en 2003. En effet, le nombre de personnes bénéficiant de congés maladie longue durée et surtout de pensions d'invalidité n'a cessé de croître durant les deux dernières décennies. Il est passé de 373 000 en 1991 à 490 000 à la fin de 2002 en ce qui concerne la seule invalidité. Une enquête de 1996⁹, portant sur les nouveaux allocataires, montrait que plus de quatre d'entre eux sur dix souffraient de problèmes musculo-squeletti-

ques, pour la plupart bénins ; 22 % des hommes et 19 % des femmes souffraient de troubles psychiatriques.

La *pension de retraite anticipée/invalidité* est ainsi remplacée par une allocation de *compensation d'activité* pour les personnes de 19 à 29 ans et par la prestation de *compensation maladie* pour les plus de 30 ans. Ces prestations sont intégrées au système d'assurance maladie. Leurs conditions d'attribution restent globalement inchangées. L'allocation de *compensation d'activité* ne pourra être attribuée que pour une durée de trois ans, renouvelable après nouvel examen des droits, sauf pour les personnes gravement handicapées « *n'ayant pu avoir un parcours scolaire normal* ».

Le nouveau dispositif étant trop récent, on ne dispose pas encore d'évaluation mais il convient de souligner qu'il ne remet pas en cause le faible taux d'incapacité de travail exigé (25 %) pour bénéficier d'une pension.

Au Royaume-Uni, les chômeurs qui avaient des problèmes de santé ont été, durant les années 80/90, incités à demander des prestations d'invalidité. Préoccupés dans les années 90 par la hausse continue du nombre de ces demandes de prestations dans un contexte de reprise économique, les gouvernements successifs en ont rendu plus difficiles les conditions d'attribution.

En 2002, selon le *Green Paper*¹⁰, 2,7 millions de personnes bénéficiaient d'allocations d'invalidité, soit 7,5 % de la population en âge de travailler. Le nombre d'allocataires a triplé depuis les années 70. Ce phénomène préoccupe d'autant plus les pouvoirs publics que dans l'enquête sur les forces de travail (*Labour Force Survey*) de 2001, 7,1 millions de personnes déclarent avoir une incapacité de long terme.

L'*Incapacity Benefit* (IB) est la principale de ces prestations. Environ 1,5 millions de personnes la perçoivent. Allocation contributive, elle peut être toutefois accordée, sous certaines conditions, depuis avril 2001, aux jeunes âgés de 20 ans (ou 25 ans pour les étudiants).

7. De Jong Philip, *Towards Mutual Responsibility : the Dutch Disability Experience*, Intervention au colloque OCDE, Vienne, 2003.

8. Calcul des auteurs.

9. Kruse Agnetus, *Social Security and Disability in Sweden*, in C. Prinz (ed), *European Disability pensions policies*, 2003.

10. *Pathways to Work : Helping People into Employment*, novembre 2002.

Les personnes en arrêt maladie depuis 28 semaines peuvent demander à bénéficier de cette prestation qui est temporaire durant deux ans puis devient permanente en cas de persistance du handicap. Les montants de l'*IB* varient selon sa durée d'attribution et peuvent être complétés pour atteindre le revenu minimum national (*Income support*).

Le nombre de bénéficiaires de l'*Incapacity Benefit* augmente considérablement avec l'âge. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à la percevoir, et ce dans toutes les classes d'âge. Plus d'un tiers (35 %) de ces bénéficiaires souffrent de problèmes mentaux et un peu plus d'un cinquième (22 %) de problèmes de dos.

Afin d'inciter les personnes handicapées à (re)prendre un emploi, des possibilités de cumul avec des revenus de travail ont été instaurées depuis avril 2002 ainsi qu'un crédit d'impôt pour les personnes qui travaillent au moins 16 heures par semaine. Il est désormais possible de cumuler l'*Incapacity Benefit* avec une rémunération de 20 Livres (soit environ 33 €) par semaine maximum, sans limitation de durée ou avec un gain maximum de 67,50 Livres (soit près de 100 €) par semaine durant 26 semaines, durée renouvelable avec l'accord du service de l'emploi.

Pour les personnes handicapées les plus sévèrement atteintes et les plus pauvres qui ne peuvent travailler, la *Disability Income Guarantee* (DIG) assure, par ailleurs, un revenu minimum supérieur à l'*Income support*. 130 000 personnes environ la perçoivent.

En Espagne, en mai 2003, 1,1 million de personnes, soit un peu plus de 4 % de la population en âge de travailler (16 à 64 ans), percevaient également une pension d'invalidité. La pension d'invalidité contributive, attribuée à partir de 33 % d'incapacité professionnelle, varie selon les capacités de travail résiduelles de la personne (encadré 1). La pension de grande invalidité est attribuée aux salariés qui ont une incapacité permanente d'exercer quelque profession que ce soit et ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour tous les actes essentiels de la vie quotidienne. Le nombre total de bénéficiaires de pensions d'invalidité

contributives versées par la Sécurité sociale s'élevaient à 792 000 en 2003.

Les personnes handicapées, âgées de 18 à 65 ans qui n'ont jamais travaillé ont droit à une pension d'invalidité non contributive si leur niveau de handicap est égal ou supérieur à 65 %. La pension est augmentée de 50 % si la personne a besoin de l'aide d'une tierce personne.

Le nombre de bénéficiaires de ces pensions d'invalidité non contributives n'a cessé de diminuer dans les années récentes et s'élève à 207 000 en 2003. Un peu plus de 63 % de ces bénéficiaires sont des femmes et 60 % ont plus de 45 ans¹¹.

En matière de compensation des surcoûts et d'assistance personnelle, des écarts importants entre les quatre pays

La Suède est parmi les quatre pays celui qui a développé la politique la plus globale et la plus ambitieuse s'agissant de l'ensemble des aides et des dispositifs destinés à favoriser l'autonomie des personnes handicapées. En Espagne, le rôle de la famille reste prédominant dans l'assistance fournie aux personnes handicapées. De plus, les écarts sont très prononcés en ce qui concerne les services proposés par les différentes communautés autonomes. Aux Pays-Bas, les municipalités se sont vues confier, depuis 1994, la responsabilité des politiques permettant de garantir aux personnes handicapées « leur participation sociale ». Dans ces trois pays, on peut constater de réelles différences dans les services offerts aux personnes handicapées selon la région ou la municipalité en fonction de leur richesse. Au Royaume-Uni, la prestation *Disability Living Allowance* distingue entre le besoin en soins et la mobilité. Calculée en fonction des besoins, elle est versée sans condition de ressources.

Dans les quatre pays, les aides ainsi attribuées sont fondées sur des mécanismes spécifiques du handicap et des besoins qu'il entraîne (encadré 1).

En Suède, l'allocation « handicap » destinée à compenser toutes les dépenses supplémentaires liées au handicap se fonde sur le besoin d'assistance de la

personne handicapée pour les actes de la vie quotidienne ou pour travailler. Elle peut être versée, en complément d'une autre prestation, à toute personne âgée de seize ans et de moins de soixante-cinq ans. Les personnes souffrant de cécité ou de surdité y ont droit automatiquement. Le niveau de compensation est fixé en fonction du besoin d'assistance et de l'étendue des coûts additionnels que doivent supporter les personnes. Un peu plus de 61 000 personnes en bénéficiaient en 2002.

Les personnes handicapées peuvent également demander une aide financière pour acheter ou équiper spécialement un véhicule. Cette aide est versée sous condition de ressources. Une allocation d'adaptation du logement leur permet, par ailleurs, de procéder aux aménagements nécessaires de leur logement et de leur environnement proche. Un service de transport est organisé par les municipalités. Il est assorti d'une participation financière dont le tarif varie selon les municipalités.

La Suède est, par ailleurs, le seul pays qui a véritablement reconnu un droit à l'assistance personnelle aux personnes handicapées, dans le cadre de sa politique globale de recherche d'autonomie et de désinstitutionalisation. Depuis 1993, la loi *LSS* accorde aux personnes souffrant de certains handicaps, énumérés limitativement, une allocation personnalisée prise en charge par les communes. Lorsque les besoins en assistance personnalisée, évalués par les experts de l'assurance sociale, dépassent 20 heures par semaine, les personnes handicapées sévères bénéficient d'une allocation versée par les assurances sociales (loi *LASS*) et financée par l'État. L'octroi de cette allocation n'est pas soumis à des conditions de ressources. Les bénéficiaires de la prestation sont majoritairement des hommes (55 %).

En Espagne, un complément de pension est attribué aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide d'une tierce personne. Des aides peuvent aussi être accordées, au niveau national, régional ou local, pour l'obtention du permis de conduire, l'achat et l'adaptation d'un véhicule, l'aménagement d'un appartement. Le Plan d'action en faveur des person-

11. Inmerso, Discapacidad, Datos estadísticos, 2003.

nes handicapées 1997-2002 prévoit le développement des aides à la personne dans le cadre d'une politique visant à favoriser une plus grande autonomie pour les personnes handicapées. Chaque communauté autonome devant adapter ce Plan pour le rendre opérationnel, l'avancement et l'étendue des dispositifs varient assez sensiblement selon les régions.

La famille continue toutefois à jouer dans ce pays un rôle essentiel en matière d'assistance personnelle aux personnes handicapées, comme d'ailleurs

aux personnes âgées. En effet, 91 % des personnes handicapées en âge de travailler vivent avec leur famille, moins de 3 % avec des personnes n'appartenant pas à la famille, environ 5 % vivent seuls et enfin 1 % seulement en centres d'hébergement. Moins de 5 % des ménages comprenant une personne handicapée de moins de 65 ans recevaient, selon les données disponibles, une aide à domicile.

Au *Royaume-Uni*, la principale allocation chargée de compenser les coûts

du handicap est la *Disability Living Allowance (DLA)*, prestation versée aux personnes handicapées de moins de 65 ans ayant besoin d'une aide pour les soins ou pour se déplacer. Prestation non contributive et non liée au revenu, elle peut s'ajouter à l'*Incapacity Benefit* ou à l'*Income Support*. Le nombre de ces bénéficiaires n'a cessé de croître, de 1,5 million en 1995 à 2,4 millions en 2002 (4,1 % de la population en moyenne). La proportion d'allocataires est particulièrement élevée dans certaines régions en

E•1

L'évaluation du handicap

Les prestations en espèces

En Suède, l'incapacité de travail reconnue pour bénéficier de la pension d'invalidité est d'au moins 25 %. L'évaluation est faite par un médecin de l'assurance sociale. Les besoins en aide pour bénéficier de l'allocation handicap sont évalués par les experts de l'assurance sociale selon trois niveaux : 36 %, 53 % et 69 %.

Aux Pays-Bas, pour bénéficier de la pension invalidité, il faut avoir 15 % (WAO) ou 25 % (WAZ, WAJONG) minimum d'incapacité de gain au travail. Pour la WAO, l'incapacité est évaluée à deux niveaux : un médecin de l'assurance évalue le degré d'incapacité au travail en dessinant un profil de capacité, c'est-à-dire un profil des types de tâches que le demandeur est capable ou non d'effectuer; un expert du travail évalue le degré d'incapacité en calculant la différence de gains entre l'emploi antérieur et celui qu'il pourrait obtenir désormais compte tenu de son invalidité. Cette évaluation est réalisée par ordinateur en utilisant le profil de capacité du demandeur. La décision concernant le taux d'incapacité est prise par une équipe pluridisciplinaire de l'administration de la Sécurité sociale (UWV).

En Espagne, la reconnaissance du handicap est réalisée par les équipes d'évaluation et d'orientation des communautés autonomes (régions) ou de l'IMSERSO (Sécurité sociale). Le degré de handicap est exprimé en pourcentages par l'équipe pluridisciplinaire qui comprend au moins un médecin, un travailleur social et éventuellement d'autres experts, à partir de barèmes se référant à des facteurs médicaux, à des facteurs sociaux, au besoin en aide d'un tiers et aux possibilités d'accéder aux transports en commun. Les facteurs médicaux se déclinent en cinq degrés d'incapacité induits par seize types de déficience dans les activités de la vie quotidienne.

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité contributive, l'assuré doit avoir une atteinte d'au moins 33 % de ses capacités professionnelles. La pension non contributive d'invalidité de la Sécurité sociale est attribuée sous condition de ressources à des personnes souffrant d'une incapacité de travail d'au moins 65 %.

Au Royaume-Uni, l'*Incapacity Benefit* est attribuée après deux séries d'examen médicaux : L'OOT (Own Occupation Test), qui certifie que la personne ne peut effectuer son travail même avec des aménagements, peut être remplacé par un certificat du médecin généraliste traitant ; le PCA (Personal Capability Assessment) est effectué après 28 semaines d'arrêt maladie. Test médical, il évalue les handicaps physiques, sensoriels et mentaux dans quatorze domaines. Contrairement à l'OOT, il ne se concentre pas sur les capacités de la personne à son travail mais évalue l'ensemble de ses fonctions. Ce test est réalisé par un médecin de la Sécurité sociale et un spécialiste du travail. La décision est prise par un décideur administratif non médical. Le bénéfice de la *Disability Living Allowance* est attribuée après une double évaluation administrative et médicale.

Les besoins en aides

En Suède, les prestations LSS et LASS – qui peuvent être accordées sous forme d'assistance personnelle ou sous forme d'enveloppe budgétaire – sont attribuées après une évaluation des besoins réalisée par les experts de l'assurance sociale. Pour les personnes handicapées qui ne relèvent pas de la LSS, les besoins en aide sont évalués librement par les services sociaux de la municipalité.

Aux Pays-Bas, l'évaluation pour avoir droit à la WVG est réalisée par les services médicaux des municipalités. La plupart d'entre elles se fondent sur un protocole modèle réalisé par l'association des municipalités mais elles n'ont pas d'obligation de s'y référer.

En Espagne, les besoins en aide sont évalués par des équipes d'évaluation et d'orientation des communautés autonomes.

Au Royaume-Uni, l'évaluation pour bénéficier de *Direct Payments* ou d'*Invalidity Living Fund* est faite par un travailleur social dépendant des autorités locales en se fondant sur un guide de référence nationale.

difficulté : 6,6 % au Pays de Galles, 5,8 % dans le nord-est de l'Angleterre.

Outre ces deux dispositifs nationaux, dont l'accès a été particulièrement restreint depuis avril 1997, la loi sur l'allocation personnalisée habilite les autorités locales à accorder des prestations attribuées au niveau municipal. Les autorités locales disposent d'une grande autonomie dans l'organisation du régime et dans la détermination du montant de l'allocation. Les personnes handicapées peuvent choisir de recevoir une somme d'argent pour financer directement les services dont elles ont besoin, une partie des frais étant supportées par elles. Selon une étude de Kestenbaum, citée par Lina Waterplas et Erik Samoy¹², des tensions importantes existent toutefois entre les attentes des personnes handicapées et les disponibilités budgétaires en matière d'assistance personnelle. Les politiques différentes des communes quant aux allocations personnalisées versées et leur montant sont, en outre, source de disparités importantes.

Aux Pays-Bas, depuis 1994, la loi sur l'aide aux personnes handicapées destinée à garantir leur « participation sociale » (loi *WVG*) oblige les communes à prendre en charge les frais d'adaptation des logements et les besoins relatifs aux transports. Ce dispositif ne concerne que les personnes atteintes d'un handicap permanent. Chaque commune doit déterminer par arrêté les modalités d'obtention ainsi que le montant de la participation financière exigée du demandeur. Cette participation varie selon les communes mais dans le cadre d'une limite annuelle fixée au plan national. Les aides et les services fournis sont toutefois dépendants des contraintes budgétaires des municipalités. Celles-ci tentent de maîtriser leurs dépenses en négociant la fourniture de services, de transport et de logements avec des sociétés privées.

Depuis 1996, les personnes handicapées peuvent également bénéficier d'une enveloppe budgétaire attribuée par les municipalités pour financer directement leurs besoins en services et soins infirmiers (*PGB*). Dans ce cadre, la personne handicapée peut choisir librement son

assistant ainsi que le nombre d'heures et le type d'assistance dont elle a besoin. Ces allocations ne peuvent être cumulées avec des services en nature. Toutefois, depuis 1998, ces enveloppes sont obligatoirement gérées par une instance spécifique, la *SVB*.

Des politiques spécifiques d'insertion dans l'emploi

Selon une étude d'Eurostat, en 2002, les personnes modérément ou légèrement handicapées, âgées de 16 à 64 ans, ont un taux d'activité et de chômage très proches de ceux observés pour les personnes valides au sein de l'Union européenne. Tel n'est pas le cas pour les personnes gravement ou très gravement handicapées qui sont respectivement 49 % et 78 % à être inactives, contre 27 % pour les personnes non handicapées. Parmi les actifs, les taux de chômage étaient également plus élevés chez les personnes gravement handicapées (10,9 %) et très gravement handicapées (12,8 %) que chez les personnes non handicapées (7,2 %).

Dans les quatre pays analysés dans cette étude, on constate un accent particulier, et renforcé dans la période récente, mis sur l'insertion professionnelle des personnes invalides. Le contenu des dispositifs mis en place varie cependant assez sensiblement : dispositifs spécifiques pour les personnes atteintes d'un handicap comme en Espagne et aux Pays-Bas, adaptation de la politique de *New Deal* au Royaume-Uni, volonté d'intégration dans les politiques générales d'emploi en Suède. À l'exception du Royaume-Uni, les incitations financières aux entreprises occupent une place majeure, dans les trois autres pays, dans les dispositifs d'insertion des personnes handicapées dans l'emploi ordinaire. Cette variété de dispositifs se traduit par des différences importantes dans la part des dépenses consacrées à l'emploi au sein de l'ensemble des dépenses d'invalidité. Ainsi, les dépenses publiques pour les dispositifs liés à l'emploi des personnes handicapées sont les plus élevées en Suède avec environ 14 % des dépenses d'in-

validité. Elles sont également élevées aux Pays-Bas (11 % environ) mais restent très faibles au Royaume-Uni (1,5 %) et en Espagne (environ 1 %)¹³.

En Espagne, les gouvernements avaient assez peu investi jusqu'aux années 90, dans des politiques visant à assurer un accès des personnes handicapées au travail non protégé. La loi d'intégration sociale de la personne handicapée (*LISMI*), adoptée en 1982 et révisée à plusieurs reprises, tente de coordonner les différentes politiques, notamment en matière d'emploi. Elle affirme la volonté des pouvoirs publics d'insérer les travailleurs handicapés principalement dans l'emploi ordinaire. Ce principe reste toutefois difficilement appliqué et la loi a été complétée en 1997, dans le cadre du plan pluriannuel pour l'emploi, par un accord entre le gouvernement et le *CERMI*, Comité espagnol des associations des personnes handicapées, sur « les mesures urgentes de réactivation de l'emploi ».

Des primes et subventions sont accordées aux employeurs pour l'embauche de personnes handicapées. Les employeurs sont tenus, par ailleurs, de réintégrer leurs salariés devenus handicapés après une formation professionnelle adaptée. Dans ce cas, l'employeur bénéficie de réductions de moitié des cotisations sociales durant deux ans. Par ailleurs, un registre spécial a été créé afin de faciliter le recrutement des personnes handicapées. M. Verdugo et Jordan de Urries¹⁴ soulignent toutefois le peu d'effet de ces dispositions dans la mesure où les entreprises qui ne se conforment pas à leurs obligations n'encourent pas de pénalisation effective.

Les Pays-Bas ont également connu un certain retard dans l'adoption de politiques encourageant les travailleurs handicapés à intégrer le marché ordinaire de l'emploi. Ce n'est, en effet, qu'en 1986 que le gouvernement, inquiet par la forte croissance du nombre de demandeurs de pensions d'invalidité, introduit, dans une loi sur l'emploi des travailleurs handicapés (*WAGW*), une obligation pour les employeurs de favoriser l'égalité des chances. Certaines de ses dispositions

12. Attribution d'un budget personnalisé, nouvelle panacée ou cheval de Troie, in *Revue Handicap* N° 90, avril-juin 2001.

13. Transformer le handicap en capacité, OCDE 2003.

14. Rapport 2003.

visent à réduire les difficultés rencontrées par les personnes handicapées par des aides techniques, l'adaptation et l'aménagement des postes de travail. La loi *REA* adoptée en 1998, et modifiée en 2000, prévoit de nouvelles incitations par le biais de réductions des cotisations sociales à la charge de l'employeur, de subventions pour l'adaptation de postes de travail et le financement du salaire de la personne handicapée nouvellement embauchée pendant une durée de six mois. Un budget personnalisé est, par ailleurs, attribué aux personnes handicapées pour leur permettre d'acquérir des prestations de formation et de réadaptation afin d'accéder à un emploi. Cette mesure a un caractère expérimental. Les évaluations de la loi *REA* n'ont pas démontré son efficacité mais il semble, selon les experts, que les institutions publiques aient du mal à appliquer cette législation en raison des problèmes d'organisation et d'interprétation qu'elle soulève.

Récemment, la loi *SUWI* a mis en place des procédures dites de « courtage » pour la réinsertion des travailleurs handicapés, considérées comme une réorientation fondamentale par le gouvernement. Depuis 2001, en effet, la réadaptation et l'insertion dans l'emploi, financées sur fonds public, ne sont plus de la responsabilité directe du service public de l'emploi mais relève d'entreprises privées, spécialisées dans le domaine, qui interviennent après une mise en concurrence sur les prestations qu'elles proposent.

Au *Royaume-Uni*, depuis 1997, l'approche du nouveau gouvernement s'inscrit dans une démarche générale intitulée politique du *New Deal*. Cette politique ne se limite pas à des mesures favorisant le travail mais fait partie d'une stratégie plus globale dite « *Welfare to Work* ». La participation au *New Deal for disabled people* n'est toutefois pas obligatoire pour les personnes handicapées contrairement aux autres programmes de *New Deal*, destinés aux jeunes, aux parents isolés, et aux chômeurs de longue durée. Toutefois, à la suite du Livre Vert « *Pathways to Work : Helping People into Employment* », adopté en 2002, et qui indique que 700 000 personnes bénéficiaires de prestations d'invalidité souhaitent (re)trouver un travail, diverses dispositions sont envisagées pour in-

citer plus fortement les personnes handicapées à participer à ces programmes.

En novembre 2002, environ 28 000 personnes seulement avaient rejoint ce programme et un peu plus de 6 000 personnes avaient trouvé un emploi. Un crédit d'impôt (*Working Tax Credit*) complète le dispositif pour inciter les personnes handicapées à (re)trouver un emploi en rendant leur rémunération plus attractive. Devant le peu de succès remporté par ce programme, le gouvernement propose de renforcer le système en obligeant les personnes handicapées à rencontrer, préalablement à toute demande de prestation, un spécialiste du recrutement (*job broker*).

Par ailleurs, un programme spécifique d'aide à l'emploi (*Workstep*) propose des emplois dans le secteur associatif ou dans des entreprises ordinaires à environ 23 000 personnes. Il peut être utilisé à titre exceptionnel dans le cadre du maintien dans l'emploi d'un travailleur devenu handicapé.

En *Suède*, l'axe central de la politique gouvernementale est de favoriser autant que possible l'accès des personnes handicapées aux emplois en milieu ordinaire. Plusieurs dispositifs existent qui peuvent se superposer.

Un programme pilote lancé en 1993, *SIUS*, a été généralisé en 1998 à l'ensemble du territoire. Il offre un soutien individuel au demandeur d'emploi handicapé pour le préparer à l'embauche et l'aider durant ses six premiers mois de travail, soutien renouvelé une fois en cas de besoin.

Par ailleurs, depuis 1980, les instituts pour l'emploi (*AMI*) aident les demandeurs d'emploi en évaluant leurs compétences, en les orientant et en leur proposant des stages individuels d'adaptation et de réadaptation au poste de travail. Ce programme, ouvert à tous publics, bénéficiait à plus de 80 % aux personnes handicapées en 2001, soit à environ 6 000 personnes en moyenne par mois.

Les travailleurs handicapés ayant droit aux mêmes salaires et avantages que ceux prévus dans la convention collective applicable à leur entreprise, les employeurs qui embauchent une personne reconnue comme ayant une capacité de travail réduite peuvent recevoir une compensation financière. Cette subvention est conçue comme provisoire car liée au dé-

veloppement de la capacité de travail du bénéficiaire, et ne doit pas théoriquement excéder une durée de quatre ans. En réalité, 3 % seulement de ceux qui sont entrés dans le dispositif en sortent au bout du délai prévu. En 2001, cette mesure concernait environ 51 000 personnes.

Les travailleurs handicapés peuvent aussi bénéficier d'une *subvention à la création d'entreprise* lorsqu'ils sont chômeurs. Ce programme est l'un des plus anciens puisqu'il date de 1915.

Quotas d'emploi et travail protégé, des révélateurs de conception différente en matière de politiques du handicap

Deux types de conception des politiques du handicap coexistent et se superposent dans l'Union européenne. Si certains pays comme le Royaume-Uni ont mis en place une législation anti-discrimination, d'autres comme les Pays-Bas, l'Espagne ont plutôt privilégié des dispositifs d'assistance sociale où la non discrimination n'est pas le fondement central. Dans cette conception, les difficultés que rencontrent les personnes handicapées nécessitent des dispositions spécifiques pour favoriser leur insertion dans l'emploi, tels des quotas et des centres de travail protégé. En Suède, une loi anti-discrimination a été adoptée récemment mais la politique en faveur des personnes handicapées a toujours privilégié les principes généraux d'égalité, de non différenciation et d'intégration dans tous les secteurs de la vie économique et sociale. La Suède ne s'est donc résolue qu'assez tardivement à mettre en place des entreprises de travail protégé en soulignant toutefois qu'elles n'étaient qu'une étape transitoire.

En Espagne, des quotas d'emploi de 2 % dans les entreprises de 50 salariés et plus et de 3 % dans les administrations publiques ont été instaurés par la loi *LISMI*, avec toutefois la possibilité de mesures alternatives. En réalité, ces obligations sont peu respectées, les postes réservés étant le plus souvent attribués à des personnes sans incapacité. Aux Pays-Bas, la loi de 1986 n'impose pas réellement un quota d'emploi mais se donne pour objectif d'atteindre des taux d'emploi de 3 à 5 % de travailleurs handicapés dans les entreprises, par négociations

entre les employeurs et les syndicats. En cas d'échec, il était envisagé que cette obligation d'emploi puisse être imposée. Toutefois, malgré le non respect de ces quotas, la réforme récente conserve l'aspect volontaire du dispositif pour les employeurs. En revanche, les quotas d'emploi n'existent pas au Royaume-Uni, en raison de la politique de non discrimination, ni en Suède où la référence à une conception du handicap qui en attribue la responsabilité à l'environnement social s'oppose à des mesures d'insertion spécifiques.

Autre dispositif, alternatif à l'emploi ordinaire, le travail protégé n'a pas non plus la même importance dans les politiques d'emploi des différents pays. Si l'Espagne met l'accent sur le renforce-

ment de ce secteur, les Pays-Bas tentent de réduire sa croissance pour des raisons de coût, en restreignant les critères d'accès. Il est vrai qu'avec 90 000 personnes employées dans plus de 250 établissements et des listes d'attente importantes (plus de 20 000 personnes), le travail protégé (*WSP*) y est particulièrement développé. En Espagne, deux types de centres de travail protégé coexistent, les centres occupationnels (*CO*) pour les personnes les plus lourdement handicapées et les centres spéciaux d'emploi (*CEE*) dont le nombre de salariés a très fortement augmenté (de 8 400 à 17 800 en quatre ans). Au Royaume-Uni, le secteur du travail protégé a une importance marginale au sein de la politique de l'emploi. *Remploy*, qui est le premier four-

nisseur de travail pour les personnes handicapées qui ne peuvent accéder au marché ordinaire de l'emploi, fait travailler 5 500 personnes handicapées dans ses propres unités. En Suède, l'entreprise *Samhall*, société anonyme dont le seul actionnaire est l'État mais qui s'inscrit dans les contraintes de rentabilité, emploie environ 25 000 personnes. Son objectif est d'assurer une transition vers le milieu ordinaire de travail et, à moyen terme, d'atteindre plus de 5 % de sorties du secteur protégé ; mais le taux réel de sortie du dispositif est de 2 à 3 % seulement. *OSA*, regroupe, par ailleurs, les emplois protégés du secteur public. Relevant principalement des municipalités, elle leur permet de minimiser les coûts salariaux dans certains services. ●

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/html/publication

un hebdomadaire : **Études et Résultats**

trois revues trimestrielles : **Revue française des affaires sociales**
revue thématique

Dossiers Solidarité et Santé
revue thématique

Cahiers de recherche de la MiRe

des ouvrages annuels : **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**
Comptes nationaux de la santé
Comptes de la protection sociale



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07
tél. : 01 40 15 70 00
Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr

LOGICIELS ECO-SANTÉ 2003[®]

Les logiciels Eco-Santé permettent d'accéder à des bases de données uniques

- Ils rassemblent de multiples séries statistiques décrivant le fonctionnement des systèmes de santé français et étrangers
- Ils regroupent l'ensemble des sources statistiques officielles dans le domaine de la santé et de la protection sociale
- Ils permettent de construire rapidement tableaux et graphiques
- Ils sont mis à jour annuellement

Eco-Santé France est une coproduction DREES/CREDES

Eco-Santé OCDE est une coproduction OCDE/CREDES

Pour commander Eco-Santé 2003 :
www.credes.fr ou tél : 01 53 93 43 06

CREDES : 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris