



EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE

ET D'INCLUSION SOCIALE

2009

ACTUALISATION ET MISE EN  
ŒUVRE DES MESURES LIÉES À  
L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

MADRID, 4-5 FÉVRIER 2010

**RAPPORT DE SYNTHÈSE**



Pour le compte de la  
Commission européenne  
Emploi, affaires sociales  
et égalité des chances



EXAMEN PAR LES PAIRS

EN MATIÈRE DE

PROTECTION SOCIALE  
ET D'INCLUSION SOCIALE  
2009

ACTUALISATION ET MISE EN  
ŒUVRE DES MESURES LIÉES À  
L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

STEINAR WIDDING  
WORK RESEARCH INSTITUTE

MADRID, 4-5 FÉVRIER 2010

**RAPPORT DE SYNTHÈSE**



Pour le compte de la  
Commission européenne  
Emploi, affaires sociales  
et égalité des chances



La présente publication bénéficie du soutien du programme communautaire pour l'emploi et la solidarité sociale (2007–2013). Ce programme est géré par la Direction générale « Emploi, affaires sociales et égalité des chances » de la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi et des affaires sociales, tels qu'ils sont énoncés dans l'agenda social, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'UE-27, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et précandidats à l'adhésion à l'UE.

PROGRESS a pour mission de renforcer la contribution de l'UE et d'aider ainsi les États membres à respecter leurs engagements et mener à bien leur action en vue de créer des emplois plus nombreux et de meilleure qualité et de bâtir une société plus solidaire. Dès lors, il contribuera :

- à fournir une analyse et des conseils dans les domaines d'activité qui lui sont propres ;
- à assurer le suivi et à faire rapport sur l'application de la législation et des politiques communautaires dans ces mêmes domaines ;
- à promouvoir le transfert de politiques, l'échange de connaissances et le soutien entre les États membres concernant les objectifs et priorités de l'Union, et
- à relayer les avis des parties prenantes et de la société au sens large.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter :

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=fr>

Davantage d'informations sur l'examen par les pairs en matière de protection sociale et d'inclusion sociale et sur l'évaluation en matière d'inclusion sociale peuvent être consultés sur : <http://www.peer-review-social-inclusion.eu>.

Le contenu de cette publication ne reflète pas forcément l'opinion ou la position de la Direction Générale « Emploi, affaires sociales et égalité des chances » de la Commission européenne. La Commission européenne ou toute personne agissant en son nom ne sont pas responsables de l'usage qui peut être fait des informations reprises dans cette publication.

2010

PRINTED IN BELGIUM



---

## Table des matières

Résumé	5
1. Contexte européen	7
2. Politique et situation dans le pays hôte — Espagne	13
3. Politique et situation dans les pays pairs	16
4. Contributions des parties prenantes européennes	26
5. Discussions lors de l'examen par les pairs	28
6. Conclusions et enseignements	36





## Résumé

Le vieillissement de la population européenne engendre une préoccupation croissante quant à la viabilité à long terme des régimes de protection sociale et de retraite en place dans les États membres. Face à cette situation, les pays européens doivent réduire à la fois le nombre de sorties prématurées du marché du travail, et le nombre de demandes de prestations. Les personnes devenues inactives éprouvent en effet une grande difficulté à revenir sur le marché du travail, laquelle s'accroît encore avec l'âge. Les problèmes de santé et d'invalidité sont une cause majeure d'abandon précoce de l'activité professionnelle et les prestations qui y sont associées sont, à leur tour, un élément déterminant de ce départ. Plus de la moitié des personnes âgées de 55 à 64 ans sont actuellement inactives et quelque 20% d'entre elles bénéficient de prestations liées à une sortie précoce du marché du travail.

Les États membres de l'UE ont développé des stratégies diverses en réponse à cette situation, et l'examen par les pairs organisé par l'Espagne s'inscrivait dans ce contexte.

L'Espagne elle-même vient d'entreprendre une réforme de son système de sécurité sociale qui vise notamment à éviter les situations dans lesquelles des personnes se trouvent exclues du marché du travail pour des raisons essentiellement liées à leur état de santé. Des efforts sont déployés pour inciter à la fois les employeurs et les travailleurs à s'intéresser davantage aux aptitudes qu'aux inaptitudes, et un système d'alerte précoce a été mis au point pour éviter de faire exercer des tâches professionnelles susceptibles de causer une invalidité.

L'amélioration de la gestion et la compression des coûts sont également au nombre des objectifs de la réforme, car le système espagnol actuel, caractérisé par une répartition des responsabilités entre le niveau national et régional, a donné lieu à de multiples complications en termes de gestion et à une forte hausse du coût des prestations d'incapacité. L'adoption, au cours des cinq dernières années, d'une série de mesures de compression des coûts a d'ores et déjà permis de réduire les dépenses.

Si tous les pays participant à l'examen par les pairs connaissent des problèmes similaires à ceux décrits par l'Espagne, ils ont adopté des approches et des dispositions différentes pour limiter le nombre de nouveaux allocataires du régime d'incapacité permanente et élaborer des mesures actives destinées à encoura-



---

ger les bénéficiaires de prestations d'invalidité à reprendre un travail. Les discussions entre pays pairs ont reflété cette diversité d'approches.

Les grands enseignements de la réunion organisée dans le cadre de l'examen par les pairs portent sur:

- la nécessité de se focaliser sur les aptitudes des personnes plutôt que sur leurs inaptitudes;
- la nécessité d'approches intégrées et personnalisées;
- la nécessité d'impliquer les employeurs en leur proposant des incitations et une aide efficaces, et de faire évoluer leur attitude grâce à des campagnes d'information;
- le recours à des «marche-pieds» — combinaison de prestations et de services d'emploi, par exemple — pour favoriser l'insertion professionnelle;
- la suppression des obstacles à l'emploi par un profilage des postes (adaptation du lieu de travail et du contenu du poste à la personne concernée);
- la nécessité de s'attaquer au problème de l'incapacité à la source et de se concentrer sur la prévention;
- la nécessité de gérer les flux de nouveaux allocataires en concevant un système de prestations qui tienne compte du caractère évolutif de l'incapacité;
- l'importance des questions de gouvernance, et de la consultation et de la participation des partenaires sociaux lors de la programmation et de la mise en œuvre de la réforme.



# 1. Contexte européen

Le vieillissement de la population européenne engendre une préoccupation croissante quant à la viabilité à long terme des régimes de protection sociale et de retraite en place dans les États membres. Face à cette situation, les pays européens doivent réduire à la fois le nombre de sorties prématurées du marché du travail, et le nombre de demandes de prestations. Les personnes devenues inactives éprouvent en effet une grande difficulté à revenir sur le marché du travail, laquelle s'accroît encore avec l'âge. Les problèmes de santé et d'invalidité sont une cause majeure d'abandon précoce de l'activité professionnelle et les prestations qui y sont associées sont, à leur tour, un élément déterminant de ce départ. Plus de la moitié des personnes âgées de 55 à 64 ans sont actuellement inactives et quelque 20% d'entre elles bénéficient de prestations liées à une sortie précoce du marché du travail. Ce groupe d'âge représente, dans l'ensemble de l'UE, plus d'un tiers de la population inactives en âge de travailler. Les principales raisons de l'inactivité sont la retraite, mais également le mauvais état de santé, les responsabilités individuelles ou familiales, et l'idée — fondée ou non — qu'il n'y a pas d'emploi disponible.

L'allongement de la vie professionnelle et la prévention des sorties précoces du marché du travail sont deux axes essentiels de la réforme des pensions encouragée dans le cadre de la méthode ouverte de coordination en matière de protection sociale et d'inclusion sociale (MOC sociale). Le vieillissement actif est un autre axe important de la stratégie européenne pour l'emploi et, par conséquent, de la stratégie de Lisbonne pour la croissance et l'emploi.

La Stratégie européenne en faveur des personnes handicapées<sup>1</sup> constitue, elle aussi, un volet important du cadre destiné à la réalisation de l'égalité de traitement dans le domaine de l'emploi, tout comme l'article 5 de la directive cadre sur l'emploi<sup>2</sup>, qui oblige les employeurs à prévoir des aménagements raisonnables sur le lieu de travail. La Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (2007) engage également, en son article 27, les pays signa-

1 Communication de la Commission européenne — Égalité des chances pour les personnes handicapées: un plan d'action européen (COM/2003/650); communication de la Commission européenne — La situation des personnes handicapées dans l'Union européenne élargie: plan d'action européen 2006–2007 (COM/2005/604); Communication de la Commission européenne — La situation des personnes handicapées dans l'Union européenne: plan d'action européen 2008–2009 (COM/2007/738).

2 Directive 2000/78/CE.



---

taires à prendre des mesures appropriées en faveur de l'emploi des personnes handicapées.

Le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans a progressé ces dernières années au sein de l'UE-27 puisqu'il est passé de 36% en 1997 à 44% en 2006. Il reste néanmoins peu élevé par rapport à l'objectif de 50% fixé à Lisbonne et par rapport aux normes internationales. L'augmentation attendue de l'espérance de vie, parmi les personnes âgées de 60 à 65 ans en particulier, devrait en outre intensifier la pression démographique exercée sur les régimes de retraite, et montre dès lors à quel point il est important de relever, au cours des prochaines décennies, le taux d'emploi parmi les personnes âgées de 55 à 64 ans.

Plusieurs études ont fait valoir que les réformes destinées à remédier aux sorties précoces du marché du travail devraient viser à :

- *restreindre les conditions d'éligibilité* tout en instaurant un cadre adéquat en vue de maintenir la participation de personnes plus âgées au marché du travail — des exceptions étant prévues en cas d'emplois particulièrement pénibles ou dangereux;
- *renforcer les dispositions incitant les salariés à travailler plus longtemps* (règles fiscales principalement) et les employeurs à embaucher des travailleurs plus âgés;
- *multiplier les possibilités d'emploi pour les travailleurs plus âgés et les travailleurs handicapés* en mettant l'accent sur l'amélioration des conditions de travail (prévention des problèmes de santé surtout), sur le développement de mesures actives (formation ou programmes spécifiques) destinées à faciliter la réinsertion professionnelle, et sur la mise en place d'aménagements raisonnables.

Il convient encore de citer, parmi les facteurs de réussite mis en évidence par diverses études, l'adoption d'une approche holistique du processus de réforme, afin de mobiliser un large consensus social, d'une part, et, de l'autre, la participation et l'engagement des partenaires sociaux et d'autres parties prenantes concernées.

Plusieurs États membres ont récemment entrepris des réformes dans le droit fil de ces lignes directrices:



- *des réformes en matière d'indemnités de chômage* destinées aux travailleurs plus âgés ont cherché à réduire les disparités au niveau des conditions d'éligibilité entre les travailleurs plus âgés et le reste de la population active, et à élaborer des mesures actives visant à multiplier les possibilités offertes aux travailleurs plus âgés sur le marché du travail;
- *des réformes en matière de prestations d'invalidité* ont cherché à faciliter la combinaison travail-indemnités en offrant des possibilités de reconversion professionnelle et en veillant à une meilleure adaptation des lieux de travail. Les mesures d'incitation destinées aux employeurs ont également été renforcées, afin de les encourager à embaucher des personnes ayant une capacité de travail réduite. Les incitations destinées aux bénéficiaires sont parallèlement réexaminées en vue de réduire les obstacles qui entravent le retour à la vie professionnelle. Une place de plus en plus large est faite par ailleurs à la prévention de l'incapacité et à la réadaptation professionnelle précoce des personnes souffrant de problèmes de santé;
- *des réformes en matière de prestations complémentaires de retraite* ont été menées en vue de diminuer, voire de supprimer, le recours précoce à cette option en resserrant les règles d'éligibilité et en attirant l'attention sur l'impact d'une sortie anticipée du marché du travail sur le niveau des indemnités futures;
- *des réformes fiscales* ont visé à inciter les employeurs à recruter des travailleurs plus âgés et à encourager leurs salariés à rester actifs.

Outre la réforme de leurs régimes de retraite et de prestations sociales, plusieurs États membres ont concentré leurs efforts sur l'intensification de la participation des travailleurs plus âgés à l'apprentissage tout au long de la vie; sur la promotion de la santé sur le lieu de travail; sur l'amélioration des services publics de l'emploi; et sur la lutte contre la discrimination fondée sur l'âge au travers d'une législation plus stricte et de campagnes de sensibilisation.

De nombreux États membres ont développé ou développent une approche de «guichet unique», à savoir un seul et même point de contact qui offre à la fois aux travailleurs handicapés et aux employeurs un aperçu de l'ensemble des mesures d'assistance mises à leur disposition, et qui oriente les clients vers les organismes adéquats. Cette approche peut effectivement encourager les employeurs



à embaucher des travailleurs plus âgés et souffrant d'une invalidité pour autant qu'une large publicité soit faite autour de ces guichets uniques, tant parmi les entreprises qu'au sein de la communauté des personnes handicapées.

De multiples enseignements peuvent être tirés des pays les plus performants, et l'Espagne a organisé l'examen par les pairs dans cet esprit. Une difficulté est cependant apparue au moment d'évaluer et de comparer les politiques et les réformes, à savoir que les actions en faveur de personnes handicapées s'adressent à un groupe extrêmement hétérogène et que la définition même de l'invalidité varie fortement au sein de l'UE et de l'OCDE. La définition peut aller jusqu'à varier à l'intérieur d'un même pays selon le contexte législatif considéré (assurances sociales ou législation du marché du travail, par exemple) ou selon l'instance législative considérée (nationale ou régionale, par exemple). Le bilan général de la prévalence de l'invalidité varie, de toute évidence, en fonction de la définition utilisée. De nombreuses statistiques se fondent sur la déclaration de l'intéressé lui-même et, selon ces chiffres, 15% environ des forces de travail souffrent d'une forme ou l'autre d'invalidité. Même s'il semble exister suffisamment d'éléments probants pour considérer que les indicateurs fondés sur l'auto-déclaration fournissent une image raisonnablement fiable de l'état de santé objectif du sujet, l'utilisation de ce type de données à des fins de comparaison internationale est contestée par une série de détracteurs qui affirment que la stigmatisation liée au handicap est plus marquée dans certains pays que dans d'autres.

L'analyse des politiques adoptées par les États membres en faveur des personnes handicapées conduit à une série d'observations. Tout d'abord, il est frappant de constater que la plupart des programmes de ce type remplissent plusieurs fonctions, parmi lesquelles la retraite anticipée. Dans certains pays, il est sans doute moins stigmatisant d'être sans travail pour raison de santé qu'en raison du chômage. Ces programmes sont également un instrument permettant de gérer certaines difficultés sur le marché du travail: réduction d'effectifs, licenciements ou restructuration. Or, au fil des années, des études ont montré que les personnes handicapées sont souvent capables et désireuses de travailler — pas nécessairement à temps plein ou dans des conditions standard (certains aménagements peuvent s'avérer nécessaires), mais l'utilisation de technologies d'assistance a élargi les perspectives d'emploi de nombreuses personnes souffrant d'une invalidité. Il se pourrait donc que l'élaboration de politiques prenant pour hypothèse que les personnes handicapées sont incapables de travailler soit une pratique erronée.



On observe également que, de manière générale, le nombre de personnes qui cessent de faire partie des bénéficiaires de prestations d'invalidité est très faible. Plusieurs raisons à cela: premièrement, le niveau d'instruction. En effet, les taux de prévalence de l'invalidité sont sensiblement plus élevés parmi les personnes peu instruites, qui occupent souvent des emplois exigeants sur le plan physique. De surcroît, les personnes handicapées ne sont pas toujours bien intégrées dans les systèmes d'enseignement et de formation. Deuxièmement, la question de l'âge. Dans de nombreux pays, l'octroi de prestations d'invalidité se concentre largement parmi les personnes âgées de plus de 50 ans. Si ce constat reflète la distribution par âge de la prévalence de l'invalidité, il semblerait qu'il s'explique également par la distorsion liée à l'âge inhérente à bon nombre de programmes d'insertion — la formation et la réinsertion professionnelles étant principalement proposées à des personnes de moins de 45 ans.

Ces défauts de conception des politiques en faveur des personnes handicapées sont à l'origine d'une situation dans laquelle des personnes en âge de travailler souffrant d'une invalidité dépendent le plus souvent de prestations d'invalidité ou d'une pension de retraite permanente en tant que source principale de revenu. Les indemnités de chômage jouent, de manière générale, un rôle beaucoup moins important en dépit des taux relativement élevés de non-emploi au sein de ce groupe.

Face à cette situation, des études réalisées en la matière ont formulé une série de recommandations:

- il faut *établir une distinction entre la situation au regard du handicap et la situation au regard du travail et du revenu*. Le terme «handicapé» ou «invalidé» ne devrait plus être synonyme d'«incapable de travailler». Le handicap ou l'invalidité devrait être reconnu(e) en tant qu'état tout en restant distinct(e) de l'éligibilité aux indemnités et de la perception de celles-ci — tout comme ce statut ne devrait pas être automatiquement considéré comme un empêchement de travailler. La situation au regard du handicap ou de l'invalidité, autrement dit l'état de santé et l'incapacité de travail qui en résulte, devrait être régulièrement réévaluée;
- il est important de *prévoir des dispositifs individuels travail/indemnités*. Il ne suffit pas, en effet, de veiller aux besoins financiers des personnes handicapées par le versement d'indemnités en espèces car cette approche tend à maintenir l'exclusion de bon nombre d'entre elles du mar-



ché du travail, voire même de la société. Chaque personne handicapée devrait pouvoir bénéficier d'un «dispositif de participation» adapté à ses besoins et capacités individuels. Ces dispositifs comprendraient une formation et une réadaptation professionnelles, une aide à la recherche d'un emploi et des possibilités de travail dans des formules très diverses (travail régulier, à temps partiel, subventionné ou protégé);

- *la perception des indemnités devrait en principe être liée* à la participation à des programmes d'emploi, de réadaptation professionnelle ou autres;
- *l'implication des partenaires sociaux* est un facteur déterminant de réussite de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées. L'efficacité des mesures adoptées dépendra de la volonté des employeurs d'aider ces personnes à conserver ou à commencer un emploi, et de faire les aménagements requis sur le lieu de travail;
- *le caractère précoce de l'intervention* revêt une importance critique;
- il convient, dans de nombreux pays, de *reformuler l'administration des programmes*, laquelle est souvent fragmentée et insuffisamment coordonnée;
- *les programmes en faveur des personnes handicapées devraient être conçus comme des programmes actifs*. Il arrive souvent que les régimes de prestation d'invalidité fonctionnent de facto comme des programmes de retraite anticipée, et conduisent dès lors à une sortie quasi-permanente du marché du travail. L'accent mis sur l'activation et les obligations respectives de la société et de la personne invalide devrait rapprocher la politique en la matière de la logique qui sous-tend les programmes axés sur le chômage, à savoir l'attente d'une contribution active et d'un effort de la part des bénéficiaires.

Faute d'être réformés, les programmes en faveur des personnes handicapées risquent bien d'attirer des candidats éprouvant de la difficulté à respecter les obligations plus rigoureuses imposées par les programmes destinés aux chômeurs. Une cohérence devrait être assurée entre les actions liées au handicap et les actions liées au chômage, afin d'étendre la culture des obligations mutuelles à l'ensemble des programmes en vigueur sur le marché du travail.



## 2. Politique et situation dans le pays hôte — Espagne

L'Espagne vient d'entreprendre une réforme de son système de sécurité sociale qui vise notamment à éviter les situations dans lesquelles des personnes se trouvent exclues du marché du travail pour des raisons essentiellement liées à leur état de santé. Des efforts sont déployés pour inciter à la fois les employeurs et les travailleurs à s'intéresser davantage aux aptitudes qu'aux inaptitudes, et un système d'alerte précoce a été mis au point pour éviter de faire exercer des tâches professionnelles susceptibles de causer une invalidité.

L'amélioration de la gestion et la compression des coûts sont également au nombre des objectifs de la réforme. Le système espagnol établit une distinction entre l'incapacité de travail temporaire et l'incapacité de travail permanente. Durant les douze premiers mois, l'incapacité temporaire pour raison médicale est attestée par un certificat hebdomadaire délivré par le médecin traitant la personne concernée. Cette procédure pose certains problèmes de gestion dans la mesure où les indemnités d'invalidité sont versées par le budget national, mais où la décision ouvrant droit aux versements est prise par des médecins responsables devant les régimes respectifs des dix-sept communautés autonomes espagnoles. Ces complications au niveau de la gestion sont à l'origine d'une forte augmentation des coûts liés aux prestations d'invalidité. Les dépenses de l'Institut national de sécurité sociale ont enregistré une hausse de 14,5% en 2003–2004. L'adoption d'une série de mesures visant à comprimer ces coûts au cours des cinq dernières années a néanmoins permis de réduire les dépenses de 4,92% entre 2007 et 2008.

L'une des mesures importantes a été la création d'équipes pluridisciplinaires pour l'évaluation de l'incapacité, lesquelles comprennent des inspecteurs médicaux travaillant directement pour l'Institut national. Ce dernier a signé en outre avec les services régionaux de santé des accords qui fixent des objectifs annuels en matière de contrôle des versements des indemnités d'invalidité.

Un règlement adopté en janvier 2006 confère à l'Institut la compétence exclusive de déterminer le statut de travailleurs en incapacité temporaire depuis 365 jours. Il peut décider qu'un travailleur doit reprendre le travail; qu'il doit bénéficier des prestations d'incapacité pendant 180 jours supplémentaires; ou qu'il doit entamer la procédure d'acquisition du statut d'incapacité permanente. En ce qui concerne

l'ensemble des travailleurs ayant atteint l'échéance des 365 jours en 2009, l'Institut a établi que 30% d'entre eux avaient retrouvé la capacité de travailler; que 16% devaient faire l'objet d'une nouvelle évaluation dans une perspective d'incapacité permanente en raison de déficiences cognitives ou de problèmes physiques; et que 54% devaient continuer de bénéficier de prestations d'incapacité temporaire pendant six mois supplémentaires.

En cas d'incapacité permanente, il appartient à l'Institut d'en déterminer le degré, lequel détermine à son tour la prestation payable. La procédure d'obtention de la reconnaissance d'une incapacité permanente peut être entamée avant ou à l'échéance des 365 jours mais obligatoirement, selon la loi, avant l'expiration de la période de 18 mois d'incapacité temporaire au plus tard. Il découle des arrêts de la Cour suprême que l'aggravation ou l'atténuation de l'invalidité est le seul critère pouvant désormais être utilisé lors de la réévaluation du degré d'incapacité permanente, une fois que celle-ci a été établie. Les exigences professionnelles ne sont plus prises en compte.

Le processus de réforme a également pour objectif d'établir un lien entre les prestations d'incapacité temporaire, d'une part, et, d'autre part, le processus de rétablissement et les besoins en matière d'emploi des personnes concernées, plutôt que leur pathologie sous-jacente. Des normes en matière de rétablissement sont définies selon les secteurs, considérant par exemple qu'un employé administratif qui se casse un bras se trouvera probablement moins longtemps en situation d'incapacité professionnelle qu'un ouvrier de la construction. L'Institut peut ainsi s'assurer que la durée de l'incapacité correspond aux normes sectorielles sur la base des codes de diagnostic figurant sur les certificats médicaux hebdomadaires du patient, transmis par voie électronique à l'Institut.

Plusieurs mesures ont par ailleurs été proposées pour limiter les sorties précoces des forces de travail pour cause d'incapacité: resserrement des conditions d'obtention des indemnités; actions en faveur de la réadaptation professionnelle des bénéficiaires; programmes de formation pluridisciplinaires visant à encourager la réadaptation, en particulier parmi les personnes peu qualifiées; formation à la recherche d'un emploi; et dispositions incitant les entreprises à embaucher des travailleurs présentant une invalidité permanente.

Le processus de réforme entrepris par l'Espagne peut tirer certains enseignements de précédents examens par les pairs, tels que celui organisé par la Fin-



---

lande en 2007 (Stratégies de vieillissement actif visant à renforcer l'inclusion sociale) et par la Suède en 2006 (Services intégrés de réinsertion: coordination de l'organisation et du financement).



### 3. Politique et situation dans les pays pairs

Si tous les pays participant à l'examen par les pairs connaissent des problèmes similaires à ceux décrits par l'Espagne, ils ont adopté des approches et des dispositions différentes pour limiter le nombre de nouveaux allocataires du régime d'incapacité permanente et élaborer des mesures actives destinées à encourager les bénéficiaires de prestations d'invalidité à reprendre un travail. Les discussions entre pays pairs ont reflété cette diversité d'approches.<sup>3</sup>

En **France**, plusieurs prestations sont mises à la disposition des adultes en âge de travailler qui souffrent d'une invalidité. Certaines sont liées à la vie professionnelle (pension d'invalidité, pension pour accident du travail ou maladie professionnelle), d'autres pas (allocation pour adultes handicapés). Par ailleurs, des mesures d'aide à l'insertion ou la réinsertion professionnelle couvrent l'ensemble des personnes handicapées, qu'elles occupent ou non un emploi. Les deux catégories principales de prestations sont la pension d'invalidité, prévue par la législation sur la sécurité sociale, et l'allocation pour adultes handicapés (AAH), qui relève de la partie législative du code de l'action sociale et des familles. À l'heure actuelle, 0,6 million de personnes environ bénéficient d'une pension d'invalidité, et près de 850 000 perçoivent l'allocation pour adultes handicapés.

La pension d'invalidité est un revenu de remplacement à l'intention des travailleurs dont la capacité de travail est réduite de 66% au moins. Elle est accordée par l'assurance-maladie après évaluation du degré d'invalidité par un médecin agréé auprès de la caisse de sécurité sociale. L'importance de la pension varie selon la capacité résiduelle de travail ou de gains.

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes souffrant d'une incapacité permanente d'au moins 80% ou, moyennant certaines conditions, comprise entre 50 et 79%. Le niveau d'incapacité est apprécié par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). L'AAH est un revenu minimum subsidiaire et non-contributif, qui est soumis à des conditions de ressources et financé par le budget national via la Caisse d'allocations familiales.

3 Pour plus de détails concernant les situations nationales, voir les contributions des différents pays au présent examen par les pairs, publiées sur: <http://www.Peer-review-social-inclusion.eu/Peer-reviews/2009/modernising-and-activating-measures-relating-to-work-incapacity>



La pension d'invalidité et l'allocation aux adultes handicapés sont toutes deux accordées à titre temporaire et peuvent être révisées en fonction de critères d'évaluation et de réexamen assez stricts. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité sont, en moyenne, plutôt âgés (l'âge moyen de la première perception d'une pension d'invalidité étant de 52 ans) et souffrent de maladies graves.

Quelle que soit la catégorie d'indemnisation financière applicable à leur invalidité, les personnes handicapées peuvent toutes bénéficier également d'une série de mécanismes d'assistance de nature générale ou spécialisée. Les demandeurs d'emploi handicapés sont aidés dans leur recherche par le service général de l'emploi (Pôle Emploi) et par Cap Emploi, réseau spécialisé dans le placement de travailleurs handicapés. Des mesures spécifiques de soutien sont financées par l'État.

Il est possible aux personnes qui le souhaitent, et qui en sont capables, de conjuguer les prestations d'invalidité ou liées au handicap avec l'occupation d'un emploi: tel est le cas aujourd'hui de 20% environ des bénéficiaires de pensions d'invalidité et d'AAH (8% dans le cadre d'un emploi de type classique et 12% dans le cadre d'un emploi protégé). La législation française impose de surcroît aux employeurs une obligation en vertu de laquelle toute entreprise occupant plus de 20 personnes est tenue de compter parmi ses effectifs 6% de personnes handicapées.

La **Lituanie** a procédé à plusieurs grandes réformes de sa politique d'intégration sociale en faveur des personnes handicapées. Une nouvelle loi en la matière est entrée en vigueur en 2005.

La loi définit un modèle national d'intégration des personnes handicapées qui se rapproche de ceux adoptés par d'autres États membres avec l'obligation légale de respecter l'égalité des droits et des chances de ces personnes au sein de la société. Elle instaure de nouveaux systèmes d'évaluation du niveau d'invalidité et de capacité de travail, qui mettent davantage l'accent sur cette dernière que les tests antérieurement utilisés pour apprécier l'invalidité.

L'appréciation du degré d'invalidité et de capacité de travail est effectuée par une instance spécialisée au sein du ministère de la Sécurité sociale et du travail. La capacité de travailler d'un individu est définie sous la forme d'un pourcentage avec échelons de 5%. Ainsi par exemple, une personne ayant capacité de travail évaluée entre 0 et 25% est considérée comme inapte au travail.



La loi sur l'intégration sociale des personnes handicapées régit également l'accès aux programmes de réadaptation professionnelle. Lorsque l'instance en charge de l'évaluation a confirmé qu'une personne a besoin d'une réadaptation professionnelle, la personne en question doit s'adresser au bureau local de placement, lequel l'orientera à son tour vers un établissement offrant ce type de service. Un programme personnalisé de réadaptation professionnelle est ensuite élaboré, et le service fourni en conséquence. À l'issue du programme de réadaptation professionnelle, la personne se représente devant l'instance chargée de l'évaluation de l'invalidité et de la capacité de travail en vue d'une appréciation finale de son aptitude au travail. Les personnes qui participent à ce type de programme bénéficient d'une allocation de réadaptation professionnelle.

Le type le plus courant de prestation sociale liée à l'invalidité est la pension pour incapacité de travail versée par la Caisse nationale d'assurance sociale (appelée «pension d'invalidité» jusqu'au 1er juillet 2005). Les pensions pour incapacité de travail sont versées aux personnes qui, au jour où leur niveau d'incapacité de travail est établi, avaient cotisé à la caisse nationale d'assurance sociale (pensions) durant une période minimale déterminée.

18

Le gouvernement s'efforce depuis 2004 de lier l'octroi des prestations au titre de l'aide sociale à une participation à des programmes favorisant un marché actif de l'emploi et s'adressant principalement aux chômeurs de longue durée. Deux grandes lois — la loi sur la promotion de l'emploi et la loi sur les entreprises sociales — ont été mises en œuvre pour intégrer les groupes les plus vulnérables sur le marché du travail. Elles prévoient des emplois subventionnés et une aide aux employeurs qui créent de nouveaux emplois et embauchent des chômeurs handicapés dans le cadre de contrats à durée indéterminée, ou qui adaptent les lieux de travail existants en tenant compte des besoins particuliers du chômeur handicapé.

Le **Luxembourg** prévoit deux types de prestations liées à l'invalidité: l'indemnité pécuniaire de maladie et la pension d'invalidité.

L'indemnité pécuniaire de maladie garantit à l'assuré pendant une période maximale de 52 semaines le salaire complet qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler. Les versements cessent lorsqu'une pension d'invalidité est accordée au bénéficiaire, lorsque celui-ci est réorienté vers un autre régime de prestations ou lorsqu'il ne respecte pas les mesures de contrôle. Dans un souci d'améliorer le suivi des personnes ayant de longues périodes de maladie, la procédure d'éva-



luation exige un rapport médical détaillé de leur état de santé établi au plus tard à la dixième semaine d'absence du travail sur une période de vingt semaines — faute de quoi l'indemnité de maladie ne sera plus octroyée.

La pension d'invalidité est calculée de la même manière que la pension de retraite, à savoir qu'elle inclut un montant de référence et un montant lié au salaire, susceptibles d'être fictivement majorés en cas d'invalidité précoce survenant avant l'âge de 55 ans. Les bénéficiaires éligibles sont les personnes qui, par suite de maladie prolongée ou d'infirmité, ont subi une perte de leur capacité de travail telle qu'elles sont empêchées d'exercer la profession qu'elles ont occupée en dernier lieu ainsi que toute autre occupation correspondant à leurs forces et aptitudes.

Des procédures spéciales ont été mises au point pour l'évaluation des demandes de prestations d'invalidité. Elles comprennent des bilans et examens médicaux obligatoires, des processus décisionnels en matière d'allocations, le réexamen des droits aux prestations d'invalidité et la possibilité de leur suspension, et des mesures d'incitations au travail. Le travailleur doit effectivement rester disponible à l'emploi et l'indemnité n'est versée qu'aussi longtemps qu'un travail adéquat n'a pas été trouvé pour le bénéficiaire.

À partir de 2002, de nouvelles lois ont visé, d'une part, à accélérer les procédures obligatoires en matière de sécurité sociale en les coordonnant avec les règles protégeant le droit au travail et, d'autre part, à compléter le dispositif de protection de mesures de réinsertion professionnelle à l'intention des travailleurs inaptes à reprendre leurs anciennes tâches.

En 2008, l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS) a procédé à l'évaluation des mesures existantes en faveur de la réinsertion professionnelle des personnes ayant une capacité de travail réduite. Les principales conclusions de ce bilan ont porté sur la nécessité de consolider les processus de réorganisation interne, de réévaluer régulièrement le degré d'invalidité, de normaliser les évaluations de l'incapacité de travail, et d'améliorer les politiques de prévention.

Les dépenses publiques en prestations liées à la maladie et à l'invalidité étaient considérables en **Pologne** au début des années 1990, en raison principalement d'une situation difficile sur le marché du travail et d'un taux de chômage élevé. Les pensions d'invalidité étaient versées en tant que prestations alternatives aux allocations de chômage, et les demandeurs étaient nombreux. Désireuse de



mieux contrôler ses dépenses en matière de santé, la Pologne a entrepris une série de réformes vers la fin de la décennie. Elles visaient à rendre plus strictes les conditions d'éligibilité aux prestations et à mettre davantage l'accent sur un retour vers le marché du travail. Introduites en 1997, les réformes se sont rapidement traduites par une baisse du flux de nouveaux allocataires, lequel a diminué de plus de 50% en 6 ans à peine. Le flux des personnes sortant du régime des prestations liées à l'invalidité a, lui aussi, fortement diminué puisque le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité a été réduit de moitié en dix ans.

Les programmes de réadaptation professionnelle n'ont, en revanche, pas été couronnés de succès. Cet échec s'explique largement par des contraintes au niveau de l'offre dans la mesure où très peu de programmes adéquats ont été proposés par les agences pour l'emploi. Ces programmes étant en outre volontaires, peu de personnes ont été intéressées d'y participer. Le système de réadaptation professionnelle doit donc être renforcé en vue d'offrir des services de qualité s'inscrivant dans une approche personnalisée. Il conviendrait également de prévoir une certaine obligation — légère réduction des prestations en cas de refus de prendre part à une réhabilitation professionnelle, par exemple. Il faudrait prévoir en outre des incitations plus conséquentes en faveur de l'éducation permanente, des formes de travail plus flexibles et la suppression d'un plafonnement des gains des personnes handicapées qui tend à les décourager de reprendre un emploi.

L'harmonisation de la législation de la **Roumanie** avec le droit de l'UE a conduit, en 2004, à l'élaboration de règles concernant l'évaluation professionnelle des personnes handicapées. La législation roumaine a opté, en ce qui concerne l'intégration et l'inclusion sociale de ces personnes, pour une approche basée sur les droits. L'instrument normatif principal régissant les droits des personnes handicapées, de même que la méthode d'évaluation de leur handicap, est la loi n° 448/2006 concernant la protection et la promotion des droits des personnes handicapées.

La définition du handicap incluse dans la loi n° 448/2006 se fonde sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS. Les prestations sociales pour les adultes handicapés sont accordées sur demande ou d'office, selon le cas, et sur la base de preuves documentaires.

La loi confère à la Commission pour l'évaluation des adultes handicapés la responsabilité de définir le niveau d'invalidité et d'octroyer les attestations donnant



accès à un certain nombre de droits et de prestations, y compris une information et des conseils en matière professionnelle, des services de médiation et des formations proposés par les agences territoriales pour l'emploi ou autres organismes compétents. La Commission pour l'évaluation des adultes handicapés peut décider, selon le cas, que le niveau d'invalidité doit être considéré comme permanent ou qu'il doit être réévalué chaque année.

La Roumanie a mis en place plusieurs programmes destinés à faciliter la réinsertion des personnes handicapées sur le marché du travail: régimes de quotas, aide financière aux personnes handicapées, avantages fiscaux pour les employeurs, etc. Un projet intitulé «Égalité des chances sur le marché du travail», financé par le Fonds social européen, a été lancé en 2008 pour améliorer la situation des personnes handicapées. Il se déroulera jusqu'en avril 2011 et s'attachera essentiellement au développement de services de réadaptation professionnelle en vue de faciliter la réinsertion des personnes handicapées sur le marché du travail.

En **Suède**, l'importante récession économique du début des années 1990 a marqué un tournant dans la politique en matière d'invalidité. Le chômage est passé d'un taux inférieur à 2% à la fin des années 1980 à un taux de 8 à 10% auquel il s'est maintenu jusqu'en 1998. Le nombre d'allocataires de prestations liées à la maladie et à l'invalidité a, lui aussi, fortement augmenté à l'époque, de sorte que plus de 20% de la population en âge de travailler vivait, en réalité, des prestations sociales — contre 10% environ durant les années 70 et 80. Étant donné en outre que le congé de maladie était la voie principale d'accès aux prestations d'invalidité, les taux croissants d'absence de longue durée pour cause de maladie ont progressivement donné lieu à des taux croissants de bénéficiaires de ces prestations. Le nombre de nouveaux allocataires d'indemnités liées à l'invalidité a, en fait, plus que doublé entre 1998 et 2004 — avec pour résultat que la proportion de la population en âge de travailler vivant des prestations de maladie ou d'invalidité a atteint en 2004 le niveau record de 14% — soit le chiffre le plus élevé de tous les pays de l'OCDE.

Plusieurs réformes ont été mises en œuvre pour remédier à cette situation: l'administration de la sécurité sociale a été totalement réorganisée; un nouveau processus d'admission a été introduit pour réduire le flux de nouveaux allocataires d'indemnités de maladie de longue durée; l'accès aux indemnités d'invalidité a été resserré de manière à limiter également le nombre de nouveaux allocataires;



des mesures ont été instituées en vue d'encourager les employeurs à embaucher des personnes ayant une capacité de travail réduite; et les mesures de réhabilitation ont été améliorées.

Les taux de prévalence de la maladie et de l'invalidité ont connu une progression exponentielle aux **Pays-Bas** au début des années 1980 pour devenir les plus élevés au monde («la maladie néerlandaise»). Le pays connaissait à la même époque une profonde crise économique. Cette situation a déclenché un processus de réforme de longue haleine qui, toujours en cours, semble être payant.

Les principaux changements intervenus en matière de maladie et d'invalidité au cours des 10 à 15 dernières années sont les suivants:

- la privatisation des régimes d'assurance-maladie de sorte que les employeurs sont tenus de payer les prestations liées à la maladie pendant deux ans. Au départ, ils devaient verser ces indemnités pendant deux semaines seulement dans le cas d'une petite entreprise, et pendant six semaines dans le cas d'une entreprise de plus grande envergure. Cette période a été ultérieurement allongée à un an, puis à deux ans en 2005. La différence entre douze et vingt-quatre mois ne chiffre pas réellement en termes monétaires, étant donné que les salariés sont rarement en congé de maladie pendant plus d'une année. Cet allongement accorde toutefois davantage de temps pour la réinsertion tout en encourageant les employeurs à tout mettre en œuvre pour éviter un congé de maladie de longue durée;
- la possibilité pour les employeurs de ne pas adhérer au régime d'invalidité à condition de souscrire une assurance privée qui leur permette de couvrir le risque de devoir payer en indemnités d'invalidité un montant allant jusqu'à l'équivalent de 12 ans de salaire. Environ 20% des entreprises ont pris cette option;
- l'instauration de fortes incitations à la réinsertion: les employeurs sont responsables de la réinsertion des salariés malades en vertu de la loi leur conférant un rôle de «gardien de la porte d'accès» et prévoyant des amendes pour ceux qui ne feraient aucun effort dans ce sens au cours des deux premières années. Les salariés bénéficiant des indemnités qui ne feraient pas d'effort de réinsertion au cours de ces deux années sont, quant à eux, passibles de licenciement;



- l'adoption de la nouvelle loi sur la capacité de travail (WIA), qui introduit un régime d'invalidité qui, basé sur le risque, définit trois catégories d'incapacité de travail: l'incapacité totale et permanente, l'incapacité partielle et l'incapacité temporaire;
- la forte incitation des salariés de faire usage de leurs capacités restantes: ainsi par exemple, une incapacité de 50% donne initialement droit à 50% de la prestation, mais cette dernière sera fortement réduite si le bénéficiaire ne cherche pas un emploi correspondant à sa capacité de travail de 50%;
- une tarification personnalisée des cotisations sociales des employeurs;
- des conditions d'éligibilité plus strictes pour l'obtention des prestations;
- la réévaluation des demandeurs de prestations d'invalidité âgés de moins de 50 ans;
- un accent plus marqué sur les instruments de réinsertion (par des sociétés privées surtout). De nombreux services de réinsertion ont été privatisés, et les prestataires reçoivent une prime lorsque la réinsertion réussit. Les méthodes à utiliser ne sont pas prescrites, et ils sont payés au résultat.

La mise en place de ce système a été facilitée par le partenariat social étroit qui existe aux Pays-Bas. Les réformes n'ont pas donné lieu à l'instauration d'un examen médical des candidats avant l'embauche, cette pratique ayant été interdite par la loi au moment de l'introduction des réformes. L'employeur reçoit une indemnisation supplémentaire lorsqu'il embauche des travailleurs plus âgés (50–55 ans). Lorsqu'il embauche une personne handicapée, une police spéciale «risque zéro» prévoit que le versement de toute indemnité subséquente pour maladie ou incapacité de cette personne incombe au gouvernement, et non à l'employeur.

Par suite de ce vaste processus de réforme, le nombre de nouveaux allocataires d'indemnités liées à l'incapacité de travail est passé de 100 000 en 2000 à 35 000 environ pour les trois dernières années. D'autre part, un nombre plus important de personnes ont fait l'objet d'une nouvelle évaluation et valorisent leurs capacités de travail restantes.



Le **Royaume-Uni** a procédé récemment à une modification fondamentale de son système de prestations. Depuis octobre 2008, l'allocation pour incapacité a été remplacée, pour tous les nouveaux bénéficiaires, par une «allocation d'emploi et de soutien» — deux termes qui n'ont pas été choisis au hasard. Le nombre de bénéficiaires d'indemnités liées à une incapacité de travail avait explosé au cours des années 80 et 90 pour atteindre près de 2,8 millions sur une population en âge de travailler représentant 35,5 millions de personnes environ en novembre 2003. Le pays compte actuellement 2,6 millions de bénéficiaires de prestations liées à une incapacité, mais certains bénéficiaires de l'allocation aux demandeurs d'emploi et du soutien du revenu des parents isolés souffrent, eux aussi, d'un problème de santé ou d'une invalidité. L'un des éléments clés du nouveau régime est l'introduction d'une évaluation médicale davantage circonstanciée (Work Capability Assessment), qui inclut un examen de santé axé sur le travail et effectué par des spécialistes indépendants. Durant la phase d'évaluation, le montant versé aux demandeurs correspond exactement à l'allocation de chômage de base.

L'évaluation vise à déterminer ce que les personnes concernées sont capables de faire, plutôt que ce qu'elles sont incapables de faire, afin de leur fournir l'aide la plus adéquate. Elles seront considérées comme:

- «aptes au travail», auquel cas elles continueront de percevoir l'allocation normale de chômage;
- «ayant une capacité limitée de travail», auquel cas elles perçoivent un niveau de prestation plus élevé que l'allocation normale du chômage et doivent suivre des pistes préparant le retour à une activité liée à l'emploi;
- «ayant une capacité limitée d'activité liée au travail», auquel cas elles perçoivent un niveau général de prestation plus élevé et elles ne sont pas tenues de participer aux programmes de retour au travail, bien qu'elles puissent, si elles le souhaitent, faire appel à l'aide et au soutien mis à leur disposition.

L'objectif est de transférer d'ici octobre 2010 l'ensemble des bénéficiaires actuels d'indemnités d'invalidité vers le régime de l'allocation d'emploi et de soutien. Les premières statistiques concernant le système d'évaluation de la capacité de travail ont été publiées en octobre 2009. Parmi les demandeurs de prestations, 38% environ ont été considérés aptes au travail; 11% ont été classés dans le groupe «activité liée au travail»; et 5% encore dans le groupe de soutien aux personnes



souffrant d'une invalidité grave. La plupart des autres ont cessé d'être allocataires avant l'échéance de la phase d'évaluation de 14 semaines. Des dispositions spéciales existent pour ceux qui éprouvent de réelles difficultés à se présenter aux entretiens d'évaluation ou qui sont intellectuellement inaptes à comprendre le système.

Il existe au Royaume-Uni un large éventail de politiques actives du marché du travail spécifiquement axées sur les personnes handicapées et celles souffrant d'un problème de santé. Il s'agit principalement de «*Pathways to Work*», programme de retour au travail destiné à tous les demandeurs d'indemnités liées à une invalidité; de «*Work Preparation*», série de formations de courte durée (six semaines en général) dispensées par le secteur public, privé et volontaire pour aider les personnes handicapées confrontées à des difficultés multiples à se préparer à l'occupation d'un emploi en améliorant leur confiance en elles, en identifiant les emplois susceptibles de leur convenir, en leur proposant une expérience professionnelle et en leur apportant un soutien; et de WORKSTEP, un programme qui propose des emplois «ordinaires» (2 500 personnes environ dans des entreprises subventionnées dans ce cadre) et encourage les personnes concernées à évoluer, le cas échéant, vers un emploi «ouvert» non subventionné. À partir d'octobre 2010, les programmes WORKSTEP et «*Work Preparation*» seront remplacés par un programme unique baptisé «*Work Choice*».

## 4. Contributions des parties prenantes européennes

**La plateforme européenne pour la réhabilitation (EPR)** — réseau regroupant les principaux prestataires européens de services de réhabilitation destinés aux personnes handicapées et autres groupes défavorisés — insiste sur la nécessité d'un très large éventail de services pour aider les personnes handicapées à entrer ou à revenir sur le marché du travail. On peut distinguer, selon le mode de fourniture, les services génériques ordinaires, les services spécialisés et personnalisés à l'intention des personnes handicapées, et les services «ordinaires inclusifs» qui combinent les deux types précédents.

Il est essentiel d'améliorer l'aptitude à l'emploi des travailleurs plus âgés — davantage exposés au risque d'invalidité — et la priorité doit aller au travail lui-même, plutôt qu'à la personne, au travers d'un aménagement de la charge et de l'environnement de travail. Ce n'est que dans un deuxième et troisième temps que l'accent doit être mis sur l'optimisation de la communauté et de l'organisation professionnelle, sur l'amélioration de la capacité fonctionnelle des travailleurs plus âgés et sur la promotion de leurs aptitudes professionnelles.

26

Selon l'EPR, les types suivants de mesures d'activation devraient être mis à la disposition des personnes handicapées:

- *une orientation sociale destinée aux personnes handicapées*, principalement axée sur leurs capacités et besoins personnels (orientation professionnelle, allocations pour dépenses supplémentaires liées au handicap, etc.);
- *une orientation sociale destinée aux employeurs*, y compris leurs obligations et les mesures d'incitation à leur intention;
- *une orientation économique en ce qui concerne les personnes handicapées*, destinée à garantir la viabilité financière des systèmes de protection sociale (seuils d'évaluation plus stricts, introduction d'obligations de participer à des activités liées au travail ou de réhabilitation, régimes d'emploi flexible, combinaison d'indemnités et de revenu du travail, périodes d'essai et possibilité de revenir aux indemnités sans devoir refaire



toute la procédure, prévention du piège de la dépendance à l'égard de l'aide sociale, par exemple);

- *une orientation économique en ce qui concerne les employeurs* (subventions en compensation des coûts et d'une moindre productivité, quotas légaux pour l'emploi de personnes handicapées).

**AGE — La plateforme européenne des personnes âgées** — a abordé trois grandes questions:

- *Comment gérer les principales voies d'accès aux prestations d'invalidité de manière à ne pas rejeter les demandeurs légitimes et les personnes qui en ont réellement besoin?* Des mesures d'appui devraient être mises en œuvre en vue d'aider les travailleurs plus âgés revenant d'un long congé de maladie à retrouver un emploi adapté à leurs capacités, sans les obliger à accepter un emploi de mauvaise qualité. L'information concernant les droits doit être améliorée par la mise en place de guichets uniques.
- *Comment améliorer les conditions en faveur des travailleurs plus âgés de manière à les motiver et à leur permettre de rester actifs plus longtemps?* Une place plus large devrait être réservée à la reconversion professionnelle et à la mise à jour des qualifications, au relèvement des normes de santé et de sécurité sur le lieu de travail, à une ergonomie adaptative, à une meilleure gestion de l'âge, et à des politiques de l'emploi adoptant une approche du travail qui soit basée sur le cycle de vie et neutre en termes d'âge. La hausse du taux d'emploi des travailleurs plus âgés exige davantage de flexibilité au niveau des contrats de travail et une intensification du tutorat intergénérationnel.
- *Quels autres aspects de la prévention que la formation, l'éducation et l'aménagement/amélioration des conditions de travail faut-il prendre en compte lors de la conception de mesures d'intégration?* Les politiques d'emploi des seniors doivent avoir pour objectif principal d'assurer la neutralité, voire la convivialité, du marché du travail en termes d'âge. Il serait utile de former dans ce sens les agences et les conseillers pour l'emploi. Une coopération plus étroite s'impose entre les secteurs de l'emploi, des affaires sociales et de la santé. Il faudra convaincre les syndicats et bon nombre de personnes plus âgées de la nécessité de prolonger leur vie professionnelle, et faire évoluer les attitudes parmi les employeurs éventuels.

## 5. Discussions lors de l'examen par les pairs

Les discussions intervenues lors de la réunion ont mis en lumière un certain nombre de questions générales et plus spécifiques.

### La disparité des définitions et des mesures de l'invalidité

Il a été admis, de manière générale, que la maladie et la santé ne sont pas des absolus: il existe des degrés d'incapacité et les systèmes doivent en tenir compte. Les participants n'en ont pas moins souligné les difficultés inhérentes à la définition et à la mesure du handicap. Il s'agit en effet d'un concept mouvant et des personnes qui auraient été considérées comme normales il y a dix ou vingt ans sont considérées aujourd'hui comme mentalement handicapées. Les mesures subjectives sont dès lors considérées comme particulièrement problématiques. Si l'auto-déclaration peut jouer un rôle au plan national, elle ne permet pas de comparaisons internationales fiables. L'EPR a évoqué une étude montrant qu'à la question de savoir si elles étaient handicapées, 33% des personnes interrogées en Finlande répondaient par l'affirmative, contre 7 à 8% à Malte. De même, aux Pays-Bas, par exemple, 50% des bénéficiaires actuels d'indemnités réservées aux personnes lourdement handicapées ne se sentent pas invalides. Ils ont le sentiment qu'ils pourraient travailler. Un autre problème statistique se pose dans la mesure où, dans la plupart des pays, les personnes ne sont officiellement reconnues comme handicapées que lorsqu'elles perçoivent des indemnités pour ce motif. L'EPR suggère de remédier à ce problème en utilisant l'approche culturellement neutre de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé développée par l'Organisation mondiale de la santé, tout en admettant que la démarche exigerait un vaste débat au niveau des politiques.

La forte augmentation du nombre de demandeurs de prestations d'invalidité au sein de l'UE a conduit, presque partout, à l'adoption de critères d'éligibilité plus stricts. En 1996, le tribunal luxembourgeois en charge des questions de sécurité sociale a statué qu'une personne devait être dans l'incapacité totale de travailler pour bénéficier d'une pension d'invalidité. Cette décision juridique a engendré une forte baisse des indemnités versées, mais elle a causé des problèmes à un certain nombre de personnes en congé de maladie de longue durée, qui ne recevaient plus dès lors que l'aide sociale. Ces dispositions légales ont été partiellement modifiées en 2002, mais cette réforme a mis en place des structures beaucoup plus complexes. Des mesures de simplification sont envisagées.



L'expérience néerlandaise montre également qu'un rétrécissement de l'accès aux indemnités liées à l'invalidité conduit tout simplement les demandeurs à s'orienter vers d'autres volets du régime de sécurité sociale. Les réformes doivent donc veiller à ne pas se contenter de déplacer les gens d'un système de prestation vers un autre, et une approche intégrée s'impose à cette fin.

## La recherche du bon dosage

De l'avis général, il est impératif de passer des seules prestations remplaçant le revenu à un ensemble de services et d'allocations qui offrent la meilleure compensation possible des frais supplémentaires liés à l'invalidité tout en favorisant la participation au marché du travail. Les études montrent que le niveau général d'emploi des personnes handicapées reste peu élevé malgré les multiples efforts déployés au niveau européen et national, et le souhait de travailler exprimé par bon nombre de personnes handicapées. La conjugaison de mesures en faveur de l'emploi et de prestations est assurément un objectif valable puisqu'il facilite le retour à la vie active.

Les documents de stratégie de l'UE insistent de plus en plus souvent sur le lien entre la mauvaise santé et l'occupation d'un emploi. Le premier document clé à cet égard remonte à 2003 et plus précisément à la préparation d'un sommet européen consacré au lien entre le vieillissement des forces de travail et la diminution des taux d'emploi — document qui mettait largement l'accent sur les problèmes de santé rencontrés par les travailleurs plus âgés. Depuis lors, toute une série de rapports émanant de la Commission et du Conseil ont attiré l'attention sur la mauvaise santé en tant qu'obstacle majeur à l'emploi et la croissance économique. Les consultations organisées en 2006 et 2007 à propos de l'inclusion active des personnes les plus éloignées du marché du travail, et la recommandation subséquente de la Commission à ce sujet, approuvée par le Conseil en décembre 2008, sont autant d'initiatives qui revêtent une importance déterminante dans ce contexte. Ces documents ont été rédigés non seulement par la Direction générale chargée de l'emploi, mais également par celles en charge de l'économie et de la santé publique.

Les participants à l'examen par les pairs ont noté, à la lumière de ces évolutions, que le débat ne devrait pas porter exclusivement sur l'invalidité, mais être abordé dans la perspective plus large du caractère non-inclusif des marchés du travail, compte tenu des recommandations de l'UE en matière d'inclusion active. Celles-



ci comportent trois éléments, à savoir le revenu, l'offre de services sociaux de qualité et l'orientation professionnelle. Les questions à poser sont «Comment mettre la mauvaise santé à l'agenda des services d'emploi, et comment mettre le retour au travail à l'agenda des services de santé?»

## L'implication des employeurs

On a fait valoir, étant donné que la plupart des invalidités se développent au cours de la vie professionnelle, que les lieux de travail et les employeurs jouent un rôle déterminant dans la question du lien entre l'occupation d'un emploi et un mauvais état de santé.

Il existe de multiples possibilités de prévenir la détérioration de la santé et de maintenir les effectifs au travail tout au long de leur vie active. Dans de nombreux pays, pourtant, le rôle des employeurs tend à être négligé et, lorsqu'une aide est prévue à leur intention, elle est souvent difficile à obtenir. On observe par conséquent une tendance des prestataires de services à pallier cette carence. Le rôle des intermédiaires peut être d'autant plus important que la plupart des employeurs européens sont des petites et moyennes entreprises (PME). Les participants à l'examen ont néanmoins insisté sur la nécessité d'une réflexion approfondie à propos des opportunités manquées d'associer des professionnels des lieux de travail et, en particulier, des responsables des ressources humaines et des spécialistes de la santé au travail, au processus de maintien, de réorientation et de retour au travail.

Prenant pour principe même que l'employeur est la personne la mieux placée pour aider efficacement un salarié à revenir au travail, les réformes néerlandaises lui ont conféré la responsabilité du versement de l'indemnité — l'idée étant que les employeurs n'ont donc pas seulement besoin d'incitations financières pour embaucher des personnes handicapées, mais qu'ils doivent aussi être financièrement sanctionnés lorsqu'ils n'assument pas leurs responsabilités. Ce transfert de la charge du risque de l'État vers le niveau auquel le risque en question peut être le mieux géré a engendré, lui aussi, un abaissement des taux d'accès aux prestations et, par conséquent et à plus long terme, du nombre de personnes vivant de ces prestations. La question a également été posée de savoir si la responsabilisation financière des employeurs, telle que visée par les réformes néerlandaises, ne pourrait pas être réduite en donnant la possibilité aux employeurs de souscrire une assurance privée pour couvrir leur risque de



versement d'indemnités; il semble toutefois que le problème ne devrait pas se poser, étant donné que la compagnie d'assurance fera pression sur l'employeur pour qu'il réintègre la personne concernée le plus rapidement possible.

Bien qu'ils soient relativement bien compris partout dans l'Union européenne, les principaux éléments des bonnes pratiques en matière de gestion de l'âge et de l'invalidité restent appliqués de façon inégale. En effet, si les sociétés accordent désormais une attention plus grande à la promotion de la santé et du bien-être, elles continuent d'en accorder fort peu aux besoins particuliers de certains groupes au sein des forces de travail, tels que les travailleurs faiblement qualifiés et les femmes.

De surcroît, selon les études réalisées par Eurofound concernant les mesures préventives sur le lieu de travail et selon l'enquête européenne sur les conditions de travail (disponible sur le site Eurofound <http://www.eurofound.europa.eu>), la gestion active de l'invalidité et les mesures de réhabilitation restent rares dans les entreprises interrogées. Elles sont en effet très peu nombreuses à prendre des mesures actives pour le retour au travail à l'issue d'une maladie de longue durée.

Il est impératif de remédier à l'absence d'attitudes positives parmi les professionnels de la santé et les employeurs, ainsi qu'aux faibles attentes manifestées par les travailleurs et à la pénurie de ressources suffisantes sur de nombreux lieux de travail. Des réponses coordonnées et focalisées s'imposent au niveau du système, non seulement de la part des pouvoirs publics, mais également de la part — et au sein même — des entreprises et des services communautaires. Il a d'ailleurs été indiqué qu'encourager des employeurs ayant une attitude positive à parler à d'autres employeurs donne de bien meilleurs résultats que les diktats du gouvernement central. Au Royaume-Uni, un forum de dialogue entre employeurs a été mis en place.

Le climat psychologique qui prévaut sur le lieu de travail apparaît, lui aussi, comme déterminant. Nombreux sont les travailleurs qui quittent leur emploi en raison de facteurs psychologiques tels que le stress, les réorganisations perpétuelles, la monotonie des tâches et le manque d'autonomie. Dans la plupart des cas, les sorties du marché du travail ne se produisent pas brutalement. Des signes d'avertissement apparaissent souvent beaucoup plus tôt (conflits avec les supérieurs hiérarchiques, alternance répétée d'emploi et de chômage, etc.) et une intervention précoce permet parfois d'éviter le recours par la suite à des



prestations d'invalidité. Les employeurs devraient intégrer les questions de santé et de vieillissement dans l'élaboration de leurs stratégies en matière de ressources humaines. Ils contribueraient ainsi à résoudre la problématique de la retraite anticipée, et de l'insertion des personnes mentalement handicapées sur le lieu de travail. Cette démarche impliquerait d'envisager ce que les personnes sont capables de faire, plutôt que ce qu'elles ne sont pas capables de faire. Elle impliquerait également une anticipation du phénomène du vieillissement grâce à la planification d'une plus grande mobilité entre les postes durant la période d'emploi en vue d'éviter une invalidité à terme. De même, des horaires de travail plus flexibles seraient avantageux pour l'ensemble des effectifs. Les stratégies en matière de ressources humaines devraient faire une place plus large aux objectifs qualitatifs et à l'évaluation qualitative des performances, au lieu de se focaliser sur les aspects quantitatifs. Le personnel d'encadrement doit être formé et guidé en ce qui concerne la relation avec des salariés plus âgés ou handicapés, et être incité à exprimer sa difficulté psychologique face à ces groupes d'interlocuteurs. Une réflexion s'impose également à propos des politiques salariales et de leur capacité de promouvoir davantage de flexibilité et de contrer l'affirmation selon laquelle les employeurs n'ont pas la capacité financière d'occuper des personnes âgées et des personnes handicapées.

## La promotion de la réinsertion

Les participants à l'examen par les pairs ont fait remarquer que la question de la réinsertion avait été par trop négligée, et que de nouvelles données européennes à ce sujet doivent être rapidement mobilisées.

Les réformes actuelles se concentrent sur l'octroi d'une période d'essai et des efforts sont déployés pour rendre l'emploi plus flexible, en réduisant les horaires de travail notamment. Les évaluations médicales sont, de leur côté, davantage orientées, s'il y a lieu, vers les aptitudes de la personne concernée. Il conviendrait cependant d'accorder davantage d'attention à des aspects tels que la motivation, l'attitude et les capacités des employeurs, les facteurs économiques et les facteurs systémiques, mais également à la manière dont les services sont fournis à la fois aux allocataires sociaux et aux employeurs.

Le Royaume-Uni a récemment instauré la garantie que toute personne reprenant un emploi y trouverait un avantage financier de 40 £ par semaine au moins. Cette stratégie ne sera pas très onéreuse dans la mesure où tel est déjà le cas de



la plupart des personnes revenant sur le marché du travail. Une nouvelle initiative dont le déploiement est attendu en 2011 envisage de verser aux fournisseurs d'emploi une partie des économies réalisées par l'État lorsque des allocataires redeviennent actifs. Il s'agit cette fois d'une stratégie relativement risquée dans la mesure où elle implique de modéliser à l'avance le « poids mort » (autrement dit la masse sur laquelle la stratégie est sans effet, en l'occurrence la proportion de demandeurs qui auraient de toute façon retrouvé du travail) et de l'intégrer dans les contrats conclus avec ces fournisseurs.

En ce qui concerne le maintien en fonction et la réinsertion professionnelle de travailleurs plus âgés, les participants à l'examen ont fait remarquer que le système finlandais offre sans doute un bon exemple de promotion des aptitudes et de la capacité à travailler, et de leur prise en compte dans les politiques en matière de ressources humaines — notamment en termes de conciliation des responsabilités professionnelles et non professionnelles (prise en charge de conjoints ou de parents malades, par exemple).

Les participants à la discussion ont également abordé la question de la diminution du nombre d'emplois peu qualifiés et mal rémunérés en Europe, et les répercussions que ce phénomène pourrait avoir sur l'emploi des personnes handicapées. De l'avis général, toutefois, le retour à des emplois de moindre qualité serait une solution non réaliste et non souhaitable. Mieux vaudrait en effet veiller à ce que les personnes handicapées puissent acquérir des qualifications actualisées.

La réinsertion professionnelle n'est pas nécessairement synonyme, en outre, de retour à un emploi salarié. Il pourrait se justifier de soutenir les efforts menés par des personnes en incapacité partielle de commencer une activité à leur propre compte. Cette démarche constituerait d'ailleurs l'une des pistes permettant de faire sortir les allocataires sociaux de l'économie informelle.

## Troubles psychiques en hausse

L'OCDE estime qu'à l'heure actuelle, 30 à 45% environ des personnes qui commencent à bénéficier de prestations d'invalidité sont atteintes de troubles psychiques — ce qui pose la question de savoir si nos régimes d'invalidité et nos mesures d'activation leur sont adaptés.



Cette population est également plus jeune et à prédominance féminine, alors que la population traditionnelle des allocataires de prestations d'invalidité était plus âgée et masculine. Une hausse de la proportion de femmes bénéficiant de ces prestations a effectivement été constatée, mais la plupart des pays pairs n'ont pas l'intention de prendre des mesures sexospécifiques dans ce domaine. La plupart des jeunes bénéficiaires de prestations d'invalidité deviennent des allocataires sociaux de longue durée, ce qui les écarte effectivement des forces de travail.

L'OCDE estime que le taux d'emploi parmi les personnes souffrant de troubles psychiques est généralement inférieur à la moitié du taux relevé parmi les personnes présentant d'autres problèmes de santé. De récentes données allemandes attestent en outre de la rapide augmentation du nombre de sorties précoces du marché du travail pour cause de maladie mentale. La réticence des employeurs et la situation générale de l'emploi expliquent partiellement cette progression du chômage pour raison de santé mentale, mais le phénomène découle également de l'amélioration des diagnostics, de la modification des règles d'éligibilité et de la tendance des actions publiques de se concentrer sur les personnes âgées, plutôt que sur les problèmes rencontrés par les jeunes handicapés.

34

Enfin, les participants ont souligné que les allocataires de prestations d'invalidité n'étaient pas les seuls à être défavorisés sur le marché du travail: tel est également le cas de certaines personnes s'occupant d'eux.

## La fixation des priorités

L'un des grands dilemmes posés par l'élaboration des politiques futures de nombreux pays pairs consiste à savoir s'il convient de s'attacher prioritairement à obtenir les résultats les plus rapides et les moins onéreux, ou s'il faut se concentrer sur les cas les plus difficiles et, partant, les plus coûteux, pour obtenir de meilleurs résultats à long terme.

L'une des approches envisagées au Royaume-Uni se fonde sur une progressivité des versements alloués à ceux qui offrent des possibilités de réinsertion — lesquels recevraient, par exemple, un montant plus élevé par personne pour la deuxième centaine de placements que pour la première. Ce système serait une incitation à gérer les cas plus difficiles. Une autre idée consiste à prendre la motivation davantage en compte lorsque l'on mesure à quel point une personne est éloignée du marché du travail. De surcroît, le programme «*Access to Work*» participe au



---

financement d'aménagements du lieu de travail qui vont au-delà de ce qui peut être raisonnablement attendu de l'employeur. Il est envisagé d'utiliser une partie de ce financement pour garder ouverts les postes de personnes en situation fluctuante, en recrutant par exemple des intérimaires lorsqu'elles sont temporairement indisponibles.

## **La consultation des parties prenantes**

Enfin et surtout, de nombreux participants ont souligné l'importance d'une large consultation des parties prenantes — et des associations de personnes handicapées et des partenaires sociaux en particulier — lors de la planification des réformes.



## 6. Conclusions et enseignements

La question de la gestion du flux des nouveaux allocataires a été au cœur de la discussion par les pairs — en d'autres termes, comment concevoir des systèmes qui motivent les bénéficiaires de prestations à chercher du travail?

L'un des éléments majeurs à cet égard est le niveau des prestations par rapport au niveau des salaires. Une réévaluation régulière des bénéficiaires s'avère également déterminante dans la mesure où le taux d'incapacité peut évoluer au fil du temps et où les régimes réformés tendent à s'orienter vers un droit temporaire aux prestations.

Il est également important de faire la distinction entre les problèmes de santé et les problèmes d'emploi, et de décider auxquels donner la priorité. Il arrive en effet que les régimes d'incapacité confondent les deux. Les systèmes devraient être conçus de manière à prendre en compte des variables telles que l'augmentation du nombre de jeunes souffrant d'une incapacité, l'importance croissante des troubles psychiques parmi les motifs d'incapacité, et la dimension de genre, étant donné que les femmes handicapées sont susceptibles de rencontrer des difficultés particulières pour revenir sur le marché du travail.

36

La flexibilité est considérée comme un principe majeur de conception des systèmes mis en place. Les participants se sont notamment penchés sur les modèles fondés sur une approche intégrée et des guichets uniques, et ils ont insisté sur la nécessité d'une personnalisation de l'approche: il n'existe pas de formule universelle. Dans plusieurs pays, les structures de réhabilitation restent assez fragmentées et nécessitent une meilleure coordination.

Le modèle néerlandais, et son nouveau système de partage des risques, a suscité le plus vif intérêt, même si les participants ont rappelé que s'il était trop contraignant pour les employeurs, ceux-ci pourraient se retirer et que le retour sur le marché du travail deviendrait encore plus difficile. L'exemple néerlandais a également mis en lumière le fait que les réformes sont des processus de longue haleine — 25 ans dans le cas des Pays-Bas.

La question de la fixation des priorités a également été abordée: à quelle population les régimes adoptés doivent-ils prioritairement s'adresser? Aux personnes dont la réinsertion professionnelle est la plus facile et la moins coûteuse, ou aux cas plus difficiles et, partant, plus onéreux? Lors du placement, de quel type de



postes est-il question: d'emplois de qualité ou d'emploi peu qualifiés? Quelle attention faut-il accorder à la mise en corrélation des aptitudes et des besoins? Doit-on considérer le travail temporaire, à temps partiel ou flexible comme légitime? Et qu'en est-il du travail informel ou non rémunéré?

Plusieurs changements de paradigmes sont récemment intervenus dans l'octroi des prestations liées à l'incapacité de travail — du modèle médical vers le modèle social; de la programmation publique à des solutions fondées sur le marché; et sans doute également d'une approche axée sur un «lieu de formation» (à savoir le fait que les personnes reçoivent une formation avant que l'on essaie de les placer sur le marché du travail) vers une approche «formation sur le lieu» (autrement dit sur le lieu de travail). L'expérience de la Norvège en matière de formation en cours d'emploi s'avère à ce jour assez positive.

Dans la quasi-totalité des pays de l'UE, on observe aussi une tendance à s'intéresser davantage à ce que les personnes sont effectivement capables de faire, plutôt qu'à leurs incapacités.

L'implication des employeurs est indispensable, et des incitations efficaces doivent être proposées pour faire évoluer leur comportement en termes d'embauche de personnes handicapées. Une assistance sera parfois requise pour procéder aux aménagements nécessaires sur le lieu de travail, en particulier lorsque les employeurs n'ont aucune expérience avec des personnes handicapées. La démarche peut se concrétiser par la mise en place d'un personnel spécialisé: il existe aujourd'hui des programmes de formation et de certification de gestionnaires spécialisés dans les questions d'invalidité et de retour au travail. Une approche différente pourrait néanmoins s'avérer nécessaire pour les employeurs de plus petite taille, qui ont moins de ressources à leur disposition. Quoiqu'il en soit, si la responsabilité qui incombe aux employeurs est trop lourde, ceux-ci pourraient hésiter à embaucher des personnes susceptibles d'avoir des problèmes à l'avenir et la question de l'examen médical pourrait entrer en jeu. Il faut également remédier à la perception erronée de nombreux employeurs vis-à-vis des personnes handicapées. Les campagnes de sensibilisation telles que celles organisées au Royaume-Uni et aux Pays-Bas sont un moyen d'y parvenir. Une amélioration des compétences s'impose au niveau des prestataires de services et d'autres personnes susceptibles d'être impliquées dans le processus de retour au travail (personnel des services de médecine du travail, par exemple).



L'examen par les pairs a montré qu'il existe une importante somme de connaissances à propos de bonnes pratiques qui font leurs preuves. Ces bonnes pratiques ont cependant une «date de consommation recommandée» assez rapprochée, et doivent dès lors être appliquées sans délai. Toute la question est donc de savoir comment transformer les connaissances acquises en actions concrètes. La démarche va requérir la participation des partenaires sociaux, dans le cadre éventuel de modèles tripartites. Des structures d'apprentissage par l'action pourraient offrir, elles aussi, un moyen efficace de mobiliser l'engagement des différents groupes d'acteurs.

Les principaux enseignements tirés du présent examen par les pairs peuvent être récapitulés comme suit:

- l'accent doit être mis sur **les capacités** plutôt que l'incapacité des personnes. Il convient de garder ce principe à l'esprit à l'heure où la plupart des États membres de l'UE réfléchissent à la manière de moderniser leurs systèmes de protection sociale;
- la gestion de l'incapacité doit faire appel à **des approches personnalisées**. Il n'existe pas de formule universelle. Une coordination suffisante entre les différents services et acteurs concernés doit également être prévue;
- **les «marche-pieds»** permettant de passer de l'incapacité à l'emploi pourraient inclure l'économie sociale, la combinaison éventuelle du travail et de la perception de prestations, et des périodes d'essai avec option de repli;
- **un profilage des postes** (à savoir l'adaptation du lieu de travail et du contenu du poste à la personne concernée) peut contribuer à lever les obstacles à l'emploi;
- **la prévention** peut aider à lutter contre l'incapacité à la source en réduisant le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles, et en limitant les causes potentielles de chômage;
- **la gestion du flux de nouveaux allocataires** est une problématique majeure, et les systèmes doivent être conçus de manière à motiver les bénéficiaires de prestations à chercher du travail. Les éléments déterminants à cet égard sont le niveau des prestations par rapport à celui des salaires,



et le réexamen périodique des taux d'incapacité. Dans le cas de l'Espagne, l'exonération fiscale des prestations d'invalidité pourrait inciter les gens à opter pour cette voie au lieu d'attendre leur pension de retraite, qui est imposable;

- **la nature de l'incapacité évoluée.** Dans les pays de l'OCDE, les troubles psychiques sont le motif de demandes d'incapacité qui connaît la progression la plus rapide. La proportion de jeunes en incapacité de travail est également en hausse, de même que la proportion de femmes handicapées sans emploi. Un problème particulier lié au genre concerne la difficulté pour des femmes souffrant d'une invalidité et ayant assuré des responsabilités de garde et de soins de revenir sur le marché du travail. Il conviendrait que les politiques tiennent compte de ces divers aspects;
- **la participation des partenaires sociaux** à la planification et à la mise en œuvre des réformes devrait être assurée, le cas échéant dans le cadre de structures tripartites;
- **l'implication des employeurs** est déterminante. Des mesures efficaces d'incitation doivent être prises pour faire évoluer l'attitude des employeurs vis-à-vis de l'invalidité et pour les encourager à embaucher et à garder des travailleurs invalides. Il se peut que certains employeurs aient besoin d'une aide pour procéder aux aménagements nécessaires sur le lieu de travail, surtout s'il s'agit d'employeurs de plus petite taille (PME) — lesquels assurent aujourd'hui la plus grande partie de l'emploi en Europe;
- si l'émergence de prestataires de services privés de réhabilitation et de placement de personnes handicapées comporte d'incontestables avantages, il convient d'**éviter la pratique du «picorage»**, qui consiste à se concentrer sur les cas de placement les plus simples et les moins onéreux, plutôt que sur les cas pour lesquels le besoin d'aide est le plus grand;
- **les aspects liés à la gouvernance** — telle la participation accrue des parties prenantes concernées — apparaissent essentiels pour accroître la sensibilisation, pour favoriser une vision commune des objectifs recherchés par les réformes, et pour corriger les perceptions erronées et les attitudes qui freinent certaines avancées. Une attention plus grande doit

---

être accordée au suivi et à l'évaluation de l'impact et de l'efficacité des réformes;

- **Les stratégies d'inclusion active** trouvent tout particulièrement leur place dans le débat sur l'incapacité au travail, étant donné qu'elles visent à la fois à toucher les personnes les plus éloignées du marché du travail et à lutter contre la pauvreté. Un bon emploi est la meilleure protection contre la pauvreté et l'exclusion. L'UE maintiendra cette approche au travers de sa méthode ouverte de coordination en matière de protection sociale et d'inclusion sociale (MOC sociale) et de la stratégie européenne pour l'emploi (SEE).





<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

## Actualisation et mise en œuvre de mesures liées à l'incapacité de travail

Pays hôte : **Espagne**

Pays pairs : **France, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pologne, Roumanie, Suède, Pays-Bas, Royaume-Uni**

L'Espagne s'est lancée dans la révision de certaines politiques de sécurité sociale, et la question de la protection sociale pour les personnes souffrant de maladie ou de handicap s'est avérée être un thème important.

Cette question a été abordée ces dernières années dans plusieurs États Membres, mais elle reste résolument à l'ordre du jour de l'agenda politique. Des efforts pour réformer les régimes d'incapacité doivent en effet encore être réalisés afin de trouver le meilleur moyen de définir l'incapacité permanente ou l'incapacité de travail, d'empêcher les abus et les coûts relatifs à ceux-ci et d'élaborer des mesures pour aider les personnes souffrant de handicap à travailler. S'il est important de s'assurer que les personnes qui ont réellement besoin d'une aide au revenu ou d'un autre type de soutien puissent en bénéficier, il est tout aussi primordial que ceux qui sont en mesure de travailler ne soient pas forcés de quitter le marché du travail de manière prématurée. Par ailleurs, la crise économique actuelle apporte une nouvelle dimension qu'il ne faut pas négliger.

Cet examen par les pairs sera l'occasion de partager les expériences nationales récentes dans ce domaine et d'évaluer les réalisations de certaines politiques mises en œuvre.