

## Chapitre 3

# Contrôle des absences et évaluation de l'incapacité

*Les pensions d'invalidité ont la plupart du temps un caractère permanent et peu d'allocataires en sortent pour revenir à l'emploi. C'est pourquoi il faut chercher à réduire les entrées dans ce type de régime. Pour être efficace, il importe d'intervenir dès la phase initiale d'une pathologie afin d'éviter qu'elle s'aggrave et donne lieu un jour à une demande de pension d'invalidité. Ceci implique de disposer d'informations complètes sur les parcours qui mènent à l'invalidité, mais à ce jour ces informations sont rares et fragmentaires. Il est essentiel de mieux repérer les personnes qui ont des problèmes de santé et de leur apporter une aide, que ce soit au travail, pendant un congé maladie ou au chômage.*

*S'agissant du contrôle des absences maladie, l'Espagne et le Luxembourg sont deux exemples à suivre. En Australie et au Royaume-Uni le contrôle précoce n'existe pas mais ces deux pays ont entrepris de transformer leur processus d'évaluation de l'invalidité en un instrument puissant de mesure de la capacité de travail. L'Australie s'est en outre dotée des moyens de mieux repérer chez les chômeurs les obstacles au travail liés à la santé, ce qui est important si l'on considère le nombre d'individus qui passent du chômage à l'invalidité. C'est d'autant plus important que le récent durcissement des critères d'admissibilité pour les personnes à capacité de travail partielle, qui aujourd'hui sont poussées vers le chômage, ne peut que contribuer à de meilleurs résultats si elles peuvent bénéficier de services et de systèmes de soutien de qualité. L'exemple du Luxembourg montre que cette approche peut effectivement réduire la dépendance à l'égard des prestations d'invalidité et améliorer le maintien dans l'emploi, mais aussi que le chômage structurel risque lui-même d'augmenter.*

**A**u Luxembourg, en Australie et au Royaume-Uni, les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont élevés, beaucoup plus que les taux de chômage; dans les deux derniers pays, ils ont d'ailleurs continué à augmenter jusqu'à une date récente (chapitre 1). En effet, d'une part, une fois que l'on est entré dans le régime invalidité, on tend à y rester, et d'autre part, le nombre d'entrées lui-même reste élevé. Le présent chapitre examine les mesures déjà prises ou à mettre en place pour freiner les entrées dans le régime d'invalidité de façon à réduire durablement le nombre d'allocataires.

La structure du chapitre est la suivante : la section 3.1 donne un aperçu de l'évolution depuis dix ans des absences maladie et des entrées dans les régimes invalidité, et recense les parcours les plus fréquents qui y amènent. À partir de là, la section 3.2 met l'accent sur la nécessité et les modalités d'une identification précoce des problèmes de santé et d'une intervention rapide lorsque c'est nécessaire, en faisant une distinction entre les mesures ciblées sur les travailleurs malades et celles qui concernent les chômeurs qui ont des problèmes de santé. La section 3.3 analyse la façon dont se détermine le droit à prestations d'invalidité et souligne l'importance d'une prise en compte médicale et professionnelle sérieuse des pathologies émergentes, notamment mentales. Pour finir elle examine la façon dont les pays traitent le problème des personnes qui ont une capacité de travail partielle.

### 3.1. Les entrées dans le régime invalidité : que savons-nous?

#### A. Les données relatives aux entrées dans le régime invalidité

Le nombre d'entrées dans les régimes invalidité depuis cinq à dix ans varie sensiblement selon le pays (graphique 3.1, partie A). Dans les régimes invalidité contributifs il a été faible et constant en Espagne, tandis qu'il a légèrement diminué dans les trois autres pays (plus nettement au Luxembourg entre 1996 et 1999), mais à partir de niveaux plus élevés. Mais malgré cette baisse, en Australie, au Luxembourg et au Royaume-Uni les niveaux restent beaucoup plus élevés qu'en Espagne<sup>1</sup>. En revanche, les taux de chômage espagnols sont nettement plus élevés que dans les autres pays, peut-être comprennent-ils des personnes qui seraient admissibles à une pension d'invalidité dans les autres pays.

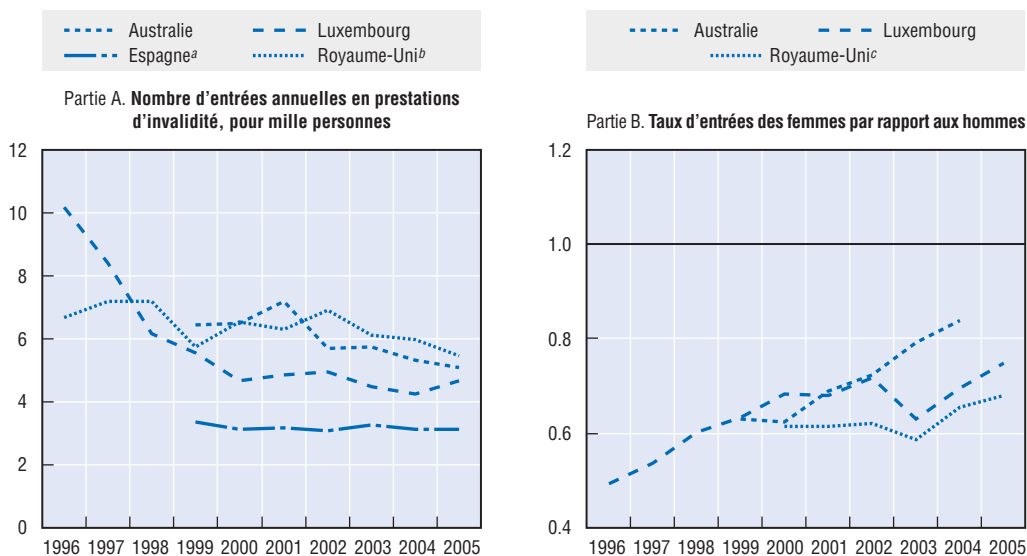
Les taux d'entrée des femmes sont constamment plus faibles que ceux des hommes (graphique 3.1, partie B). Dans les trois pays pour lesquels on dispose d'informations par sexe l'écart s'est réduit mais il reste important, particulièrement au Royaume-Uni.

#### L'impact des réformes des prestations d'invalidité

Dans certains pays, les réformes ont peut-être contribué à réduire les taux d'entrée. En Australie, le dispositif *Australians Working Together* mis en place en 2002 a permis de mieux évaluer les demandes de prestations. La mise en place annoncée de critères d'admissibilité plus stricts en 2001 a très certainement été à l'origine du nombre accru de demandes (et d'attributions) la même année<sup>2</sup>. Depuis 2002, le nombre d'attributions a baissé. On s'attend à ce que la réforme *Welfare to Work* de 2006 fasse encore diminuer le nombre d'entrées.

### Graphique 3.1. Le nombre d'entrées dans le régime invalidité baisse et l'écart entre les sexes se réduit

Nombre d'entrées dans le régime invalidité pour 1 000 personnes d'âge actif, 1996-2005



- a) Les données se rapportent uniquement aux pensions contributives mais comprennent un petit groupe de personnes de plus de 65 ans. En effet, le droit à une pension d'invalidité persiste pour les personnes âgées qui ne remplissent pas les critères d'admissibilité à une pension de retraite (cette catégorie représente environ 1 % des entrées totales).
- b) Les données se rapportent uniquement à l'allocation d'incapacité de longue durée (contributive).
- c) Les données se rapportent à l'allocation d'incapacité, à l'allocation pour handicap lourd et à la garantie de revenu.
- Source : DEWR pour l'Australie, IGSS pour le Luxembourg, INSS pour l'Espagne et DWP Work and Pensions Longitudinal Study pour le Royaume-Uni.

Au Luxembourg, les choses ont commencé à changer en 1996, lorsqu'une série de décisions judiciaires ont abouti à une application plus stricte de la loi. Ce n'est toutefois qu'en 2002 que le régime invalidité lui-même a été modifié. À partir de 1996, les personnes qui étaient capables de travailler, même si ce n'était pas dans leur emploi précédent, n'ont plus eu accès aux prestations d'invalidité. Le nombre d'entrées dans le régime a ainsi été réduit de moitié en trois ans et depuis il est resté stable à environ 5 pour 1 000.

L'Espagne et le Royaume-Uni n'ont pas encore apporté de changements majeurs à leur régime de prestations. Cependant, au Royaume-Uni, le processus d'évaluation a connu plusieurs modifications depuis sa mise en place en 1990. Actuellement on instaure une distinction entre les personnes lourdement handicapées et celles qui ont des limitations sérieuses mais dont la capacité de travail n'est qu'en partie réduite (pour une description détaillée du processus de réforme dans les quatre pays, voir le chapitre 2).

Le nombre de *bénéficiaires de prestations* n'a jusqu'ici baissé qu'au Luxembourg (chapitre 1 ; graphique 1.7). La baisse beaucoup plus modeste en Australie et au Royaume-Uni a été plus qu'annulée par l'allongement de la durée des prestations. À l'heure actuelle, en moyenne, la durée d'indemnisation se situe entre six et huit ans selon le pays (tableau 3.1). Environ un tiers des bénéficiaires perçoivent leur pension depuis plus de dix ans.

La tendance récente d'un accroissement de la proportion de jeunes entrant dans le régime invalidité a depuis cinq ans allongé la durée moyenne de la dépendance à l'égard des prestations d'un ou deux ans. Si cette tendance se poursuit, la durée moyenne va encore s'allonger, puisque les bénéficiaires tendent à rester dans le régime invalidité jusqu'à l'âge où ils entrent dans le régime de retraite (chapitre 5)<sup>3</sup>.

**Tableau 3.1. La durée des prestations d'invalidité s'allonge**  
Durée moyenne de perception d'une prestation d'invalidité en années, 2000 et 2005

	Australie		Luxembourg	Royaume-Uni	
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
2000	6.9	7.1	6.6	4.1	4.0
2005	8.3	7.9	7.6	6.0	6.0
<i>Part des bénéficiaires d'une pension d'invalidité depuis dix ans et plus (en %)</i>					
2005	32.4	30.9	41.2	28.9	28.1

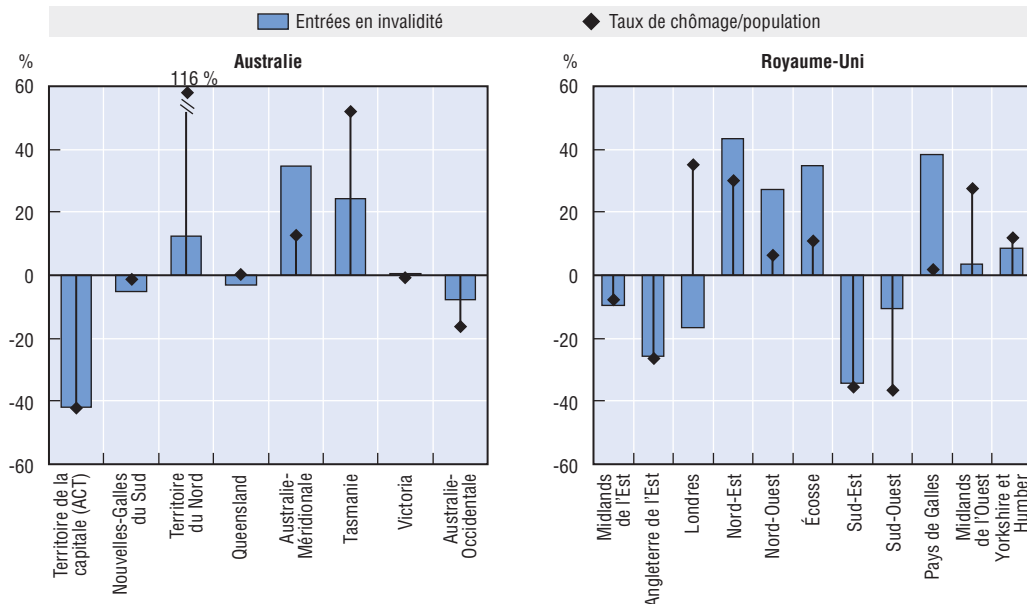
Source : DEWR pour l'Australie; IGSS pour le Luxembourg et DWP Work and Pensions Longitudinal Study pour le Royaume-Uni.

### Variation régionale de l'invalidité

On constate dans de nombreux pays de l'OCDE, dont l'Australie et le Royaume-Uni, une variation régionale importante des taux d'entrée dans le régime invalidité. Cela dépend en partie du jugement du responsable au niveau de l'office local ou régional de l'instance compétente. Cependant, les conditions du marché du travail régional jouent aussi un rôle important, comme on le voit en comparant les variations des taux de population au chômage et celles des taux d'entrée dans le régime invalidité (graphique 3.2). Les régions où le chômage est élevé tendent à compter un plus grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

### Graphique 3.2. Les taux d'entrée dans le régime invalidité et les ratios chômage/population sont étroitement corrélés

Différences de pourcentage par rapport au taux global national, 2005<sup>a</sup>



a) Les coefficients de corrélation des écarts régionaux par rapport à la moyenne globale entre les taux d'entrée dans le régime d'invalidité et les ratios chômage-population sont proches de 0.8 en Australie et au Royaume-Uni (dans ce dernier cas, seulement si l'on exclut la région très spéciale de Londres).

Source : DEWR pour l'Australie et DWP pour le Royaume-Uni.

La faiblesse d'une économie régionale semble s'accompagner d'une augmentation du nombre d'entrées dans le régime d'invalidité. Mais les changements d'état de santé ne sont peut-être pas le facteur principal qui explique cette corrélation empirique. La situation au

Royaume-Uni à partir du milieu des années 80 en est un bon exemple. À cette époque, où les mines commençaient à fermer, on a vu les mineurs passer non sous le régime chômage mais sous le régime maladie ou invalidité. Il se peut qu'ils aient eu des problèmes de santé avant la fermeture de la mine, mais que ceux-ci ne soient venus au premier plan que lorsque leur emploi a été supprimé.

## B. Données relatives aux absences maladie

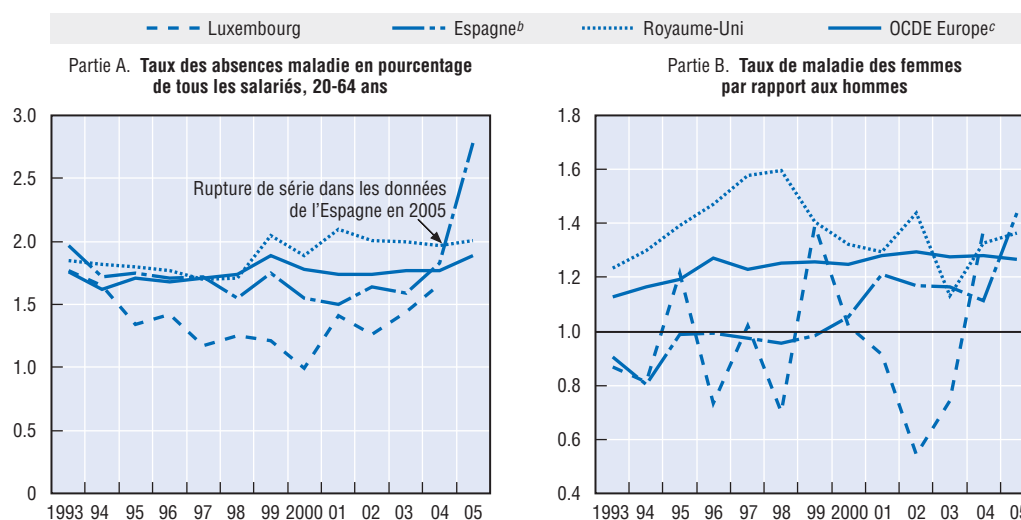
### Évolution des absences maladie dans la décennie écoulée

Les niveaux d'absence maladie, mesurés en pourcentage des salariés absents une semaine entière, diffèrent aussi beaucoup selon les pays. Au Royaume-Uni, à près de 2 % pendant l'essentiel de cette période, les taux d'absentéisme semblent plus élevés que dans les autres pays (graphique 3.3, partie A). En Australie, ils sont inférieurs à 1 %, mais concernent les absences de deux semaines complètes (au lieu d'une semaine dans les autres pays). Les taux d'absences en Australie sont peut-être en réalité tout à fait analogues à ceux par exemple du Royaume-Uni (voir plus loin). La forte augmentation des taux d'absentéisme espagnols en 2005 s'explique par une nouvelle question posée aux personnes interrogées qui refléterait mieux la situation « réelle ». Cela indiquerait que l'Espagne enregistre le taux d'absence maladie de loin le plus élevé des quatre pays.

Contrairement aux taux d'entrée dans le régime invalidité, les taux d'absence sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes (graphique 3.3, partie B). Au Royaume-Uni, le taux de maladie des femmes a toujours été de 20 à 60 % plus élevé que celui des hommes. Les fluctuations au cours de la période sont dues principalement à la variation du comportement des hommes en matière de maladie. En Espagne, les taux de maladie des femmes étaient inférieurs à ceux des hommes il y a dix ans, mais ils sont maintenant

### Graphique 3.3. Évolution des absences maladie dans les pays d'Europe

Proportion de salariés absents du travail, 1993-2005<sup>a</sup>



- a) Salariés déclarant ne pas avoir travaillé du tout durant la semaine précédant l'enquête, pour cause de maladie, d'accident ou d'incapacité temporaire.  
 b) Du fait d'une modification de la question de l'enquête *Active Population Survey* en 2005, il y a rupture de la série entre 2004 et 2005. Les chiffres pour 2005 reflètent mieux la situation réelle.  
 c) Moyenne pondérée de l'UE-19, l'Islande, la Norvège et la Suisse.

Source : EULFS, 2006.

sensiblement plus élevés. Le ratio entre les sexes au Luxembourg a fluctué au cours de la période, du fait de fortes variations des taux d'absence des hommes et des femmes. Les taux d'absentéisme par sexe reflètent largement la même situation que dans le reste de l'Europe : les taux d'absence des femmes sont approximativement 30 % plus élevés<sup>4</sup>.

Une enquête approfondie effectuée en 2003 en Australie a montré que le salarié permanent moyen a pris six jours de congé maladie, ce qui correspondait à l'époque à 80 % des droits annuels à congé maladie (Hallis, 2003). En outre, les salariés en moyenne, classaient moins de 60 % de leurs journées d'absence comme des journées réelles de maladie, la majorité des jours restants étant pris pour des raisons familiales.

Les jours ouvrables perdus pour cause de maladie totalisaient en 2005 au Royaume-Uni 6.6 jours par travailleur, ce qui est très analogue au chiffre constaté pour l'Australie (CBI, 2006). Ceci recouvre en fait une forte variation d'un secteur économique à un autre, qui va de 2.6 jours de travail perdus par salarié à 11.4 jours. Les taux d'absence des travailleurs manuels sont plus élevés que ceux des cadres, et ceux du secteur public (8.5 jours) sont supérieurs à la moyenne globale du secteur privé (6.5 jours). Les employeurs britanniques estiment en outre que moins de 15 % des absences n'ont pas pour raison la maladie, chiffre beaucoup plus bas que les 40 % indiqués par les salariés eux-mêmes dans l'enquête australienne.

### **Absences maladie de longue durée**

Environ 15 % des congés maladie en Espagne sont supérieurs à 60 jours. Ce chiffre est proche de la proportion globale d'absences de longue durée au Luxembourg, qui est de 17 %, ici définie comme dépassant 30 jours. Dans ce pays les ouvriers sont plus absents que les employés, et l'écart est encore beaucoup plus prononcé pour les absences de longue durée (tableau 3.2). Globalement, près d'un quart des absences maladie des ouvriers débouchent sur des absences de longue durée contre 1/10 seulement pour les employés – et cet écart existe pour toutes les catégories d'âge et pour les deux sexes.

**Tableau 3.2. Les absences de longue durée au Luxembourg sont nettement supérieures chez les ouvriers**

Absences de longue durée en pourcentage de tous les salariés absents pour maladie, 2005

	Ouvriers	Employés	Ensemble des salariés
<i>Pourcentage des salariés absents pour cause de maladie au moins une fois dans l'année</i>			
Total	52.3	46.3	49.3
<i>Absences de longue durée (&gt; 30 jours) rapportées au total des absences pour cause de maladie</i>			
Total	23.9	10.3	17.4
<b>Âge</b>			
20-34 ans	18.6	8.0	13.3
35-49 ans	24.5	10.3	17.9
50-64 ans	36.9	19.5	29.8
<b>Sexe</b>			
Hommes	22.7	8.4	17.6
Femmes	26.7	11.7	17.1

Source : Données fournies par l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS).

Au Royaume-Uni, 5 % seulement des congés maladie sont de longue durée, c'est-à-dire de plus de 20 jours. Cependant, ils représentent 36 % des journées de travail perdues et même plus de 50 % dans le secteur public, où la durée des absences est beaucoup plus

longue (CDI, 2006). Pour l'Australie, on ne dispose pas de données sur les absences maladie de longue durée. Ce qu'on sait, c'est que l'indemnité maladie du régime public est en moyenne perçue pendant près de 200 jours. Cependant, étant donné le très petit nombre de personnes concernées, qui s'explique par les critères spécifiques d'admissibilité<sup>5</sup>, cela ne donne pas une image véridique des absences maladie de longue durée dans ce pays.

### C. Les voies d'accès aux prestations d'invalidité

Si l'on veut trouver le bon moyen d'abaisser le nombre d'entrées dans le régime invalidité, il importe de mieux connaître les parcours qui y mènent. Malheureusement, ils sont mal documentés. L'Espagne n'a pas d'information sur le parcours des demandeurs de pension d'invalidité, tandis qu'en Australie, au Luxembourg et au Royaume-Uni il existe une information partielle<sup>6</sup>. Cependant, cette information est peu exploitée, que ce soit comme instrument de contrôle ou comme moyen permettant d'intervenir précocement et d'éviter ainsi des entrées inutiles dans le régime d'invalidité.

L'indemnité maladie ne paraît être la principale voie d'entrée dans le régime invalidité dans aucun de ces trois pays, mais les données dont on dispose ne sont pas totalement concluantes (tableau 3.3). Au Luxembourg, jusqu'en 2005, il n'était pas possible de distinguer les travailleurs en congé de maladie qui continuaient à percevoir un salaire des personnes effectivement présentes à leur travail. De même, en Australie, la catégorie « salarié ou sans garantie de revenu » comprend les personnes en congé maladie qui continuent à percevoir un salaire de leur employeur. La faible proportion de personnes (moins de 2 %) qui passent du régime maladie public au régime invalidité, par conséquent, ne donne pas une idée de l'importance réelle de la maladie comme voie d'accès à l'invalidité<sup>7</sup>. Seules les données britanniques permettent une évaluation du rôle de la maladie en tant que phase intermédiaire : au Royaume-Uni un sixième des entrées dans le régime invalidité font suite à une phase de maladie de longue durée (généralement avec paiement du salaire par l'employeur pendant six mois).

Tableau 3.3. **Les parcours d'accès au régime invalidité sont mal documentés**

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

Australie <sup>a</sup>		Luxembourg <sup>b</sup>		Royaume-Uni <sup>c</sup>	
Salarié ou sans d'aide sociale	45.3	Salarié ou prestations d'assurance maladie	67.4	Salarié	40.0
Allocation de maladie	1.8	Chômage/Redéployé	23.4	Indemnités journalières de maladie	17.0
Chômage	37.0	Aide sociale	1.9	Chômage	26.0
Prestation parentale	6.3	Autres inactifs	7.3	Aide sociale	12.0
Autres paiements	9.6			Autres inactifs	5.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>Total</b>	<b>100.0</b>

a) Basé sur les personnes accédant à la pension d'invalidité entre juin 2004 et juin 2005.

b) Basé sur les personnes accédant à une prestation d'invalidité temporaire ou permanente ou à l'allocation d'attente en 2005.

c) Les données portent sur 2001/2002. La situation précédente au regard des prestations est définie comme étant la perception de la paix réglementaire pour congé de maladie avant la demande d'allocation d'incapacité, mais dans le cas de l'allocation de demandeur d'emploi et de la garantie de revenu, elle correspond à une période de 90 jours avant la demande d'allocation d'incapacité.

Source : Données fournies par DEWR pour l'Australie; IGSS pour le Luxembourg et un échantillon de 1 % des données annuelles d'administration des prestations pour le Royaume-Uni.

Le chômage est une autre voie de passage vers l'invalidité peut-être encore plus importante peut-être encore plus importante dans les trois pays, et surtout en Australie. Le chômage représente environ un quart des transferts au régime invalidité au Luxembourg

et au Royaume-Uni et 37 % en Australie (tableau 3.3). Cela permet de penser que dans les régimes d'indemnisation du chômage il y a une proportion non négligeable de personnes qui présentent des problèmes de santé ou une invalidité partielle, et qui dans d'autres pays percevraient peut-être des indemnités maladie. C'est peut-être aussi le cas en Espagne où, contrairement à la plupart des autres pays de l'OCDE, le taux de chômage est nettement plus élevé que le taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

La proportion notable de personnes qui en Australie et au Royaume-Uni passent du régime chômage au régime invalidité pourrait être due au fait que les salariés malades peuvent être licenciés relativement facilement (chapitre 5), mais il n'existe pas d'études à ce sujet. En Australie, par exemple, après les dix jours obligatoires de versement du salaire en cas de maladie, les intéressés peuvent être licenciés et, faute de contrat d'emploi valide, ils n'auront pas droit à l'indemnité maladie du régime public<sup>8</sup>. Ils seront donc orientés vers le régime du chômage.

En conclusion, il s'avère que l'Australie, le Luxembourg et le Royaume-Uni accusent tous des taux élevés de bénéficiaires du régime invalidité, que ces bénéficiaires proviennent de l'emploi, de la maladie et du chômage, et que ce dernier groupe, c'est-à-dire les personnes qui ont déjà perdu leur emploi, est très important dans les trois pays. En Espagne, la situation semble différente. Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont beaucoup plus bas et les taux de chômage et d'absence pour maladie beaucoup plus élevés, ce qui suggère une structure des voies d'accès différente (mais on ne dispose pas de chiffres à cet égard).

## 3.2. Prévention précoce de l'invalidité

### A. Identification et intervention précoces

Le moment où l'on identifie les problèmes de santé et où l'on intervient est déterminant si l'on veut réduire la dépendance à l'égard des prestations et accroître l'activité économique des personnes souffrant d'un handicap. Les individus qui risquent de se retrouver en longue maladie doivent être considérés comme un groupe cible prioritaire, car ils perdent souvent leur emploi et ont de grandes difficultés à en retrouver un, de sorte qu'ils aboutissent dans le régime invalidité. Au Royaume-Uni, par exemple, au bout de 9 à 12 mois d'indemnités maladie ou invalidité, près de la moitié des individus se retrouvent sans emploi (Burchardt, 2003).

Ce constat est corroboré par les données du module « invalidité » de la LFS 2002. Pour les personnes nouvellement touchées par un handicap, les taux d'emploi chutent d'environ 10 points dans l'année et 10 autres points les deux années suivantes (tableau 3.4). En Espagne, l'impact de la survenue d'un handicap sur le taux d'emploi est

Tableau 3.4. **Les taux d'emploi chutent rapidement après la survenue d'un handicap**  
Taux d'emploi par situation de handicap et durée du handicap, pourcentage, 2002

	Luxembourg	Espagne	Royaume-Uni	UE-19
Personnes valides	71.5	66.2	82.0	75.1
Personnes handicapées	49.7	28.6	54.8	46.4
Handicapées depuis moins d'un an	70.3	49.3	71.7	64.7
Handicapées entre 1 et 3 ans	69.2	34.5	64.0	55.2
Handicapées entre 3 et 10 ans	46.4	24.2	53.4	44.6
Handicapées depuis plus de 10 ans	45.6	24.8	54.7	42.7

Source : EULFS 2002, module *ad hoc* sur les personnes handicapées.



encore plus prononcé. Seul le Luxembourg semble s'écarter de ce schéma : les taux d'emploi ne commencent à baisser que plus de trois ans après la survenue du handicap. Dans les quatre pays, à très long terme, les taux d'emploi ne baissent plus; au bout de dix ans, leur niveau est le même qu'après trois à dix ans d'invalidité.

Dans certains cas, il est prévisible qu'une maladie va être de longue durée. Il importe donc d'identifier le groupe de personnes concernées suffisamment tôt et de façon suffisamment précise sans s'exposer inutilement à d'énormes frais pour des personnes qui auraient repris le travail sans aucune intervention. Les employeurs, qui sont généralement les premiers confrontés à un problème de santé, peuvent choisir de ne pas s'en occuper avant qu'il relève des pouvoirs publics, et les médecins peuvent encourager leurs patients à prolonger leur arrêt maladie. Dans ces conditions, l'État risque d'avoir à supporter la charge de programmes de rééducation et autres dispositifs d'activation coûteux qui, en fin de compte, n'éviteront peut-être pas l'entrée dans le régime invalidité parce que l'intervention a été trop tardive.

La coordination entre divers acteurs – spécialistes de la santé professionnelle, service de l'emploi, médecin traitant, employeur et salarié – est capitale si l'on veut apporter de meilleures solutions à ces problèmes. Les mesures prises récemment en Norvège en vue d'une identification précoce et d'une meilleure coopération entre les principaux acteurs donnent un exemple de la difficulté de ce problème. Le principal objectif des mesures prises par le gouvernement norvégien est de trouver des solutions dans le même milieu de travail (encadré 3.1). Jusqu'ici, cependant, les résultats ne sont pas très encourageants; par exemple, les taux d'absentéisme extraordinairement élevés n'ont pas baissé (OCDE, 2006b). L'exemple norvégien montre que ce genre de mesures ne peuvent marcher que si elles sont appliquées de façon stricte.

### **B. Le rôle des employeurs**

L'identification et l'intervention précoces ne recouvrent pas la même chose selon les catégories de personnes. Pour les travailleurs ayant des problèmes de santé qui ont encore un emploi, qu'ils soient en congé maladie ou non, des mesures préventives dans le milieu de travail les aideront à conserver leur emploi et leur éviteront de passer sous le régime de l'invalidité. Le rôle des employeurs à cet égard est important. Leur implication dans la phase de maladie et de réadaptation, leurs obligations vis-à-vis des salariés et l'aide dont ils bénéficient pour les accomplir diffèrent beaucoup selon les pays. Les obligations des employeurs et les aides qui peuvent leur être fournies sont exposées plus en détail au chapitre 5. Leurs incitations financières vis-à-vis des salariés malades sont examinées ci-après.

Plus est longue la durée des obligations financières des employeurs vis-à-vis des salariés malades, plus ils auront intérêt à assurer l'hygiène et la sécurité du milieu et des conditions de travail. Aider le salarié malade à revenir travailler rapidement minimise les coûts de l'absentéisme. Améliorer la santé des travailleurs devrait aussi avoir un impact positif sur la productivité de l'entreprise. D'un autre côté, lorsque les salariés malades restent à la charge de l'employeur sur une période plus longue, les pouvoirs publics restent souvent dans l'ignorance des cas qui peuvent poser problème. Si les employeurs ne prennent pas au sérieux leur rôle d'intervention précoce, par exemple parce qu'ils ne croient pas à l'intérêt, en termes de coût-efficacité, de la prévention ou de l'intervention précoce, le système risque d'entraîner une croissance de la proportion d'inactifs et des entrées dans le régime d'invalidité.

### Encadré 3.1. **Identification précoce et coopération entre les principaux acteurs en Norvège**

Les nouvelles mesures d'identification précoce reposent sur la coopération entre la sécurité sociale, le salarié, l'employeur et le médecin traitant. Chacun de ces acteurs a un certain nombre de droits et devoirs nouveaux.

**Devoirs du médecin traitant :** si un salarié est malade plus de huit semaines, le médecin traitant doit remplir un certificat médical détaillé. Il doit conseiller le salarié de façon à renforcer sa motivation au travail, et déterminer s'il existe des raisons médicales valables pour justifier l'absence au travail. Le médecin traitant qui ne respecte pas cette règle peut perdre son droit à délivrer des certificats médicaux qui déclenchent le versement des indemnités versées par la sécurité sociale.

**Devoirs du salarié :** pendant les huit premières semaines d'absence maladie, le salarié et l'employeur doivent établir un plan de retour au travail. Le salarié doit donner des informations sur ses capacités fonctionnelles, de façon que les mesures nécessaires puissent être prises rapidement. Il doit aussi accepter un dialogue avec l'employeur sur l'éventuel réaménagement du lieu de travail. S'il refuse de collaborer, le versement de l'indemnité maladie peut être réduit ou même suspendu.

**Devoirs de l'employeur :** le test des capacités fonctionnelles du salarié doit être effectué sur le lieu de travail. Après 12 semaines d'absence, si le salarié n'est pas en « congé maladie actif », l'administration nationale de la sécurité sociale demande à l'employeur un plan de suivi. Celui-ci doit comprendre une importante documentation qui permet d'assurer le suivi des personnes en congé maladie en vue de leur retour au travail. L'employeur est tenu de soumettre, sur demande, à l'administration de l'Assurance nationale, le plan de suivi.

**Devoirs de l'administration nationale de la sécurité sociale :** Elle peut imposer des pénalités et des sanctions à l'employeur, au salarié et au médecin traitant en cas de non-respect de leurs obligations. De plus, chaque entreprise peut signer un contrat avec l'agence locale de la sécurité sociale et se faire aider par un conseiller du Centre d'entreprises local nouvellement créé, afin de prendre les mesures nécessaires et de pouvoir assurer le suivi des salariés en congé maladie.

Le Royaume-Uni est un cas intéressant à cet égard, parce que dans les années 80 et 90 le régime d'indemnité maladie a été privatisé, en plusieurs étapes. En 1983 a été instaurée l'obligation pour les employeurs de verser le salaire pendant les huit premières semaines d'absence maladie par an, durée qui a été portée à 28 semaines en 1986. Cependant, cette responsabilité financière restait virtuelle, car les coûts étaient entièrement remboursables à l'employeur. En 1991, le remboursement a été ramené à 80 %, pour être finalement aboli en 1994 (à l'exception des coûts de maladie particulièrement élevés). Malheureusement, les employeurs ne sont pas tenus d'enregistrer les congés maladie; c'est l'une des raisons pour lesquelles on n'a pas pu évaluer ces réformes. Les données recueillies par la Fédération du patronat donnent à penser que le transfert de la charge aux employeurs dans les années 80 n'a pas eu d'impact, mais qu'en 1991 les taux d'absence ont baissé de plus de 10 % lorsqu'on a obligé les employeurs à conserver à leur charge une partie des coûts (CBI, 2006). Ce sont surtout les absences de courte durée qui ont diminué. En revanche, le transfert de la totalité de la charge aux employeurs en 1994 n'a pas eu d'effet supplémentaire notable.

La même étude CBI des absences maladie dans 10 000 entreprises et organismes du secteur public au Royaume-Uni concluait qu'environ 90 % des employeurs contrôlaient les absences de longue durée, définies comme dépassant plus de 20 jours (CBI, 2006). Dans 70 % des entreprises, cela incombait au chef hiérarchique et dans 14 % seulement au service des ressources humaines. Dans ce dernier cas, les absences maladie annuelles étaient en moyenne plus courtes de deux jours. Pour gérer les absences maladie, les employeurs appliquent toutes sortes de méthodes : procédures de discipline, entretiens de reprise, statistiques des absences transmises au supérieur hiérarchique et mesures de réadaptation (y compris notamment horaires souples et conseils). Curieusement, on a constaté qu'il y avait plus d'absences dans les entreprises qui prenaient des mesures (sept jours par an) à celles des entreprises qui ne le faisaient pas (cinq jours). On peut en déduire que les mesures prises par les employeurs sont encore insuffisantes, mais cela peut aussi indiquer que les entreprises où les taux d'absence sont plus élevés se préoccupent davantage de ces questions<sup>9</sup>.

Dans les trois autres pays, les résultats confirment en partie l'existence d'une relation entre les taux d'absentéisme observés et la durée de versement par l'employeur de la rémunération du salarié malade. C'est en Espagne que cette durée est la plus courte : deux semaines seulement, et que les taux d'absentéisme sont les plus élevés. Au Luxembourg, la durée de versement du salaire est relativement longue pour les employés (3,5 mois), mais nulle pour les ouvriers, dont les taux d'absentéisme sont d'ailleurs beaucoup plus élevés (voir plus haut). En Australie, les choses sont plus difficiles à apprécier du fait que la durée de versement de la rémunération varie d'un salarié à l'autre en fonction de l'ancienneté.

Au Luxembourg, pour réduire les absences maladie de longue durée parmi les ouvriers, le Comité de coordination tripartite a décidé au début 2006 d'imposer aux employeurs une prise en charge financière. C'est ce que doit permettre une réforme plus générale destinée à éliminer toutes les différences existantes entre les réglementations applicables aux ouvriers et aux employés par l'instauration d'un statut unique. L'unification des règles en matière d'indemnités maladie doit à la fois améliorer la gestion des absences maladie des ouvriers et alléger la charge qui pèse sur la caisse maladie. Le gouvernement prévoit l'entrée en vigueur de ces nouvelles règles en janvier 2009 (encadré 3.2).

### **C. Contrôle des absences maladie**

Dans les quatre pays, les coûts des pensions d'invalidité sont totalement externalisés, tandis que les coûts de la phase maladie sont supportés à divers degrés par l'employeur. Les pouvoirs publics ont donc tout intérêt à ce que les risques d'invalidité soient repérés tôt de façon à éviter les transferts à des régimes publics d'indemnisation permanente. Pour cela ils ont intérêt à contrôler et réévaluer aussi bien l'état de santé que la capacité fonctionnelle des personnes en congé maladie. Dans le cadre de ce contrôle, les employeurs doivent être invités à fournir des informations sur les maladies dont la durée dépasse un mois.

La première chose à faire pour éviter que les gens quittent le marché du travail pour des raisons de santé est de les encourager à rester au travail, éventuellement dans des conditions plus souples ou pour effectuer des tâches nouvelles. À cet égard, le rôle du médecin traitant est capital puisqu'il est généralement le premier à voir le malade. Mais il est souvent enfermé dans son rôle traditionnel qui est de soigner et n'est pas au courant de ce qui touche à la vie professionnelle. Il est évident que travailler trop sous pression peut être mauvais pour la santé et favoriser la maladie, mais l'absence de travail aussi peut être

### Encadré 3.2. Harmonisation des régimes d'indemnités maladie au Luxembourg

Actuellement, dans le régime ouvrier, l'indemnité de maladie est à la charge de l'assurance maladie dès le 1<sup>er</sup> jour d'absence, alors que dans le régime employé, elle n'est due par la caisse maladie qu'au bout de trois mois et demi (l'employeur étant tenu jusque là de la verser). Supprimer la distinction entre ouvriers et employés suppose d'harmoniser les deux régimes, de préférence par alignement sur les règles applicables aux employés. Cela implique pour les employeurs une augmentation des coûts de la main-d'œuvre ouvrière. En même temps, on peut penser qu'une meilleure gestion de la maladie permettra de changer la culture de l'absentéisme (dans le bâtiment par exemple).

Les modifications sont actuellement en négociation. Il ne semble pas politiquement envisageable de se borner à appliquer aux ouvriers les règles du régime employé. Les discussions tournent notamment autour de la possibilité de changer les règles de façon telle que l'impact financier sur les employeurs soit neutre, et qu'il ne défavorise ni ceux qui occupent des ouvriers, ni ceux qui occupent des employés – équation qui semble extrêmement difficile à résoudre.

Une solution possible est qu'en contrepartie de l'obligation de payer les indemnités maladie dès le premier jour, les employeurs se voient accorder une réduction des cotisations de sécurité sociale. Pour les employés, les employeurs devront payer des cotisations de sécurité sociale plus élevées, mais en revanche auront à payer le salaire pendant une durée plus courte. La durée de versement du salaire, l'éventualité d'une réduction du salaire brut des ouvriers (pour maintenir l'égalité des salaires nets) et la modification des taux de cotisation de sécurité sociale restent à déterminer.

L'harmonisation des régimes ouvrier et employé constituera un pas dans la bonne direction, si l'on considère que le classement des professions (ou des emplois) devient de plus en plus arbitraire. En dehors des changements à apporter aux règles relatives à la maladie, la réforme devra également résoudre les questions de réglementation des heures supplémentaires et d'indemnités de licenciement ainsi que de modifications plus larges du droit du travail.

néfastes. En se basant à la fois sur la littérature clinique et celle qui porte sur l'invalidité, Waddell et Burton (2006) concluent qu'avoir un emploi est généralement bon pour le bien-être physique et mental aussi bien des personnes en bonne santé que de beaucoup de personnes handicapées et de la plupart des personnes qui ont des pathologies courantes, et que l'inactivité peut nuire sérieusement à la santé.

Dans les quatre pays, les incapacités de travail temporaires, c'est-à-dire les absences maladie, sont certifiées en première instance par le médecin traitant. Cependant, au Luxembourg et en Espagne, les médecins généralistes n'ont pas une fonction formelle de filtrage comme au Royaume-Uni et en Australie. Le Luxembourg et l'Espagne ont mis en place des dispositifs complets de contrôle et de réexamen des droits à l'indemnité maladie, en vue d'éviter les absences de longue durée et les entrées qui s'ensuivent dans le régime invalidité (encadré 3.3). Ce contrôle public des absences pourrait et devrait aussi se faire dans les pays où les durées de maintien du salaire sont plus longues. Un exemple de bonne pratique à cet égard est l'Autriche, où les certificats établis par les médecins généralistes font souvent l'objet d'un contrôle de la sécurité sociale dès la phase initiale (contrôles aléatoires aussi bien que systématiques) bien que la période de paiement du salaire par l'employeur soit analogue à celle qui s'applique aux employés au Luxembourg.

### Encadré 3.3. Réévaluation et contrôle des absences maladie au Luxembourg et en Espagne

**Espagne :** afin de mieux contrôler les absences maladie et de les réduire, l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) a créé en 2004 une nouvelle direction exécutive. L'Institut dispose actuellement de 400 médecins mais va prochainement en recruter 200 autres, afin d'assurer un meilleur contrôle et un meilleur réexamen des congés maladie en cours. Ces médecins contrôleurs, placés hiérarchiquement au-dessus des médecins traitants, peuvent, s'ils le jugent bon, suspendre une indemnité maladie.

À cette fin, l'INSS gère une très riche base de données administratives individuelles, qui contient tous les antécédents d'absence pour maladie, avec des informations sur le salarié, l'employeur, la cause de l'absence et le dossier médical complet. Ces informations sont automatiquement enregistrées au reçu des notifications d'absences maladie auxquelles sont tenus les employeurs ainsi que de tous les certificats de maladie délivrés par des médecins traitants. L'INSS procède alors au contrôle des absences qui dépassent la durée moyenne d'une pathologie, spécifiée sur des listes détaillées de toutes les pathologies possibles.

L'INSS assure le paiement des indemnités maladie, mais les décisions d'attribution sont prises au niveau régional. Afin de garder la maîtrise des dépenses d'indemnité maladie, la direction centrale de l'INSS met actuellement en place avec 52 bureaux régionaux des accords spécifiant des objectifs tels que le nombre de réexamens par médecin de l'INSS et par an. Y sont ensuite rapportés les coûts, la durée des absences et une formation des médecins traitants leur permettant de mieux évaluer la maladie et la capacité de travail. Si les objectifs ne sont pas atteints, la moitié de la dotation à la région sera suspendue. Les agences régionales de l'INSS envoient des rapports quotidiens qui détaillent les diagnostics relatifs aux absences maladie nouvelle et terminées.

**Luxembourg :** depuis 2005, en cas d'absence maladie d'au moins six semaines au cours des 16 semaines précédentes, l'intéressé reçoit de l'assurance maladie un formulaire de 4 pages (le R4) à transmettre à son médecin traitant, qui lui-même le renverra complété au Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS). Si le formulaire n'est pas retourné dans les deux semaines, un rappel est adressé au malade. Au-delà d'un délai supplémentaire de deux semaines, l'indemnité serait suspendue. Cependant, 92 % des formulaires sont renvoyés dans le délai prescrit.

Le Contrôle médical évalue immédiatement toutes les informations et rend un avis sur la capacité de travail de l'intéressé. Cet avis est renvoyé à l'assurance maladie pour décision. Celle-ci peut être de quatre sortes : i) déclenchement d'une pension d'invalidité; ii) déclenchement de la procédure de reclassement (pour plus de détails, voir le chapitre 2; iii) prolongation de l'indemnité maladie jusqu'à nouvel examen à une date ultérieure; ou iv) suspension de l'indemnité maladie.

Tout ceci concerne surtout les ouvriers. Les employés font généralement l'objet d'un réexamen au bout de quatre mois (à l'issue de la période de maintien du salaire par l'employeur) de sorte que la procédure est déclenchée beaucoup plus tard. Avec l'harmonisation prochaine des règles applicables aux ouvriers et aux employés, il est prévu que le Contrôle médical assure le suivi et le contrôle des absences maladie dès la période de maintien du salaire par l'employeur.

En Espagne, les accidents du travail et les maladies professionnelles relèvent exclusivement des mutuelles<sup>10</sup>. Celles-ci ont toutefois également la charge de l'ensemble des arrêts maladie pour les salariés dont l'employeur est couvert par une mutuelle patronale (ce qui représente plus de la moitié des travailleurs). Les contrôles avec rapport

au médecin traitant sont courants, et ont également contribué à réduire la multiplication des arrêts maladie. La prévention et la réadaptation médicales font aussi partie des compétences de ces mutuelles, qui ont souvent des rapports étroits avec les employeurs et ont intérêt à encourager un retour rapide au travail<sup>11</sup>. Les mutuelles disposent de leurs propres médecins qui, cependant, ne peuvent que recommander une suspension de l'indemnité maladie, la décision finale de prolonger l'arrêt maladie ou d'y mettre fin appartenant au médecin traitant.

Le contrôle et la réévaluation ne permettent pas à eux seuls d'éviter un nouvel arrêt maladie ou même une demande ultérieure de pension d'invalidité. Il faudrait donc qu'à côté de bons systèmes de contrôle comme ceux du Luxembourg et de l'Espagne soit prévue une assistance supplémentaire pour les personnes qui risqueraient sans cela de rester en arrêt maladie de longue durée (ou d'y revenir). Une possibilité consiste à mettre au point avec la participation de tous les acteurs concernés des stratégies d'action individualisées, dans le même esprit que ce qui existe en Norvège. Cela nécessite aussi des informations détaillées sur l'état de santé et les antécédents d'emploi des intéressés, informations qui sont déjà collectées au Luxembourg et en Espagne<sup>12</sup>.

Le contrôle des arrêts maladie et l'établissement précoce de plans d'action soulèvent diverses difficultés pratiques, en particulier s'agissant de la confidentialité d'un dossier médical. À ce stade, un avis confidentiel à l'employeur et au salarié serait une solution intéressante. Cet avis serait émis par les services de santé professionnelle, qui devraient être capables de déterminer les aménagements à apporter au lieu de travail et les besoins en matière de réadaptation, et ceci également pour les problèmes de santé mentale<sup>13</sup>.

Par ailleurs, le médecin traitant devrait bénéficier de conseils en santé professionnelle, car ce sont des compétences qu'ils possèdent rarement, et ils connaissent mal les conditions de travail de leurs patients et les raisons des problèmes de santé liés au travail. C'est ce que confirme une enquête de Meager *et al.* (1998) qui constate que 40 % des inactifs présentant un handicap ont quitté leur emploi sur les conseils de leur professionnel de santé. Un deuxième avis d'un ergothérapeute ou d'un médecin, comme au Luxembourg, est capital si l'on veut évaluer correctement la capacité de travail d'une personne en arrêt maladie<sup>14</sup>. Au Royaume-Uni, par exemple, la grande majorité des salariés du secteur privé n'ont pas accès à un ergothérapeute (Sawney et Challenor, 2003).

#### **D. Contrôle de l'état de santé des chômeurs**

Étant donné le grand nombre de travailleurs qui accèdent au régime invalidité en passant par la case chômage, il est indispensable d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé des personnes sans emploi, particulièrement de celles qui perçoivent une allocation chômage. C'est la seule façon de détecter des problèmes de santé suffisamment tôt pour éviter des transferts « inutiles » au régime invalidité. Contrairement aux personnes qui ont un emploi et qui, temporairement malades, perçoivent une indemnité maladie, pour lesquelles les employeurs jouent un rôle clé, s'agissant des chômeurs le contrôle de l'état de santé incombe aux pouvoirs publics.

Les études actuellement menées au Royaume-Uni sur l'historique des accédants au régime invalidité suggèrent que la plupart de ceux qui proviennent du régime chômage ont perdu leur emploi pour des raisons qui n'ont rien à voir avec leur santé; on peut donc penser que le chômage contribue à créer l'invalidité. Il est clair que le chômage de longue durée augmente la probabilité d'entrée dans le régime invalidité. Au Royaume-Uni,

en 2001, 22 % des personnes passées du chômage à l'invalidité percevaient des allocations de chômage depuis au moins deux ans. Alors que cette catégorie avait fait autant de recherche d'emploi que les autres demandeurs d'emploi, 5 % seulement avaient reçu des offres – contre 15 % pour les autres chômeurs (Bacon, 2002). En Australie, on a constaté que les personnes venues du chômage étaient celles qui avaient la plus forte probabilité de percevoir des pensions d'invalidité de longue durée (Cai, 2004).

Tous les pays comptent parmi les chômeurs indemnisés un nombre important et parfois croissant de personnes ayant des problèmes de santé. En Australie, par exemple, en 2005, un demandeur d'emploi sur dix était classé comme chômeur indemnisé reconnu inapte au travail. Cette proportion a un peu baissé depuis 2000, mais on s'attend à ce qu'elle augmente à nouveau sensiblement du fait de la réforme *Welfare to Work*, car les personnes à capacité de travail partielle seront versées au régime d'indemnisation du chômage.

Les pays se préoccupent de plus en plus de repérer tôt ceux des demandeurs d'emploi qui risquent d'aboutir au régime invalidité. En Australie, depuis 2006, les problèmes de santé des chômeurs de longue durée ont plus de chances d'être détectés tôt du fait que certaines catégories de chômeurs – notamment ceux qui demandent à être exemptés de recherche d'emploi pour raison de maladie temporaire mais de longue durée – sont tenus de se soumettre à une évaluation de leur capacité de travail (voir plus loin). Au Luxembourg également, de nouvelles procédures visent à prévenir le passage du chômage à l'invalidité. Les personnes qui ne perçoivent plus d'indemnité maladie mais qui sont incapables de reprendre leur travail antérieur et dont la réduction de capacité de travail n'est pas suffisante pour leur donner droit à une pension d'invalidité, sont classées dans une catégorie spéciale de chômeurs chez qui on a détecté des problèmes de santé et qui ont besoin d'une aide spécifique<sup>15</sup>. Cela dit, les problèmes de santé qui apparaissent *au cours* de la période de chômage ont forcément tendance à rester inaperçus.

Malgré ces efforts, dans tous les pays, les problèmes de santé des chômeurs peuvent rester indétectés trop longtemps, avec pour conséquence une dégradation de leur état de santé, tandis que leurs chances de trouver un emploi continuent de diminuer. C'est particulièrement le cas en Espagne, où les programmes généraux pour l'emploi ne prévoient rien pour la participation de chômeurs présentant des problèmes de santé ou un handicap léger. Les problèmes de santé des demandeurs d'emploi ne sont formellement identifiés en Espagne que s'ils ont demandé et obtenu un certificat légal d'invalidité; dans ce cas, diverses subventions encouragent les employeurs à les recruter (chapitre 5).

Les chances de détection des problèmes de santé par les conseillers pour l'emploi sont probablement plus élevées en Australie et au Royaume-Uni, pour plusieurs raisons. Premièrement, les agences de placement et les prestataires de services perçoivent une rémunération plus forte pour les demandeurs d'emploi défavorisés, parmi lesquels ceux qui ont des problèmes de santé. Ceci incite davantage l'agent pour l'emploi à identifier les problèmes de santé de ses clients. Deuxièmement, dans les deux pays, les chômeurs bénéficient de conseillers personnels, ce qui n'est pas le cas au Luxembourg et en Espagne. En outre, le nombre de dossiers à traiter est beaucoup plus faible au Royaume-Uni et en Australie.

### 3.3. La prestation d'invalidité pour ceux qui en ont besoin

L'identification précoce aide à prévenir et à limiter certains problèmes de santé, mais pas tous. Une évaluation complète de l'invalidité est donc tout aussi importante dans une stratégie qui vise à abaisser la dépendance de longue durée à l'égard des prestations en augmentant l'activité économique. Il importe particulièrement, pour déterminer

l'admissibilité d'un individu à une prestation d'invalidité, de considérer avant tout la capacité de travail résiduelle, et non le problème de santé en tant que tel. À cet égard, il n'y a pas pour le moment d'approche commune à tous les pays, mais la prise en compte de la capacité de travail résiduelle gagne du terrain par rapport à celle du problème de santé en tant que tel. Cela va aider à maîtriser les taux d'entrée dans le régime invalidité. Cela dit, des critères d'admissibilité trop stricts peuvent conduire à l'exclusion de personnes qui auraient besoin de la pension (chapitre 1).

### **A. Évaluation de l'invalidité**

L'évaluation de l'admissibilité à une pension d'invalidité obéit à des approches différentes selon les pays. Un élément qui est commun aux quatre pays est que l'attribution de la prestation d'invalidité ne dépend plus du médecin traitant, ou du moins en partie seulement. En Australie, l'avis du médecin traitant et les examens médicaux indépendants ne sont que l'un des éléments pris en compte dans la décision d'attribuer une prestation. Il y a aussi une rencontre entre l'évaluateur chargé du dossier et le demandeur. L'évaluation de la capacité de travail (*Job Capacity Assessment* – JCA) mise en place en 2006 est destinée à déterminer la capacité de travail d'un individu et les obstacles qui l'empêchent de trouver un emploi (encadré 3.4). C'est là une approche plus globale que dans les autres pays.

Cependant, les autres pays ont aussi modifié leurs procédures d'évaluation. En Espagne, en 1997, l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) en a repris le contrôle au médecin traitant, et la capacité de travail du demandeur est désormais évaluée par un médecin de l'INSS qui procède lui-même à un examen médical<sup>16</sup>. Il envoie un compte rendu sommaire à une commission composée de médecins, d'inspecteurs du travail et de gestionnaires de l'INSS. Cette commission émet un avis sur la capacité ou non de l'individu de travailler et, si oui, dans quelle proportion<sup>17</sup>. La décision finale d'attribuer une pension est prise par l'INSS.

Au Luxembourg, depuis 1997, les autorités compétentes n'accordent plus de pension d'invalidité aux personnes qui peuvent travailler, même si ce n'est pas dans leur emploi précédent. De ce fait, contrairement à ce qui se passe en Espagne, l'accès aux prestations d'invalidité est fermé aux personnes dont la capacité de travail n'est que partiellement réduite. Le processus d'examen du droit à prestations d'invalidité est actuellement déclenché au Luxembourg soit par un arrêt maladie plus long (encadré 3.3), soit par une demande individuelle. Dans ce dernier cas le processus est très analogue à celui de l'arrêt maladie de longue durée. À l'issue de l'évaluation de l'absence maladie de longue durée, une deuxième évaluation est effectuée par le Contrôle médical (CMSS)<sup>18</sup>. La décision finale est prise par l'assurance pension.

Au Royaume-Uni, pour 70 % des demandeurs de pension d'invalidité, l'évaluation initiale est basée sur l'examen par le médecin traitant, les autres doivent se soumettre à une évaluation des capacités individuelles (*Personal Capability Assessment* – PCA). Au bout de six mois d'allocation d'incapacité, le PCA est appliqué à la majorité des demandeurs<sup>19</sup>. Contrairement à ce qui se passe en Australie, l'objet principal du PCA est de déterminer le droit à prestations et non la capacité de travail résiduelle, mais cela va évoluer à l'occasion de la réforme générale de la protection sociale (chapitre 2), qui mettra davantage l'accent sur le travail que l'individu peut assurer malgré ses limitations<sup>20</sup>. La décision d'attribuer une prestation est prise par *Jobcentre Plus*, sur la base des informations fournies par le questionnaire du demandeur, par son médecin traitant, et par la PCA. Un défaut subsiste :



#### Encadré 3.4. **Innovation : l'évaluation de la capacité de travail en Australie**

Le gouvernement australien a instauré en 2006, en tant qu'élément clé du système *Welfare to Work*, évaluation de la capacité de travail (*Job Capacity Assessment – JCA*). En même temps, il a modifié les critères d'admissibilité à une pension d'invalidité : cette pension n'est désormais attribuée que si l'individu est jugé incapable de travailler au moins 15 heures par semaine (au lieu de 30 heures auparavant), moyennant une aide des services de l'emploi pouvant aller jusqu'à deux ans. De plus, l'invalidité doit être permanente, diagnostiquée, traitée (après prise en compte de tout traitement raisonnable) et stabilisée (sans perspective d'amélioration fonctionnelle sensible).

Tous les demandeurs de pension d'invalidité, à l'exception de ceux qui sont considérés comme « manifestement invalides » doivent se soumettre à un JCA. Le JCA a un double rôle : évaluer la capacité de travail de l'individu et ce qui peut l'empêcher de trouver un travail, et l'orienter vers une aide appropriée en cas de besoin. À cette fin, l'évaluateur rassemble les dossiers médicaux, les informations sur les antécédents d'emploi et autres de la personne considérée. L'évaluation comprend une rencontre entre l'évaluateur et l'intéressé (qui dure en général de une à deux heures).

Après cela (en général dans les dix jours ouvrables), l'évaluateur établit un rapport sur l'aptitude au travail du demandeur et le soutien éventuel dont il a besoin pour trouver un emploi. Ce rapport est transmis au Centrelink (guichet unique chargé de verser les prestations et d'assurer toute une gamme de services fédéraux) et, le cas échéant, également à un prestataire de services. La décision d'attribuer une prestation d'invalidité (ou éventuellement une allocation de chômage) n'est pas prise par l'évaluateur, mais par le Centrelink.

Actuellement, 80 % des évaluations sont réalisées par des organismes publics tels que Centrelink, CRS Australia et Health Services Australia. Cependant, en 2008, tous les prestataires seront sélectionnés sur appel d'offres. Les évaluateurs sont et seront essentiellement des professionnels de santé tels que psychologues, conseillers en réadaptation, ergothérapeutes et physiothérapeutes, qui devront suivre une formation et respecter des directives visant à assurer la cohérence des évaluations dans l'ensemble du pays. Celles-ci seront suivies de près par le Département des services humains.

l'attribution presque automatique de prestations d'invalidité provisoires, souvent après épuisement des indemnités maladie, sur simple appel au centre de contact. Très souvent, la PCA n'intervient qu'au bout de plusieurs mois. Cela permet évidemment de traverser une période sans salaire, mais cela envoie au demandeur un signal trompeur<sup>21</sup>.

Comme pour l'indemnité maladie, certains pays surveillent aussi les améliorations de l'état de santé des bénéficiaires de prestations d'invalidité. En Australie, cette réévaluation peut avoir lieu à tout moment et de toute façon les personnes qui sont volontaires pour travailler font presque certainement l'objet d'une réévaluation au titre de la JCA. En Espagne, les bénéficiaires de pensions d'invalidité sont rarement soumis à une réévaluation. S'ils le sont, ce n'est qu'au cours des deux premières années (période où l'individu a le droit de retourner chez l'employeur précédent). La plupart du temps, les réévaluations sont effectuées lorsque l'individu ne prend un emploi peu de temps après l'attribution de la prestation. Au Royaume-Uni, les bénéficiaires de prestations peuvent faire l'objet d'une réévaluation de type PCA de façon à vérifier qu'ils remplissent toujours les conditions pour y avoir droit. Ces réexamens sont moins aléatoires que dans les autres pays, car le médecin qui effectue la PCA doit aussi indiquer si et quand une autre réévaluation doit avoir lieu. Globalement, cependant, après un certain temps, le contrôle

est assez sporadique dans les quatre pays et beaucoup moins courant que, par exemple, pour les arrêts maladie au Luxembourg et en Espagne.

Certains pays pratiquent également d'autres type d'évaluation de l'invalidité, pour différentes raisons. Il s'agit notamment d'évaluer l'admissibilité à des prestations *non contributives* pour les personnes qui n'ont pas de durée de cotisation suffisante. Cette prestation existe en Espagne et au Royaume-Uni. En Espagne, son niveau est beaucoup plus bas que celui de la prestation du régime d'assurance, tandis qu'au Royaume-Uni, il y a peu de différence (chapitre 4). Au Royaume-Uni, les personnes qui demandent une prestation non contributive (garantie de revenu avec prime pour incapacité) font l'objet d'une évaluation exactement de la même façon que celles qui demandent une prestation contributive. En Espagne, les prestations d'invalidité non contributives sont gérées par les autorités des Communautés autonomes (équipes d'évaluation de l'IMSERSO) et non par l'Institut national de la sécurité sociale<sup>22</sup>. L'admissibilité à ces prestations nécessite que l'invalidité minimum évaluée soit de 65 %, et ne fait pas référence à la capacité de travail résiduelle.

Un autre type d'évaluation de l'invalidité sert à déterminer le *statut légal d'invalidité* en Espagne et au Luxembourg, essentiellement pour l'application des systèmes de quotas d'emplois (chapitre 5). Ces deux pays exigent pour délivrer un certificat légal d'invalidité, une limitation des activités quotidiennes d'environ un tiers (ce qui est, dans le cas de l'Espagne, nettement plus bas que pour la prestation d'invalidité non contributive). Au Luxembourg, pour la reconnaissance de l'incapacité de travail, il faut obtenir un certificat légal, et être salarié ou demandeur d'emploi inscrit. Le statut est accordé pour un niveau d'incapacité mesuré d'au moins 30 %. L'évaluation est assurée par la Commission médicale, la plupart du temps sur la base de l'avis du médecin traitant. En Espagne, une personne qui est dans une certaine mesure incapable de participer aux activités de la vie quotidienne, peut se voir accorder un statut d'invalidité légale (qu'elle travaille ou non). L'évaluation est effectuée par les équipes d'évaluation de l'IMSERSO (comme pour la prestation non contributive), sur la base des échelles standardisées de classement des handicaps de l'OMS. Le handicap doit être d'au moins 25 % pour donner droit au statut d'invalidité légale.

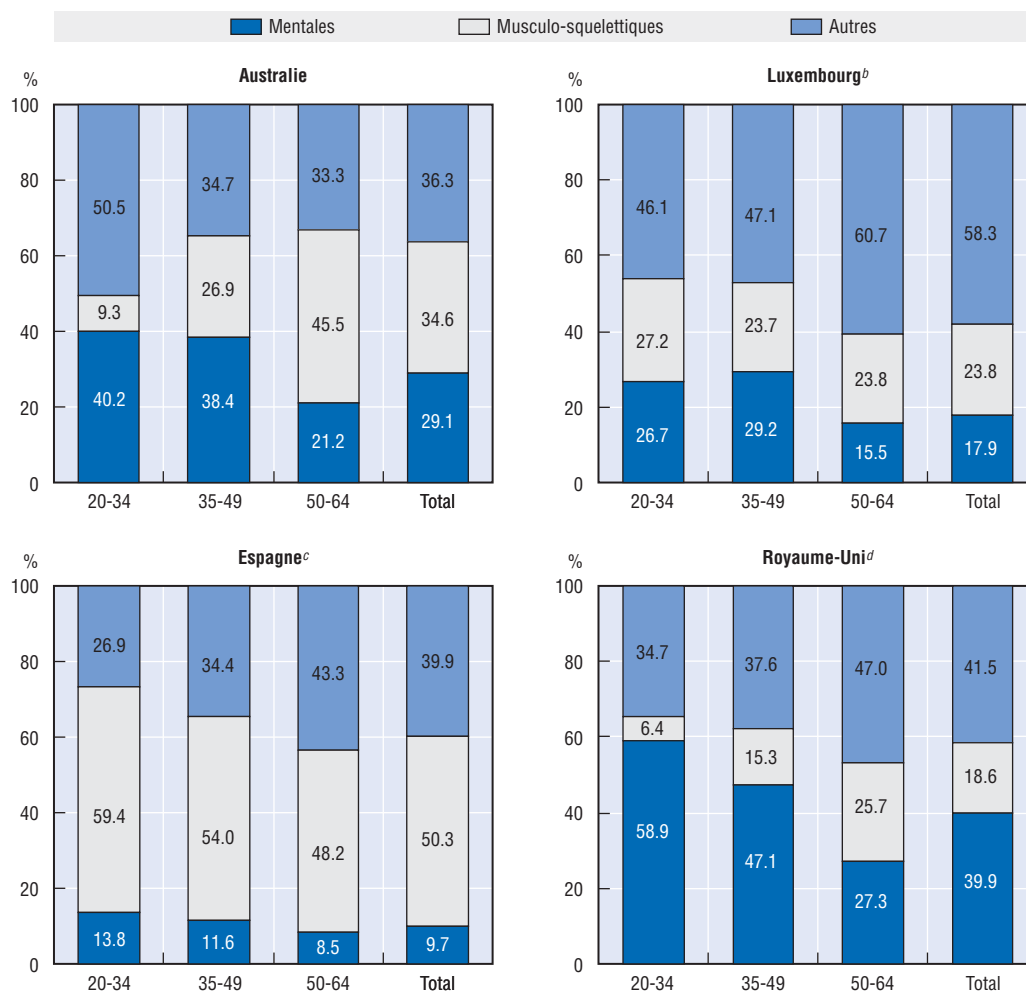
Le Royaume-Uni applique des conditions analogues pour attribuer la *Disability Living Allowance* (DLA). Pour y avoir droit, il faut avoir besoin depuis au moins trois mois d'une tierce personne ou d'une aide pour se déplacer et présenter un handicap sans perspective d'amélioration notable pendant au moins les six mois qui suivent. L'admissibilité n'est cependant pas subordonnée à une incapacité de travail. Les demandes sont basées sur une autoévaluation et les agents qui prennent la décision au sein de l'organisme chargé des prestations ne sont pas tenus d'effectuer un diagnostic médical (on se contente le plus souvent d'un certificat du médecin traitant)<sup>23</sup>. La moitié environ des bénéficiaires de l'allocation d'incapacité (*Incapacity Benefit* – IB) mais un cinquième seulement des nouveaux entrants dans ce régime perçoivent la DLA. En revanche, 80 % des bénéficiaires de la DLA perçoivent l'IB.

### **B. Pathologies et prestations d'invalidité**

L'évaluation de l'invalidité a été fortement mise à contribution dans le passé récent. Cela tient en particulier à l'augmentation très rapide des cas de troubles mentaux, qui représentent près de 40 % des bénéficiaires de prestations d'invalidité au Royaume-Uni, si l'on inclut les troubles du comportement, et près d'un tiers en Australie (graphique 3.4). Dans les quatre pays, les maladies mentales sont systématiquement plus fréquentes chez

### Graphique 3.4. Les principales pathologies des bénéficiaires de prestations d'invalidité varient beaucoup

Distribution en pourcentage des bénéficiaires de prestations, par tranche d'âge, dernière année disponible<sup>a</sup>



- a) 2004 pour le Luxembourg et l'Espagne, 2005 pour l'Australie et 2006 pour le Royaume-Uni.  
 b) Pour le Luxembourg, il n'existe pas de données sur les pathologies des bénéficiaires de prestations d'invalidité. Les données sont basées sur les traitements ambulatoires et les proportions sont calculées en fonction du nombre de consultations de spécialistes par les allocataires. Les données ne concernent que la population résidente.  
 c) Pour l'Espagne, les données se rapportent à un échantillon de personnes titulaires d'un certificat d'invalidité légal.  
 d) Les données relatives au handicap mental comprennent les handicaps d'apprentissage qui représentent environ 6 % de tous les handicaps mentaux.

Source : DEWR pour l'Australie; IGSS pour le Luxembourg; tableaux spéciaux pour l'Espagne fournis par l'Université de Madrid, sur la base de données croisées INSS et IMSERSO et DWP Work and Pensions Longitudinal Study pour le Royaume-Uni.

les jeunes et les personnes d'âge très actif et elles le sont particulièrement dans la tranche d'âge 20-34 ans au Royaume-Uni, où près de six personnes sur dix perçoivent une prestation d'invalidité à cause de problèmes de santé mentale.

En Espagne, les cas de pathologie mentale parmi les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont beaucoup moins répandus que dans les trois autres pays, mais aussi que dans la plupart des pays membres de l'OCDE. Cela tient probablement à de plus forts préjugés à l'encontre des troubles mentaux, à la plus grande réticence des évaluateurs, et au moins grand nombre de médecins et de spécialistes dans ces disciplines, qui font que

ces troubles sont mal reconnus d'une façon générale, mais il se peut aussi que la tendance générale dans l'OCDE n'a pas encore atteint l'Espagne.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les problèmes de santé mentale (dépression, stress et anxiété) se sont développés rapidement depuis 10 ou 20 ans et sont actuellement ceux qui enregistrent la croissance la plus rapide – en particulier chez les jeunes et les personnes d'âge très actif (OCDE, 2003 et 2006b). Au Royaume-Uni, les données montrent que la proportion de bénéficiaires de prestations d'invalidité qui ont des problèmes de santé mentale est plus élevée d'environ 15 points aujourd'hui qu'en 1995. En Australie, les maladies mentales ont connu une croissance encore plus spectaculaire, passant de 2 % en 1990 à près de 30 % en 2005<sup>24</sup>.

La prévalence croissante des problèmes de santé mentale impose de modifier les méthodes d'évaluation. La réforme proposée au Royaume-Uni pour améliorer encore l'évaluation de la santé dans le cadre de la PCA va certainement dans la bonne direction. Plus généralement, les évaluations se focalisent sur l'état de santé actuel sans prendre en compte son évolution dans les mois et les années qui suivent. Or les problèmes de santé mentale peuvent ne pas durer toute la vie et, par conséquent, ne pas donner lieu à une pension d'invalidité définitive. La JCA australienne tient compte de la persistance d'un problème de santé en appliquant le critère d'incapacité de travailler au moins 15 heures par semaine *dans les deux années qui suivent*. Ceci est susceptible de réduire les entrées dans le régime d'invalidité de personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Cela dit, leur état de santé peut *s'améliorer* après le délai de deux ans, et dans ce cas, ils auraient été poussés inutilement parqués vers régime invalidité.

### ***Les problèmes de santé mentale et le marché du travail***

Les réformes apportées au processus d'évaluation en Australie et au Royaume-Uni n'auront un impact sur l'emploi des personnes ayant une maladie mentale et une capacité de travail partielle que si celles-ci bénéficient d'un soutien adéquat pour conserver ou reprendre un emploi. Sinon, on risque fort de voir augmenter le chômage chez cette catégorie de personnes. C'est ce qui va probablement se produire ou s'est déjà produit au Luxembourg où un nombre croissant de ces personnes affectées de troubles mentaux sont transférées au régime de chômage. En Espagne, où ces troubles semblent rester indétectés plus souvent qu'ailleurs, les mêmes individus se retrouveraient aussi très certainement dans le régime chômage.

Les chômeurs qui ont des problèmes de santé mentale ont beaucoup plus de difficultés à retrouver un travail, et ceci dans tous les pays. Les données fournies par le module spécial de l'EULFS de 2002 montrent que les taux d'emploi des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont inférieurs à 30 % dans les trois pays européens, et même 15 % seulement en Espagne (tableau 3.5).

La législation antidiscrimination n'aide que dans la mesure où l'employeur est en mesure de trouver pour les travailleurs présentant des problèmes de santé mentale des aménagements de travail raisonnables, et disposé à les mettre en pratique. À cet égard, les données britanniques sont décevantes : un tiers des personnes ayant des problèmes de santé mentale disent être licenciées ou obligées de démissionner à cause de cela et 40 autres pour cent disent qu'on leur a refusé un emploi à cause de leur traitement psychiatrique (BBC News, 2006). Il est donc encore plus essentiel que ces personnes soient

**Tableau 3.5. Les taux d'emploi des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont extrêmement bas**

Taux d'emploi des personnes handicapées par type de problème de santé, pourcentages, 2002

	Luxembourg	Espagne	Royaume-Uni	UE-19
Ensemble des personnes d'âge actif	68.9	62.8	74.3	70.6
Personnes valides	71.5	66.2	82.0	75.1
Ensemble des personnes handicapées	49.7	28.6	54.8	46.4
Pathologies musculo-squelettiques	53.2	31.1	50.2	48.0
Pathologies mentales	30.5	14.6	22.5	28.2
Autres handicaps	46.8	31.0	62.0	48.2

Source : EULFS 2002, module *ad hoc* sur les personnes handicapées.

repérées tôt – de préférence *avant* de perdre leur emploi – et bénéficient des services appropriés et de programmes de réadaptation.

Le chômage a par ailleurs un impact négatif très net sur le bien-être mental. Au Royaume-Uni, par exemple, 27 % des personnes transférées du chômage au régime d'invalidité avaient des problèmes de santé mentale. La dépression – 15 % des cas – était la catégorie la plus courante (Bacon, 2002). Les chiffres du Health and Safety Executive au Royaume-Uni montrent qu'en 2001 2.3 millions de Britanniques avaient un problème de santé provoqué ou aggravé par leur travail. Parmi ceux-ci, près d'un quart souffraient de stress, de dépression et d'anxiété (Trade Union Congress, 2005). Cependant, en Australie, la différence de bien-être mental entre les personnes ayant de « bons » emplois et de « mauvais » emplois était encore plus importante que la différence entre les travailleurs et les chômeurs (Dockery, 2005)<sup>25</sup>.

### **La reconnaissance et le traitement des problèmes de santé mentale**

Une question essentielle qu'on peut se poser est la manière dont les problèmes de santé mentale sont reconnus, traités et gérés par les systèmes de santé générale et de santé mentale. On avance parfois que le problème a toujours existé et que les vieux tabous concernant les maladies mentales ont permis de maintenir un niveau relativement bas d'entrées dans le régime d'invalidité. C'est peut-être l'une des explications des chiffres très faibles enregistrés en Espagne. Diverses pathologies mentales (ainsi que musculo-squelettiques) qui gagnent aujourd'hui en l'importance étaient presque inconnues il y a 20 ans. Beaucoup peuvent aujourd'hui se traiter, et d'autres le pourront peut-être à l'avenir.

Les problèmes de santé mentale les plus courants au Royaume-Uni sont traités presque entièrement au niveau des soins primaires. Ils pourraient peut-être mieux traités par des psychologues, des ergothérapeutes ou autres spécialistes, mais ces professions ne sont pas assez nombreuses (British Occupational Health Research Foundation, 2005). Ceci est confirmé par les patients, qui se plaignent du manque de psychothérapie. Parmi les personnes qui souffrent de dépression, une sur deux seulement bénéficie d'un traitement, 8 % seulement ont vu un psychiatre et 3 % un psychologue. Pour celles qui ont pu être orientées vers un psychologue, le temps d'attente moyen dépassait souvent six mois (Layard, 2004).

En Australie, le *National Action Plan on Mental Health* (2006-2011) vise à traiter ce problème. Il englobe un train de mesures et de nouveaux investissements importants à tous les niveaux de gouvernement afin d'améliorer la santé mentale et de fournir une aide supplémentaire aux personnes ayant une maladie mentale et à leur famille (Council of

Australian Government, 2006). Le montant global de ces mesures totalise environ 4 milliards AUD sur cinq ans, dont près de la moitié proviennent du gouvernement fédéral. Les principales mesures sont : i) un développement important des services cliniques et de santé de proximité et de nouveaux dispositifs pour le travail en équipe des psychiatres, médecins généralistes, psychologues et infirmières de santé mentale; ii) de nouveaux services non cliniques et de répit; iii) une augmentation des effectifs de professionnels de santé mentale et iv) de nouveaux programmes de sensibilisation du public. Ces mesures viennent compléter toute une gamme de programmes et d'initiatives mis en place précédemment par les gouvernements de tous niveaux.

Au Royaume-Uni, des projets pilotes visant à développer l'accès aux psychothérapies testent actuellement la faisabilité d'une augmentation sensible de ce type de service, et la mesure dans laquelle cela peut améliorer le bien-être et l'emploi.

### **C. La prise en compte des capacités de travail partielles**

La plupart des changements apportés au contrôle des arrêts maladie et à l'évaluation des handicaps visent à mieux détecter les personnes qui peuvent travailler malgré un problème de santé ou un handicap. Dans beaucoup de pays de l'OCDE, on a tendance à traiter les personnes à capacité de travail partielle comme des chômeurs « standard ». C'est le cas de l'Australie et du Luxembourg. D'autres pays, comme l'Espagne, ont un système de pensions d'invalidité partielles qui vise à encourager les personnes à capacité de travail réduite à rester ou à retourner au travail. Sur l'ensemble de l'OCDE, les données ne permettent pas de déterminer si les pensions partielles aident à réduire ou au contraire augmentent les taux de bénéficiaires, et comment elles influent sur les taux d'emploi. La présente section récapitule les principaux changements intervenus dans les quatre pays en ce qui concerne les personnes à capacité de travail partielle.

#### ***En Espagne, pour une capacité de travail partielle, il y a pension d'invalidité partielle.***

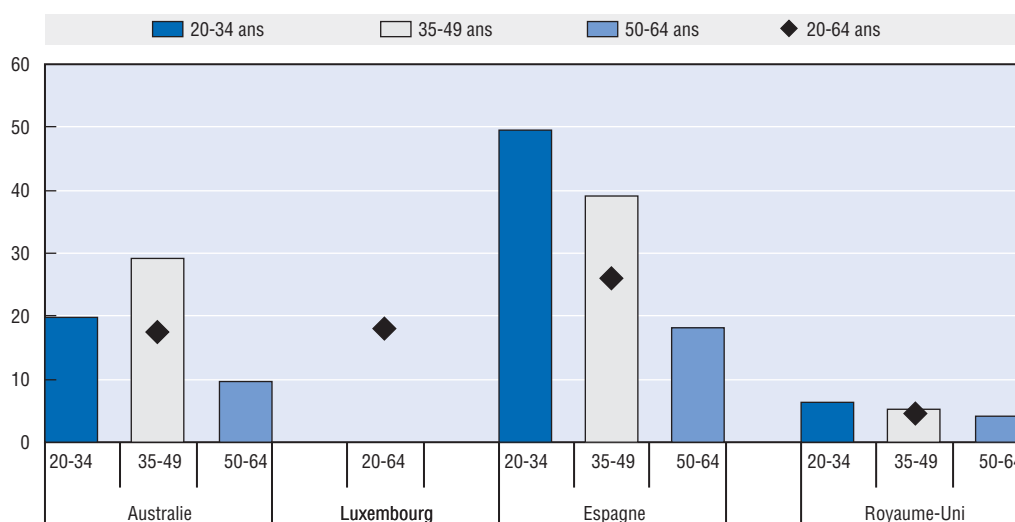
Les régimes de pension d'invalidité partielle présentent un risque : que des personnes présentant un handicap mineur quittent le marché du travail, et non pas seulement les personnes à capacité de travail très réduite. Un autre risque, c'est que l'on tende à demander le taux de prestation le plus élevé possible, ce qui signifie qu'en fin de compte les bénéficiaires d'une pension d'invalidité à taux plein seraient plus nombreux qu'ils ne le devraient. À cet égard, la Norvège est un exemple parlant. Non seulement, ce pays enregistre l'un des taux de bénéficiaires de pensions d'invalidité les plus élevés de l'OCDE, mais aussi l'une des grilles de prestations partielles les plus fines, commençant à 25 % de réduction de capacité de travail. Malgré la finesse de la grille, près des trois quarts des demandeurs prétendent à la prestation à taux plein (qui exige une perte de capacité de 100 %) et seulement 3.5 % à une prestation située entre 75 et 99 % de réduction de capacité (OCDE, 2006b).

Parmi les quatre pays étudiés ici, seule l'Espagne possède un régime de pensions d'invalidité partielles. Ce système est beaucoup moins détaillé que le système norvégien, et très proche du système polonais (OCDE, 2006b), à une grande différence près : il ne génère pas d'entrées massives dans les régimes d'invalidité. Ce système offre deux types de prestations : la prestation à taux plein pour les personnes qui ne peuvent plus exercer *aucun* emploi et une prestation réduite (c'est-à-dire partielle) de 50 % du taux plein pour les personnes qui ne peuvent plus exercer leur emploi *habituel*. La prestation partielle est cumulable sans limite avec un revenu du travail dans un autre emploi.

En Espagne, les prestations partielles représentent plus de la moitié des prestations d'invalidité contributives. Le taux d'emploi de ces bénéficiaires, cependant, n'est que de 26 % (graphique 3.5). Cette proportion peut sembler élevée par rapport aux autres pays, mais elle signifie aussi qu'un bénéficiaire de pension partielle sur deux ne travaille pas. Corroborant les profils par âge déjà observés de la participation au marché du travail et de la discrimination, la proportion de bénéficiaires qui ont un emploi est de loin la plus faible chez les personnes de plus de 50 ans. Cela tient probablement aussi au complément de 20 % que ces personnes perçoivent si elles ont plus de 55 ans et ne travaillent pas (chapitre 4).

### Graphique 3.5. C'est en Espagne que les taux d'emploi des bénéficiaires de prestations d'invalidité sont les plus élevés et au Royaume-Uni qu'ils sont les plus bas

En pourcentage de l'ensemble des bénéficiaires de prestations d'invalidité, par tranche d'âge, dernière année disponible<sup>a</sup>



a) Les données portent sur les groupes suivants : en Australie, bénéficiaires de prestations d'invalidité (DSP) en 2003; au Luxembourg, bénéficiaires d'indemnités de maladie, d'invalidité et d'accidents du travail en 2004; en Espagne, bénéficiaires de prestations d'invalidité en 2004; au Royaume-Uni, demandeurs de l'allocation d'incapacité, de l'allocation pour handicap lourd ou de la garantie de revenu pour maladie/invalidité en 2006.

Source : SDAC (Australie); EU-SILC (Luxembourg); tableaux spéciaux de l'Université de Madrid, basés sur les données de l'INSS et de l'IMSERSO (Espagne); LFS national (Royaume-Uni).

La proportion extrêmement faible au Royaume-Uni des bénéficiaires de prestations d'invalidité qui travaillent, environ 5 %, tient aux restrictions concernant le cumul salaire/prestation. Pour la plupart des bénéficiaires, le salaire maximum que l'on peut percevoir à titre permanent sans perdre au moins une part de ses droits à prestations est de 20 GBP par semaine, c'est-à-dire moins que quatre heures hebdomadaires au salaire minimum. Pour les personnes qui ne perçoivent que des prestations contributives, il est possible de gagner jusqu'à 85 GBP par semaine pour 16 heures de travail, sans perte de prestations, pendant une période allant jusqu'à 12 mois et parfois plus<sup>26</sup>.

En Australie, la fourchette de cumul est considérablement plus importante, et le taux de dégressivité plus généreux, ce qui se traduit par un taux d'emploi plus élevé chez les bénéficiaires de prestations (environ 18 %), taux qui a presque doublé entre 1998 et 2003. Les données pour le Luxembourg indiquent une proportion de bénéficiaires de prestations qui

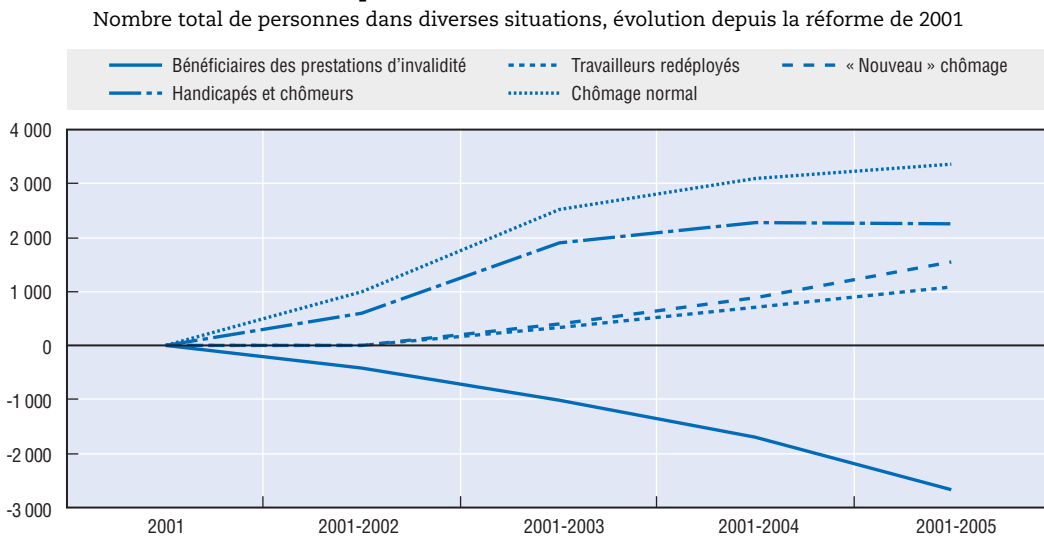
travaillent très analogue à celle de l'Australie. Ceci s'explique par un cumul possible avec un salaire relativement élevée : à hauteur du salaire antérieur au handicap (chapitre 4).

### **En Australie et au Luxembourg, pour une capacité de travail partielle, c'est l'allocation de chômage**

Jusqu'à une date récente, l'Australie et le Luxembourg attribuaient aussi des pensions d'invalidité (dans ce cas à taux plein) aux personnes dont la perte de capacité de travail était mineure. Pour améliorer la participation au marché du travail, ces deux pays ont pris différents types de mesures pour interdire l'accès au régime invalidité à ces catégories. Désormais, les personnes à capacité de travail partielle sont orientées vers le régime d'indemnisation du chômage, avec les mêmes obligations de participation que pour les autres allocataires de ce régime. Au Luxembourg, ceci s'est fait, suite à une série de décisions judiciaires, par une application plus stricte des règles existantes, tandis qu'en Australie cela a fait partie de la réforme de 2006 *Welfare to Work* (chapitre 2).

L'impact de ce changement au Luxembourg est illustré au graphique 3.6. Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité a diminué régulièrement de plus de 600 personnes par an, finissant par représenter sur une période de quatre ans 12 % de l'effectif 2001 de bénéficiaires. Près de 60 % de cette baisse, cependant, ont été contrebalancés par une croissance correspondante des « nouvelles » formes de chômage, c'est-à-dire les personnes au chômage du fait d'une incapacité de travail partielle sur leur dernier lieu de travail et les personnes dans cette situation depuis plus d'un an qui perçoivent aussi une allocation d'attente. Environ 40 % de la baisse du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont correspondu à une augmentation de l'emploi, c'est-à-dire à des « reclassements » avec ou sans indemnité compensatoire.

**Graphique 3.6. La croissance du chômage au Luxembourg a été plus importante que la baisse de l'invalidité**



Source : Administration de la sécurité sociale.

Ce résultat peut-il être interprété comme un succès, cela reste à voir. Premièrement, ces données sont très préliminaires et on ne connaît pas encore les effets à long terme. Deuxièmement, elles ne résultent pas d'un exercice d'évaluation approprié et ne sont pas



corrigées des variations de différents facteurs comme la structure par âge. Troisièmement, et surtout, comme les chiffres le montrent aussi, dans la même période le chômage ordinaire a augmenté très rapidement (de plus de 70 % en quatre ans) de sorte que le nombre total de personnes qui perçoivent une prestation soit d'invalidité, soit de chômage a également augmenté. On ne sait pas dans quelle mesure ceci est lié à la réforme de 2002 ou à d'autres facteurs, en particulier l'évolution de la situation macroéconomique. Un résultat de la réforme des prestations de 2002 est qu'aujourd'hui au Luxembourg un tiers des bénéficiaires de prestations d'invalidité et de chômage sont sans emploi, comparé à un sixième seulement il y a quatre ans. Cela pourrait augmenter les chances de réduire les taux de bénéficiaires de prestations en période de pénurie de main-d'œuvre, mais le chômage structurel risque de rester plus durablement plus élevé.

Pour l'Australie, on ne dispose encore d'aucune donnée permettant d'évaluer l'impact de la réforme, car celle-ci est trop récente. Cependant, si l'on en juge par les résultats du Luxembourg, le chômage structurel risque aussi d'augmenter si la demande de main-d'œuvre n'augmente pas sensiblement. Le Royaume-Uni a également entrepris d'établir une différenciation entre les personnes lourdement handicapées et celles qui ont des limitations sérieuses mais une capacité de travail qui n'est que partiellement réduite (chapitre 2). Ce dernier groupe percevra en principe une prestation réduite, mais avec un complément pour les personnes qui participent à des programmes d'activation. Les détails de cette réforme restent à fixer. Cependant, puisque dans ce cas la réforme se fera à l'intérieur du régime d'invalidité, il est peu probable que cela influe beaucoup sur le chômage<sup>27</sup>.

### 3.4. Orientations futures de l'action publique

Lorsqu'une personne entre dans le régime obtient une prestation d'invalidité, elle tend à y rester très longtemps. Comme cette entrée se fait de plus en plus tôt, la durée moyenne des prestations augmente, et les taux de bénéficiaires sont constamment élevés. Ce constat appelle un changement des politiques d'accès au régime d'invalidité. Le contrôle de la santé des salariés et des chômeurs et une évaluation rigoureuse de l'invalidité seront des éléments essentiels d'une politique de réduction de l'accès au régime d'invalidité.

#### **Améliorer le contrôle de l'état de santé des travailleurs sans arrêt maladie...**

Il est capital de détecter un problème de santé avant qu'il devienne grave. Pour les travailleurs, une bonne gestion de la maladie est essentielle pour prévenir le handicap et se maintenir les travailleurs dans l'emploi. Les employeurs sont des acteurs clés à cet égard, et il convient de leur donner le soutien maximum. La gestion des absences doit aussi comprendre des contrôles systématiques par des experts médicaux indépendants, comme cela se fait au Luxembourg et en Espagne.

Un moyen d'obtenir une meilleure implication des employeurs dès la phase initiale de la maladie ainsi qu'au stade de la réadaptation consiste à les engager financièrement en allongeant la période où ils doivent verser le salaire. Ceci s'est révélé très efficace dans un certain nombre de pays. Offrir des avis confidentiels aux employeurs et aux salariés en matière de santé professionnelle est tout aussi important. Ces avis sont également nécessaires aux médecins traitants, qui n'ont pas la connaissance des conditions de travail nécessaire pour encourager les travailleurs à reprendre le travail.

### **... mais aussi des chômeurs indemnisés**

Dans les quatre pays, le régime d'indemnisation du chômage est l'une des principales voies d'accès au régime invalidité. Il est donc extrêmement important de contrôler l'état de santé des chômeurs, et en particulier des chômeurs de longue durée. Ce contrôle s'impose particulièrement pour les personnes qui contractent des maladies mentales rendant très difficile de trouver et de garder un emploi. L'Australie en particulier a récemment pris d'importantes mesures à cet égard.

### **Améliorer l'évaluation des droits à prestations d'invalidité pour maladie mentale**

À l'exception de l'Espagne, les maladies mentales représentent 20 à 40 % des demandes de prestations d'invalidité. Ces proportions sont particulièrement élevées chez les 20-34 ans, ce qui est préoccupant car c'est dans ces tranches d'âge que les taux d'entrée augmentent le plus vite. À cela s'ajoute le fait que les taux d'emploi des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne représentent qu'environ la moitié du taux d'emploi global des personnes handicapées. Cette situation appelle à une meilleure prise en compte des problèmes de santé mentale dans l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité de travail.

Par ailleurs, on ne s'est pas suffisamment préoccupé de comprendre les raisons de ce changement du paysage des pathologies. Un bon point de départ consiste à reconnaître ces maladies et à s'efforcer de leur apporter le traitement voulu au niveau des soins primaires et des soins de santé mentale. Ce n'est souvent pas le cas. Dans tous les pays, une meilleure coopération est nécessaire entre l'autorité de l'assurance sociale, les employeurs et les professionnels de santé.

### **Notes**

1. Le taux moyen pour l'OCDE en 1999 (dernière année pour laquelle on dispose de données sur un nombre suffisant de pays) était d'environ 6 pour 1 000 (OCDE, 2003) et, par conséquent, presque deux fois le taux espagnol. Dans les trois autres pays, les taux se situaient autour de la moyenne de l'OCDE.
2. La réforme proposée en Australie consistait à abaisser l'exigence de ne pas pouvoir travailler plus de 30 heures par semaine à 15 heures par semaine. Cette réforme a finalement été reportée à 2006 (chapitre 2).
3. La durée plus longue des prestations peut aussi être due à une gestion plus restrictive des entrées où l'on n'accorde la prestation qu'aux personnes ayant un handicap lourd et des chances relativement faibles de trouver un emploi.
4. En Australie, les taux d'absence sont également légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (The Australian Bureau of Statistics, National Health Survey, 2004-05).
5. En Australie, les salariés qui ne peuvent pas assurer leur travail habituel du fait d'une incapacité temporaire causée par un accident ou une maladie, qui ont un emploi auquel ils peuvent revenir, peuvent percevoir l'indemnité de maladie (Sickness Allowance – SA). Pour être admissible à cette indemnité, l'incapacité temporaire doit être (quasi) totalement causée par un problème médical, et il doit être probable que la personne pourra revenir travailler dans les deux ans (mais on peut percevoir l'indemnité maladie pendant une durée allant jusqu'à quatre ans si l'on se soumet à un programme agréé de réadaptation professionnelle). La date de début de versement de l'indemnité maladie dépend des paiements de congés maladie, congé annuel et autres congés effectués par l'employeur. L'indemnité maladie est non contributive, soumise à conditions de ressources, et d'un taux forfaitaire identique à celui de l'allocation chômage.
6. Le Royaume-Uni mène actuellement une importante enquête quantitative sur les nouveaux demandeurs de prestations d'invalidité afin d'améliorer les données factuelles dont on dispose en la matière. Cette enquête fait suite à une étude qualitative récente portant sur les nouveaux bénéficiaires et leurs parcours d'entrée et de sortie (Sainsbury et Davidson, 2006), qui concluaient que l'état de santé était l'élément majeur invoqué par les personnes interrogées pour entrée et leur sortie ou leur maintien dans le régime d'invalidité.

7. Il y a d'autres explications à la rareté des passages de la maladie à l'invalidité en Australie aussi. Premièrement, depuis 1996, les bénéficiaires d'allocations de chômage ayant une incapacité de travail temporaire ne sont plus versés au régime maladie. Ce fait à lui seul a entraîné une chute des passages de la maladie à l'invalidité de 20 à 6 % du nombre d'entrées (Cai et al., 2006). Deuxièmement, les travailleurs précaires, qui représentent un quart de la main-d'œuvre et un tiers des travailleurs handicapés (chapitre 5) ne sont pas couverts par l'indemnité maladie. Troisièmement, les critères d'admissibilité sont très étroits (voir la note 31).
8. Si les dix jours prévus de paiement du salaire en Australie ne sont pas utilisés, ils peuvent depuis peu (depuis l'introduction de *Work Choices*) s'accumuler d'une année sur l'autre aussi longtemps que le travailleur reste chez le même employeur ou à l'intérieur du secteur public. En changeant d'emploi on perd les jours en question.
9. Le concept est analogue pour la Norvège, où les entreprises où les taux d'absence étaient les plus élevés sont celles qui ont répondu le plus activement aux mesures récemment prises par le gouvernement pour réduire les absences maladie (OCDE, 2006b).
10. Il existe en Espagne une trentaine de mutuelles (Mutuelles des accidents de travail et maladies professionnelles), qui sont des organismes à but non lucratif indépendants mais placés sous la tutelle de l'INSS qui les contrôle.
11. Comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE, cependant, en Espagne, la réadaptation médicale relève pour une bonne part du système de santé, qui est géré au niveau des régions autonomes, sous les conseils et la supervision de l'échelon national.
12. Un problème très particulier au Luxembourg, sur lequel on ne s'étendra pas ici, est que les travailleurs frontaliers peuvent produire un certificat médical d'un médecin traitant de leur propre pays, et que le CMSS n'a aucun contrôle sur ces certificats. Pour plus de détails sur la question des travailleurs frontaliers, voir Grubb (2007).
13. Au Royaume-Uni, une récente expérimentation avec contrôle aléatoire a testé diverses interventions (au niveau du lieu de travail ou de la santé) visant à accroître le taux de retour au travail des personnes en arrêt maladie (Purdon et al., 2006). Chose étonnante, le groupe témoin a enregistré presque le même taux de retour que les différents groupes d'intervention, même si on a constaté un certain impact pour certains sous-groupes. Il importe de mieux comprendre pourquoi cette expérimentation a si mal réussi; les facteurs identifiés dans cette étude étaient notamment le caractère inapproprié des interventions, une attitude plus proactive des personnes appartenant au groupe témoin et le manque de coopération des employeurs.
14. Au Luxembourg, les employeurs peuvent demander un second avis à un ergothérapeute. Si l'employeur en décide ainsi, le salarié est tenu de voir ce médecin, qui même s'il ne peut pas vérifier la validité d'un certificat de maladie, peut critiquer la durée du congé et éventuellement détecter des problèmes sur le lieu de travail. Au Royaume-Uni, les employeurs peuvent aussi décider de renvoyer leurs salariés vers leur propre médecin ou des médecins sous contrat des autorités de santé lorsqu'ils ont un doute sur l'incapacité de travail temporaire de leurs salariés.
15. Au Luxembourg, les chômeurs ayant des problèmes de santé détectés restent dans le régime d'indemnisation du chômage et bénéficient d'une aide spéciale pour trouver un autre emploi. Après la mise en place de cette procédure en 2002, le chômage total a augmenté rapidement et, en 2006, la proportion de chômeurs ayant des problèmes de santé détectés était passée à 17 % du chômage total (ADEM, 2006).
16. En Espagne, l'évaluation par l'INSS a généralement lieu dans les 12 premiers mois de survenue de la pathologie. Le délai moyen est de 50 à 60 jours entre la visite du demandeur et la décision de l'équipe d'évaluation, contre environ 300 jours il y a quelques années.
17. Il existe en Espagne deux niveaux de prestations d'invalidité : la pension complète pour les personnes dont on détermine qu'elles ne sont pas en mesure de travailler du tout et une prestation partielle pour celles dont on détermine qu'elles ne sont pas en mesure d'exercer leur emploi antérieur.
18. Au Luxembourg, le Contrôle médical est une administration publique de contrôle (composée de médecins de différentes spécialités) qui relève du ministère des Affaires sociales mais est indépendante de l'administration de l'assurance sociale.
19. La PCA au Royaume-Uni est exigé pour les personnes qui n'ont pas travaillé depuis deux mois ou ont précédemment perçu pendant six mois des indemnités maladie du régime public ou des indemnités maladie ou invalidité de courte durée.
20. Il existe tout de même une similitude avec l'Australie, en ce sens que le service médical qui assure la PCA au Royaume-Uni est confié à une entreprise privée composée de médecins formés à cet effet.

21. La réforme prochaine des prestations au Royaume-Uni éliminera ce problème en ce sens que les demandeurs ne percevront pendant les trois premiers mois qu'une prestation équivalente à l'allocation de chômage, et qu'ils ne percevront une prestation au taux plus élevé qu'à l'issue de la PCA.
22. L'IMSERSO est l'organisme en charge des politiques de prestations pour les personnes âgées dépendantes. Il opère au niveau des Communautés autonomes.
23. Ces centres de traitement des prestations s'occupent de toutes sortes de prestations, et notamment des relations avec la PCA et les entreprises chargées des évaluations PCA.
24. Une raison de cette croissance rapide des maladies mentales en Australie est le changement apporté en 1991 à la définition de l'invalidité, qui a ouvert la porte aux personnes ayant une pathologie mentale. Avant cette réforme, on avait tendance à les compter parmi les chômeurs de longue durée.
25. Par « mauvais » emploi, on entend souvent des emplois très précaires, où l'environnement de travail n'est pas bon et où la charge de travail est excessive.
26. Les règles concernant le cumul reflètent aussi la stratégie adoptée au Royaume-Uni. Les personnes capables de travailler doivent être encouragées à quitter le régime de prestations, de sorte qu'on peut s'attendre à ce que la proportion de personnes qui cumulent travail et prestations soit faible. Le risque d'un assouplissement des règles qui conduirait à une augmentation de cette proportion est qu'elles pourraient ne pas concerner seulement les personnes actuellement bénéficiaires de prestations qui ne travaillent pas, mais aussi certaines qui actuellement travaillent et ne perçoivent pas de prestations et qui rentreraient dans le régime des prestations par exemple en réduisant leurs horaires de travail.
27. Dans ce contexte, il faut souligner qu'au Royaume-Uni, le régime chômage prévoit des restrictions aux exigences de recherche d'emploi pour les personnes handicapées.

## Bibliographie

- Australian Bureau of Statistics (ABS) (1999), *Labour Force, Australia*, Cat. n° 6203.0.
- ABS (2006), « Casual Employees, n° 1301.0 – Year Book Australia », Canberra.
- ACOSS – Australian Council of Social Service (2005), « Ten Myths and Facts about the Disability Support Pension (DSP) », *Info* 362.
- Adam, S., C. Emmerson, C. Frayne et A. Goodman (2006), « Early Quantitative Evidence on the Impact of the Pathways to Work Pilots », Research Report n° 354, Department for Work and Pensions, Londres.
- ADEM (2006), « Bulletin Luxembourgeois de l'emploi », n° 08, août.
- Australian Government (2005), *The Welfare to Work Reforms Overview*.
- Australian Institute of Health and Welfare (2005), *Australia's Welfare 2005*, Canberra.
- Australian National Training Authority (2003), *Shaping our Future: Australia's National Strategy for VET 2004-2010*, Brisbane.
- Bacon, J. (2002), « Moving between Sickness and Unemployment », Social Research Branch, Department for Work and Pensions, Londres.
- Bambra, C., Whitehead, M. et Hamilton, V. (2005), « Does "Welfare-to-work" Work? A systematic review of the effectiveness of the UK's "welfare-to-work" programmes for people with a disability or chronic illness », *Social Science and Medicine*, vol. 60(9), pp. 1905-1918.
- Barnes, H. et M. Hudson (2006), « Pathways to Work – extension to some existing customers: early findings from qualitative research », Research Report n° 323, Department for Work and Pensions, Londres.
- BBC News (2006), « Mental Illness Now "last taboo" », <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/6038570.stm>
- Bewley, H., R. Dorsett et G. Haile (2007), « The Impact of Pathways to Work », Research Report n° 435, Department for Work and Pensions, Londres.
- Blackman, S. (2006), « Financial Incentives to Work for the IB Caseload and the Take-up of the Disability Element of the Working Tax Credit », polycopié, Department for Work and Pensions, Londres.
- Blanco, A. (2000), « The Decision of Early Retirement in Spain », polycopié, Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Blyth, B. (2006), « Incapacity Benefit Reforms – Pathways to Work Pilots Performance and Analysis », Working Paper n° 26, Department for Work and Pensions, Londres.
- British Occupational Health Research Foundation (2005), *Workplace Interventions for People with Common Mental Health Problems: Evidence Review and Recommendations*, Londres.
- Burchardt, T. (2003), « Employment Retention Following Onset of Sickness or Disability: Evidence from the Labour Force Survey Longitudinal Data », Department for Work and Pensions In-House Report, Londres.
- Burchardt, T. (2005), *The Education and Employment of Disabled Young People: Frustrated Ambition*, London School of Economics, Londres.
- Burkhauser, R. et D. Stapleton (2004), « The Decline in the Employment Rate for People with Disabilities: bad data, bad health, or bad policy », *Journal of Vocational Rehabilitation*, vol. 20, n° 3, pp. 185-201.
- Cai L. (2004), « An Analysis of Durations on the Disability Support Pension (DSP) Program », Working Paper n° 8/04, Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research.

- Cai, L., H. Vu et R. Wilkins (2006), « Disability Support Pension Recipients: Who Gets Off (and Stays Off) Payments? », Working Paper n° 18/06, Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research.
- CBI – Confederation of British Industry (2006), « Absence Minded: Absence and Labour Turnover 2006 », Londres.
- Coleman, N. et L. Kennedy (2004), « Destination of Benefit Leavers 2004 », Research Report n° 244 on behalf of the Department for Work and Pensions, Londres.
- Confédération syndicale indépendante du Luxembourg (2006), *Enquête sur le stress professionnel – rapport complet*, Stimulus/Capital-Santé, Paris.
- Corden, A. et K. Nice (2006), « Pathways to Work from Incapacity Benefits: A Study of Experience and Use of Return to Work Credit », Research Report n° 353, Department for Work and Pensions, Londres.
- Corkett, J., S. Bennett, J. Stafford, M. Frogner et K. Shrapnell (2005), « Jobcentre Plus Evaluation: Summary of Evidence », Research Report n° 252, Department for Work and Pensions, Londres.
- Council of Australian Government (2006), *National Action Plan on Mental Health: 2006-2011*, Canberra.
- DeLeire, T. (2000), « The Wage and Employment Effects of the Americans with Disabilities Act », *Journal of Human Resources*, vol. 35, n° 4, pp. 693-715.
- DEWR – Department of Employment and Workplace Relations (2004), *Annual Report 2003-04*, Canberra.
- DEWR (2005), « Job Network Disability Support Pension Pilot: Progress Report », Canberra.
- DEWR (2006), « Characteristics of Mobility Allowance Recipients », Canberra, juin.
- Dockery, A.M. (2005), « Mental Health and Labour Force Status in Australia », Curtin Business School, Curtin University of Technology, Perth.
- DWP – Department for Work and Pensions (2002), *Pathways to Work: Helping People into Employment*, Londres.
- DWP (2006), *A New Deal for Welfare: Empowering People to Work*, Livre vert présenté au Parlement en janvier 2006, Londres.
- EUROFOUND – Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2007a), *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*, Dublin.
- EUROFOUND (2007b), *Part-time Work in European Companies: Establishment Survey on Working Time 2004-2005*, Dublin.
- FaCS – Department of Family and Community Services (2003), « Improving Employment Opportunities for People with a Disability: Report of the Review of the Employer Incentives Strategy », Canberra.
- FaCS (2004), « Survey of New Disability Support Pension Customers », Canberra.
- Förster, M.F. et M. Mira d'Ercole (2005), « Income Distribution and Poverty in OCDE Countries in the Second Half of the 1990s », Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, n° 22, OCDE, Paris.
- Freud, D. (2007), « Reducing Dependency, Increasing Opportunity: options for the future of welfare to work », An independent report, Department for Work and Pensions, Londres.
- Grubb, D. (2006), « Australia's Quasi-market Delivery of Case Management », Document présenté à l'atelier AJES sur l'assurance chômage et le maintien dans l'emploi, Bruxelles, 10-11 avril.
- Grubb, D. (2007), « Audit du service public de l'emploi au Luxembourg », Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, OCDE, Paris.
- Hallis (2003), « The Hallis 2003-2004 Turnover & Absenteeism Survey », Melbourne.
- Harding, A., Q.Ng Vu. et R. Percival (2005), « The Distributional Impact of the Welfare-to-Work Reforms Upon Australians with Disabilities », NATSEM Working Paper, Canberra.
- Hartmann-Hirsch, C. (2006), « L'incapacité de travail. Une mesure de maintien à l'emploi aux effets pervers? », *Population et Emploi*, n° 19, CEPS/INSTEAD, Luxembourg.
- Health and Safety Executive (2006), *Tackling Stress: the Management Standards Approach*, Londres.
- House of Commons (2006), « Work and Pensions – Third Report », Londres.

- Human Rights and Equal Opportunity Commission (2006), « National Enquiry into Disability and Employment », rapport final.
- Humer, B., J.P. Wuellrich et J. Zweimüller (2007), « Integrating Severely Disabled Individuals into the Labour Market: The Austrian Case », IZA Discussion Paper n° 2649, Bonn.
- Jones, A. et O. O'Donnell (1995), « Equivalence Scales and the Costs of Disability », *Journal of Public Economics*, vol. 56, pp. 273-289.
- Knight, T., S. Dickens, M. Mitchell et K. Woodfield (2005), « Incapacity Benefit reforms – The Personal Adviser role and practices: Stage Two », Research Report n° 278, Department for Work and Pensions, Londres.
- Lattimore, R. (2007), *Men Not at Work: An Analysis of Men outside the Labour Force*, Productivity Commission Staff Working Paper, Canberra.
- Layard, R. (2004), « Mental Health: Britain's Biggest Social Problem? », Document préparé pour un séminaire organisé par l'Unité Stratégie du DWP, Londres.
- Lewis, J., A. Corden, L. Dillon, K. Hill, K. Kellard, R. Sainsbury et P. Thornton (2005), « New Deal for Disabled People: An In-depth Study of Job Broker Service Delivery », Research Report n° 246, Department for Work and Pensions, Londres.
- Martin, J. et D. Grubb (2001), « What Works and for Whom: a Review of OCDE Countries' Experiences with Active Labour Market Policies », Working Paper n° 14, IFAU, Stockholm.
- Meager, N., P. Bates, S. Dench, S. Honey et M. Williams (1998), *Employment of Disabled People: Assessing the Extent of Participation*, Research Report n° 69, Department for Education and Employment, Londres.
- Meah, A. et P. Thornton (2005), « Desirable Outcomes of WORKSTEP: User and Provider Views », Research Report n° 279, Department for Work and Pensions, Londres.
- Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research (2005), « Hilda Survey Annual Report ».
- OCDE (1999), *Études économiques de l'OCDE : Belgique/Luxembourg*, OCDE, Paris.
- OCDE (2001), *Des politiques du marché du travail novatrices : la méthode australienne*, OCDE, Paris.
- OCDE (2003), *Transformer de handicap en capacité : promouvoir le travail et la sécurité des revenus des personnes handicapées*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004), *Perspectives de l'emploi*, OCDE, Paris.
- OCDE (2004a), *Comptes nationaux trimestriels : vol. 2003-4*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005a), *Études économiques de l'OCDE : Espagne*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005b), *Prestations et salaires – Édition 2004*, OCDE, Paris.
- OCDE (2005c), *Ageing and Employment Policies/Vieillesse et politiques de l'emploi : Australie*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006a), *Perspectives économiques*, n° 80, OCDE, Paris, décembre.
- OCDE (2006b), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 1) : Norvège, Pologne, Suisse*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006c), *Vivre et travailler plus longtemps*, OCDE, Paris.
- OCDE (2006d), *Perspectives de l'emploi*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007a), *Les impôts sur les salaires : 2005-2006*, OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Jobs for Youth/Des emplois pour les jeunes : Espagne*, Paris.
- Orr, L., S. Bell et K. Lam (2007), « Long-term Impacts of the New Deal for Disabled People », Research Report n° 432, Department for Work and Pensions, Londres.
- Pires, C., A. Kazimirski, A. Shaw, R. Sainsbury et A. Meah (2006), « New Deal for Disabled People: Eligible Population Survey, Wave Three », Research Report n° 324, Department for Work and Pensions, Londres.
- Prime Minister of Australia (2007), [www.pm.gov.au/media/Interview/2007/Interview24247.cfm](http://www.pm.gov.au/media/Interview/2007/Interview24247.cfm)
- Productivity Commission (2004), *Review of the Disability Discrimination Act 1991, Inquiry Report*, Report n° 30, Australian Government.

- Purdon, S., N. Stratford, R. Taylor, L. Natarajan, S. Bell et D. Wittenburg (2006), « Impacts of the Job Retention and Rehabilitation Pilot », Research Report n° 342, Department for Work and Pensions, Londres.
- Sainsbury, R. et J. Davidson (2006), « Routes onto Incapacity Benefits: Findings from Qualitative Research », Research Report n° 350, Department for Work and Pensions. Londres.
- Sawney, P. et J. Challenor (éd.) (2003), « Poor Communication Between Health Professionals is a Barrier to Rehabilitation », *Occupational Medicine*, vol. 53, pp. 246-248.
- Stafford, B. et al. (2006), « New Deal for Disabled People: Second Synthesis Report – interim findings from the evaluation », Research Report n° 377, Department for Work and Pensions, Londres.
- The Employers' Forum (2005), *The Disability Standard 2005: Benchmark Report*, Londres.
- Trade Union Congress (2005), « Countering an Urban Legend: Sicknote Britain? », *Economic and Social Affairs*, Londres.
- Waddell, G. et A.K. Burton (2006), « Is Work Good for your Health and Well-being? », The Stationery Office, à la demande du Department for Work and Pensions, Londres, septembre.
- Wagener, R. (2003), « The New Benefit Strategy being Implemented in Luxembourg », in B. Marin, C. Prinz et M. Queisser (dir. publ.), *Transforming Disability Welfare Policies*, Ashgate, Aldershot.
- Work Directions (2006), « Buying Quality Performance: Procuring Effective Employment Services », Royaume-Uni.
- Zaidi, A. et T. Burchardt (2005), « Comparing Incomes when Needs Differ », *Review of Income and Wealth*, vol. 51-1, pp. 89-114.



## Abréviations

<b>ABS</b>	Australian Bureau of Statistics
<b>ACOSS</b>	Australian Council of Social Services
<b>AUD</b>	Dollar australien
<b>CBI</b>	Confederation of British Industry
<b>CEAPAT</b>	Centro Estatal de Autonomía y Ayudas Técnicas (Espagne)
<b>CMP</b>	Condition Management Programme (Royaume-Uni)
<b>CMSS</b>	Contrôle médical de la sécurité sociale (Luxembourg)
<b>CRS</b>	Commonwealth Rehabilitation Service (Australie)
<b>DDA</b>	Disability Discrimination Act (Royaume-Uni)
<b>DEA</b>	Disability Employment Adviser (Royaume-Uni)
<b>DEN</b>	Disability Employment Network (Australie)
<b>DEWR</b>	Department of Employment and Workplace Relations (Australie)
<b>DLA</b>	Disability Living Allowance (Royaume-Uni)
<b>DSP</b>	Disability Support Pension (Australie)
<b>DWP</b>	Department for Work and Pensions (Royaume-Uni)
<b>ECHP</b>	Panel européen des ménages
<b>EFT</b>	Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne
<b>ESA</b>	Employment and Support Allowance (Royaume-Uni)
<b>EUR</b>	Euros
<b>EUROFOUND</b>	Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail
<b>EU-SILC</b>	Statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie
<b>FaCS</b>	Department of Family and Community Services (Australie; aujourd'hui, FaCSIA)
<b>FRS</b>	Family Resources Survey (Royaume-Uni)
<b>GBP</b>	Livre britannique
<b>HILDA</b>	Household, Income and Labour Dynamics in Australia
<b>IBPA</b>	Incapacity Benefit Personal Adviser (Royaume-Uni)
<b>IGSS</b>	Inspection générale de la Sécurité Sociale (Luxembourg)
<b>IMSERSO</b>	Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Espagne)
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de la Seguridad Social (Espagne)
<b>IS</b>	Income Support (Royaume-Uni)
<b>JCA</b>	Job Capacity Assessment (Australie)
<b>JN</b>	Job Network (Australie)
<b>JSCI</b>	Job Seekers Classification Instrument (Australie)
<b>LPE</b>	Législation pour la protection de l'emploi
<b>MA</b>	Mobility Allowance (Australie)
<b>MISSOC</b>	Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États membres

<b>MTAS</b>	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Espagne)
<b>NDDP</b>	New Deal for Disabled People (Royaume-Uni)
<b>NSA</b>	Newstart Allowance (Australie)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PAMT</b>	Programmes actifs du marché du travail
<b>PCA</b>	Personal Capability Assessment (Royaume-Uni)
<b>PPA</b>	Parités de pouvoir d'achat
<b>PSP</b>	Personal Support Programme (Australie)
<b>RMG</b>	Revenu minimum garanti (Luxembourg)
<b>RTWC</b>	Return-to-Work Credit (Royaume-Uni)
<b>SDA</b>	Severe Disablement Allowance (Royaume-Uni)
<b>SDAC</b>	Survey of Disability, Ageing and Carers (Australie)
<b>SPE</b>	Service public de l'emploi
<b>SSP</b>	Statutory Sick Pay (Royaume-Uni)
<b>TIEMarginal</b>	Taux d'imposition effectif marginal
<b>TIEMoyen</b>	Taux d'imposition effectif moyen
<b>USD</b>	Dollar des États-Unis
<b>VR</b>	Vocational Rehabilitation service (Australie)
<b>WTC</b>	Working Tax Credit (Royaume-Uni)

## Table des matières

<b>Résumé et recommandations pour l'orientation des politiques</b> .....	11
<b>Chapitre 1. Grandes tendances et principaux résultats</b> .....	39
1.1. Emploi et chômage des personnes handicapées .....	40
A. Environnement macroéconomique et tendances du marché du travail .....	40
B. L'emploi chez les personnes handicapées .....	42
C. Chômage et inactivité chez les personnes handicapées .....	43
1.2. Ressources financières des personnes handicapées : revenu et pauvreté .....	46
A. Niveaux relatifs de revenu .....	46
B. Incidence des bas revenus et risques de pauvreté .....	47
1.3. Coût des régimes d'invalidité : dépenses publiques et dépendance à l'égard des prestations .....	49
A. Montant et composition des dépenses publiques .....	49
B. Tendances des taux de bénéficiaires de prestations .....	50
C. Niveaux moyens des prestations .....	51
1.4. Erreurs d'exclusion et d'inclusion : taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité et prévalence de l'invalidité .....	53
A. Que recouvre le concept « d'invalidité »? .....	53
B. Erreurs d'exclusion et d'inclusion .....	54
1.5. Les défis démographiques : vieillissement de la population et futures pénuries de main-d'œuvre .....	56
A. Les effets du vieillissement sur les tendances récentes des effectifs de bénéficiaires de prestations de l'invalidité .....	57
B. Les défis de la démographie pour les politiques de l'invalidité des prochaines décennies .....	57
1.6. Impact des besoins du marché du travail : travail et santé .....	60
A. Tendances de l'invalidité et de la santé dans la population .....	60
B. Les exigences du marché du travail et la santé .....	61
1.7. Conclusion .....	65
Notes .....	67
<b>Chapitre 2. Évaluation des réformes récentes et en cours</b> .....	69
2.1. Australie : la réforme de la protection sociale impose de nouvelles obligations de participation .....	72
A. Extension des services et nouveaux mécanismes de financement .....	72
B. Accroissement des taux d'activité et réduction de la dépendance à l'égard des transferts sociaux .....	74
2.2. Luxembourg : nouveau mode de gestion de la capacité de travail réduite .....	76
A. Réduction des entrées dans le régime d'invalidité .....	76

B. Aide à l'emploi des personnes à capacité de travail réduite . . . . .	77
2.3. Espagne : décentralisation et concentration des pouvoirs de décision . . . . .	78
A. Délégation de pouvoirs à l'échelon régional . . . . .	78
B. Concentration des questions de prestations dans les mains d'une autorité unique . . . . .	79
2.4. Royaume-Uni : rééquilibrage des droits et des possibilités . . . . .	80
A. Adoption d'une stratégie plus active. . . . .	80
B. Redéfinition des droits et obligations . . . . .	81
C. Amélioration des évaluations et incitations au travail. . . . .	82
2.5. L'impact probable de la réforme récente et à venir . . . . .	83
Notes . . . . .	85
<b>Chapitre 3. Contrôle des absences et évaluation de l'incapacité . . . . .</b>	<b>87</b>
3.1. Les entrées dans le régime invalidité : que savons-nous? . . . . .	88
A. Les données relatives aux entrées dans le régime invalidité . . . . .	88
B. Données relatives aux absences maladie . . . . .	91
C. Les voies d'accès aux prestations d'invalidité . . . . .	93
3.2. Prévention précoce de l'invalidité . . . . .	94
A. Identification et intervention précoces. . . . .	94
B. Le rôle des employeurs . . . . .	95
C. Contrôle des absences maladie . . . . .	97
D. Contrôle de l'état de santé des chômeurs . . . . .	100
3.3. La prestation d'invalidité pour ceux qui en ont besoin. . . . .	101
A. Évaluation de l'invalidité. . . . .	102
B. Pathologies et prestations d'invalidité . . . . .	104
C. La prise en compte des capacités de travail partielles . . . . .	108
3.4. Orientations futures de l'action publique . . . . .	111
Notes . . . . .	112
<b>Chapitre 4. Incitations financières et mécanismes désincitatifs pour les personnes présentant une incapacité. . . . .</b>	<b>115</b>
4.1. « L'attractivité » des prestations d'invalidité . . . . .	116
A. Importance relative des prestations d'invalidité. . . . .	116
B. La situation au regard de la fiscalité/des prestations des personnes présentant une incapacité . . . . .	118
C. Niveau adéquat et générosité des taux de remplacement. . . . .	120
4.2. Les prestations d'invalidité, voie d'accès à une cessation anticipée d'activité . . . . .	124
A. Biais d'âge et accès aux prestations d'invalidité . . . . .	125
B. Comprendre la prévalence de l'invalidité. . . . .	125
C. Conception du système de prestations et réforme. . . . .	126
D. Diversité des voies d'accès à la retraite . . . . .	128
4.3. Incitations au travail et mécanismes désincitatifs pour les bénéficiaires de prestations d'invalidité. . . . .	130
A. Est-il financièrement intéressant de travailler? . . . . .	131
B. L'impact d'une augmentation de l'effort de travail. . . . .	133
4.4. L'impact des réformes, récentes et prévues, concernant les prestations sur les incitations vis-à-vis de l'activité . . . . .	134
A. Australie . . . . .	134

B. Luxembourg .....	136
C. Espagne .....	138
D. Royaume-Uni .....	139
4.5. Conclusions .....	141
Notes .....	143
Annexe 4.A1. Tableaux complémentaires pour les différents types de ménages .....	145
<b>Chapitre 5. Politique de l'emploi – Nouveaux enjeux et orientations</b> .....	151
5.1. Emploi et invalidité : le point de la situation .....	152
5.2. Davantage de services pour l'emploi et des services mieux ciblés .....	156
A. Quelles sont les mesures de soutien adaptées à la situation des personnes présentant une incapacité? .....	157
B. Quelles sont les mesures de soutien accessibles aux personnes présentant une incapacité? .....	157
C. Participation à des mesures d'activation .....	163
D. Accès aux services d'activation en faveur de l'emploi .....	165
5.3. Un nouvel équilibre des droits et des responsabilités .....	168
A. Nouvelles orientations pour l'action publique en faveur du retour à l'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé .....	168
B. Augmenter les responsabilités incombant aux personnes qui ont des problèmes de santé .....	175
C. Nouvelles pratiques pour mieux associer les employeurs .....	179
5.4. Orientations pour l'avenir .....	186
Notes .....	188
<b>Bibliographie</b> .....	191
<b>Abréviations</b> .....	195
<b>Encadrés</b>	
0.1. Champ du rapport .....	11
0.2. Recommandations pour l'Australie .....	22
0.3. Recommandations pour le Luxembourg .....	26
0.4. Recommandations pour l'Espagne .....	30
0.5. Recommandations pour le Royaume-Uni .....	35
2.1. Structure des régimes maladie et invalidité dans les quatre pays – vue d'ensemble .....	70
2.2. Illustration de l'approche retenue par les pays et des tendances .....	84
3.1. Identification précoce et coopération entre les principaux acteurs en Norvège ...	96
3.2. Harmonisation des régimes d'indemnités maladie au Luxembourg .....	98
3.3. Réévaluation et contrôle des absences maladie au Luxembourg et en Espagne ...	99
3.4. Innovation : l'évaluation de la capacité de travail en Australie .....	103
5.1. Service personnalisé pour l'emploi « Work Directions » au Royaume-Uni ....	159
5.2. Mesures spécialisées en faveur de l'emploi, en Australie et au Royaume-Uni ...	161
5.3. Australie – Job Network Disability Support Pension Pilot .....	167
5.4. Benbro Electronics : une entreprise de multiples fois récompensée pour ses pratiques exemplaires en Australie .....	186

**Tableaux**

0.1. L'ampleur des défis à relever pour l'Australie, le Luxembourg, l'Espagne et le Royaume-Uni . . . . .	13
0.2. Principaux résultats observés en Australie, au Luxembourg, en Espagne et au Royaume-Uni . . . . .	14
1.1. Évolutions favorables de l'économie et du marché du travail au cours des cinq dernières années . . . . .	41
1.2. Les différentiels d'emploi sont plus marqués pour les plus âgés et les moins instruits . . . . .	43
1.3. Le pourcentage d'inactifs dans le total de la population sans emploi est plus élevé chez les personnes handicapées, particulièrement chez les hommes . . . . .	45
1.4. De nombreux inactifs handicapés souhaitent travailler . . . . .	45
1.5. Pourcentage plus élevé de personnes handicapées dans les déciles inférieurs de revenu, particulièrement en Australie . . . . .	48
1.6. Avoir un emploi réduit les risques de pauvreté normalement plus élevés des personnes handicapées . . . . .	48
1.7. La prestation d'invalidité moyenne a augmenté plus vite que les salaires au Luxembourg et en Espagne, mais moins vite en Australie et surtout au Royaume-Uni . . . . .	53
1.8. Perception d'une prestation et prévalence de l'invalidité : différentes définitions . . . . .	54
1.9. Les erreurs d'exclusion sont plus élevées dans les pays d'Europe continentale . . . . .	56
1.10. Le vieillissement de la population aura une incidence plus forte sur l'évolution du nombre de bénéficiaires en Australie et au Luxembourg . . . . .	59
1.11. La prévalence de l'invalidité augmente avec l'âge et diminue avec le niveau d'études . . . . .	61
1.12. Les niveaux de l'intensité de travail ressentie augmentent dans les pays européens . . . . .	64
1.13. Les niveaux perçus de stress au travail varient beaucoup selon l'intensité du travail et la satisfaction au travail . . . . .	64
3.1. La durée des prestations d'invalidité s'allonge . . . . .	90
3.2. Les absences de longue durée au Luxembourg sont nettement supérieures chez les ouvriers . . . . .	92
3.3. Les parcours d'accès au régime invalidité sont mal documentés . . . . .	93
3.4. Les taux d'emploi chutent rapidement après la survenue d'un handicap . . . . .	94
3.5. Les taux d'emploi des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont extrêmement bas . . . . .	107
4.1. Les revenus d'activité sont la première source de revenu pour les personnes présentant une incapacité . . . . .	117
4.2. Les taux de remplacement, bruts et nets, avec les principaux régimes de l'invalidité sont plus élevés dans les pays d'Europe continentale . . . . .	119
4.3. Les prestations d'invalidité jouent un rôle déterminant pour les hommes d'un certain âge en Australie et au Royaume-Uni . . . . .	130
4.4. Augmenter le nombre d'heures travaillées n'est pas toujours très intéressant pour les travailleurs présentant une incapacité . . . . .	133

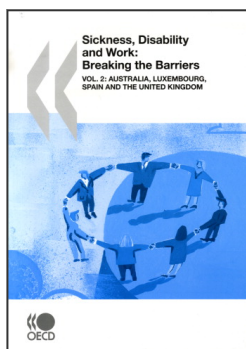
4.5.	Taux de prestations abaissés et taux de retrait plus élevés pour les personnes à capacité de travail partiellement réduite en Australie, depuis juillet 2006 . . .	135
4.A1.1.	Principales caractéristiques des régimes de l'invalidité et du système fiscal, au 1 <sup>er</sup> juillet 2005 . . . . .	146
5.1.	Les caractéristiques d'emploi des personnes présentant une incapacité différent de celles des personnes valides . . . . .	153
5.2.	Les personnes présentant une incapacité sont partout très à la traîne du point de vue du niveau de qualification . . . . .	155
5.3.	Participation à des mesures d'emploi, en Australie et au Royaume-Uni . . . . .	163
5.4.	Les dépenses par tête afférentes aux mesures d'activation atteignent des niveaux comparables en Australie et au Royaume-Uni. . . . .	165
5.5.	Les résultats des programmes d'activation, en termes d'emploi, au Royaume-Uni, sont prometteurs . . . . .	171
5.6.	Les résultats en termes d'emploi pour les demandeurs d'emploi présentant une incapacité, en Australie, sont un peu moins bons que pour les demandeurs d'emploi valides . . . . .	172
5.7.	Les sorties de l'invalidité sont partout relativement rares. . . . .	177
5.8.	La majorité des sorties du régime de l'invalidité, en Australie et au Royaume-Uni, ne sont pas volontaires . . . . .	177
5.9.	Proportion de bénéficiaires d'une prestation d'invalidité qui perçoivent la prestation depuis moins de deux ans. . . . .	178
5.10.	Le taux de respect du quota d'emplois est faible au Luxembourg . . . . .	181

## Graphiques

1.1.	Sauf au Luxembourg, les taux d'emploi des personnes handicapées ne sont que la moitié de ceux des personnes valides. . . . .	42
1.2.	Le chômage est plus élevé et de plus longue durée parmi la population handicapée . . . . .	44
1.3.	Les niveaux relatifs de revenu des personnes handicapées sont plus élevés dans les pays d'Europe continentale . . . . .	46
1.4.	Tendance à la baisse des dépenses en prestations d'invalidité dans la période récente . . . . .	50
1.5.	Les dépenses liées à l'incapacité sont supérieures aux dépenses liées au chômage, sauf en Espagne. . . . .	51
1.6.	Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont augmenté en Australie et au Royaume-Uni mais diminué au Luxembourg . . . . .	52
1.7.	La plupart des personnes handicapées ne perçoivent pas de prestations d'invalidité, et de nombreux bénéficiaires de cette prestation ne prétendent pas être handicapés. . . . .	55
1.8.	L'évolution récente des effectifs de bénéficiaires n'est qu'en partie due au vieillissement de la population. . . . .	58
1.9.	Projections de la population et de la population active 2005-50. . . . .	60
1.10.	L'état de santé s'améliore régulièrement dans les quatre pays . . . . .	62
1.11.	S'agissant de l'évolution de l'environnement de travail, les données ne sont pas concluantes . . . . .	63
2.1.	Comparaison entre pays et dans le temps des politiques de la maladie et de l'invalidité . . . . .	85

3.1.	Le nombre d'entrées dans le régime invalidité baisse et l'écart entre les sexes se réduit . . . . .	89
3.2.	Les taux d'entrée dans le régime invalidité et les ratios chômage/population sont étroitement corrélés . . . . .	90
3.3.	Évolution des absences maladie dans les pays d'Europe . . . . .	91
3.4.	Les principales pathologies des bénéficiaires de prestations d'invalidité varient beaucoup . . . . .	105
3.5.	C'est en Espagne que les taux d'emploi des bénéficiaires de prestations d'invalidité sont les plus élevés et au Royaume-Uni qu'ils sont les plus bas . . .	109
3.6.	La croissance du chômage au Luxembourg a été plus importante que la baisse de l'invalidité. . . . .	110
4.1.	Les régimes de l'invalidité au taux inférieur et le régime du chômage assurent des taux de remplacement nets comparables. . . . .	122
4.2.	Biais d'âge notable en faveur des groupes âgés parmi les bénéficiaires de l'invalidité, en particulier au Luxembourg et en Espagne. . . . .	125
4.3.	Royaume-Uni : interdépendance entre le taux de bénéficiaires et le taux de prévalence de l'invalidité . . . . .	126
4.4.	Le biais d'âge dans l'accès aux prestations d'invalidité, en Australie et au Royaume-Uni, s'explique par la structure par âge de la prévalence de l'invalidité . . . . .	127
4.5.	La majoration des prestations d'invalidité au titre de l'âge, en Espagne, fait passer le taux de remplacement net au-dessus du taux de remplacement assuré par les allocations chômage . . . . .	128
4.6.	Australie : la modification des règles d'accès à la pension de vieillesse a influencé les flux d'entrée dans l'invalidité . . . . .	129
4.7.	La reprise d'un emploi peut être très coûteuse, mais pas au même degré en Espagne. . . . .	131
4.8.	Australie : le fait de passer du régime DSP au régime NSA renforce les désincitations vis-à-vis de l'activité pour les personnes seules dans les tranches de rémunération basses et pour les couples inactifs . . . . .	136
4.9.	Luxembourg : le fait d'être au chômage plutôt qu'en invalidité peut impliquer un doublement du taux d'imposition effectif moyen en cas de reprise d'emploi . .	137
4.10.	Espagne : la réforme des prestations non contributives a notablement augmenté les incitations au travail au bas de l'échelle des rémunérations . . . .	139
4.11.	Royaume-Uni : le revenu de remplacement net résultant de la nouvelle allocation <i>Employment and Support Allowance</i> (ESA) sera vraisemblablement proche de celui résultant de la prestation d'invalidité. . . . .	140
4.12.	Royaume-Uni : la reprise d'un emploi devient un peu plus attrayante avec la nouvelle allocation <i>Employment and Support Allowance</i> (ESA) . . . . .	141
4.A1.1.	Taux de remplacement nets assurés par les prestations d'invalidité, les allocations chômage et l'aide sociale, couples, 2005. . . . .	148
4.A1.2.	Taux d'imposition effectif moyen pour les personnes présentant une incapacité selon le type de ménage, 2005 . . . . .	149
5.1.	Les dépenses consacrées aux mesures d'activation en direction des personnes présentant une incapacité sont faibles, dans tous les pays . . . .	164





Extrait de :

## Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 2)

Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264038165-en>

### Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2007), « Contrôle des absences et évaluation de l'incapacité », dans *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 2) : Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264038189-5-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

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