

## Chapitre 1

# Grandes tendances et principaux résultats

*Quels sont les principaux défis qui attendent l’Australie, le Luxembourg, l’Espagne et le Royaume-Uni sur le plan des politiques de la maladie et de l’invalidité? Ce chapitre récapitule les principales tendances observées dans ces pays durant les 10 à 15 dernières années dans quatre domaines : l’insertion professionnelle des travailleurs présentant un handicap et une capacité de travail réduite; leurs ressources financières; les coûts des régimes d’assurance maladie et invalidité; et les erreurs d’exclusion et d’inclusion de ces régimes. Il aborde en outre les grands défis macroéconomiques que sont le vieillissement de la population, les pénuries futures de main-d’œuvre, et l’impact de l’évolution des conditions du marché du travail sur la santé des travailleurs. Ce sont des défis à prendre en compte si l’on veut réussir la réforme des politiques de la maladie et de l’invalidité.*

Ce premier chapitre récapitule les principales tendances observées en Australie, au Luxembourg, en Espagne et au Royaume-Uni dans les 10 à 15 dernières années sur le plan de la maladie et de l'invalidité<sup>1</sup>. On y abordera les six aspects suivants :

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

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

## 1.1. Emploi et chômage des personnes handicapées

### A. Environnement macroéconomique et tendances du marché du travail

Les quatre pays étudiés partagent un certain nombre de situations de départ et de caractéristiques mais divergent sur d'autres (tableau 1.1). La proportion de la population d'âge actif qui se déclare handicapée se situe aux environs de 10 à 12 % en Australie, au Luxembourg et en Espagne, mais 18 % au Royaume-Uni<sup>2</sup>. Le nombre de personnes qui perçoivent des prestations d'invalidité est lui aussi important, 3 % de la population d'âge actif en Espagne, 4 à 5 % en Australie et au Luxembourg et 8 % au Royaume-Uni, pour une moyenne OCDE d'environ 6 % (OCDE, 2003).

Dans la conjoncture favorable du début des années 2000, les quatre pays ont entrepris des réformes importantes de leurs politiques de l'invalidité. Depuis cinq ans en effet, le PIB réel n'a cessé de croître, les taux d'emploi se sont élevés et le chômage a diminué, sauf au Luxembourg où il est néanmoins resté au niveau le plus bas des quatre pays.

À un peu plus de 3 %, la croissance annuelle du PIB réel en Australie, au Luxembourg et en Espagne a été nettement plus forte que la moyenne de l'OCDE (2.5 %). Au Royaume-Uni, elle s'est située autour de la moyenne – essentiellement du fait d'un ralentissement en 2005 et dans une moindre mesure en 2002. Cela dit, selon les projections, la croissance devrait rester forte dans les quatre pays pour les deux années qui

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

PIB et indicateurs du marché du travail, 2000-2005

	Australie	Luxembourg	Espagne	Royaume-Uni <sup>a</sup>	Moyenne OCDE <sup>b</sup>
<i>Population (en milliers)</i>					
Population d'âge actif 2005	12 075	344	29 308	32 435	
Personnes handicapées (autodéclarées), autour de 2005	1 488	34	3 119	6 018	
Bénéficiaires de prestations d'invalidité, 2005	683	17	1 011	2 615	
<i>Indicateurs macroéconomiques</i>					
PIB par habitant en 2005 en USD PPA	34 240	70,245	27 400	32 860	30 062
Croissance annuelle du PIB 2000-2005 (%)	3.2	3.1	3.2	2.4	2.5
<i>Indicateurs du marché du travail (15-64 ans)</i>					
Taux emploi/population					
2000	69.3	62.7	57.4	72.2	65.7
2005	71.6	63.6	64.3	72.6	65.5
Taux de chômage					
2000	6.4	2.4	13.9	5.5	6.2
2005	5.2	4.5	9.2	4.6	6.8
Chômage de longue durée <sup>c</sup>					
2000	25.5	22.4	47.6	27.9	30.6
2005	17.7	26.3	32.5	22.2	31.6

a) Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité et de handicapés autodéclarés se rapporte à la seule Grande-Bretagne; les autres chiffres se rapportent au Royaume-Uni.

b) Moyenne non pondérée.

c) Le chômage de longue durée est exprimé par le pourcentage de chômeurs sans emploi depuis plus d'un an par rapport au nombre total de chômeurs.

Source : Graphique 1.7; tableau 1.9; Séries de référence OECD.Stat et Base de données OCDE sur les statistiques de la population active.

viennent : 2.5-3 % au Royaume-Uni, plus de 3 % en Australie et en Espagne et environ 5 % au Luxembourg (OCDE, 2007a).

Les taux d'emploi ont augmenté depuis cinq ans dans les quatre pays, mais surtout en Espagne – 7 points de pourcentage. La hausse a été moins marquée dans les trois autres pays (entre ½ point et 2½ points). Les taux d'emploi globaux sont proches de la moyenne de l'OCDE (65 %) dans les deux pays d'Europe continentale et nettement plus élevés dans les deux pays anglophones (72 %).

Les taux de chômage – 4 à 5 % – sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE en Australie, au Luxembourg et au Royaume-Uni. En Espagne, le chômage a baissé d'un tiers depuis 2000, mais concerne encore près de 9 % de la population active. Environ un chômeur sur cinq est un chômeur de longue durée en Australie et au Royaume-Uni, un sur quatre au Luxembourg et un sur trois en Espagne. Dans tous les pays, à l'exception du Luxembourg, cette proportion a diminué depuis cinq ans.

Les dernières projections de l'OCDE jusqu'en 2008 prévoient une poursuite de la hausse des taux d'activité au Luxembourg, en Espagne et au Royaume-Uni (de 1½ à 3 points de pourcentage) et une stabilité à un niveau élevé en Australie, tandis que la moyenne de l'OCDE devrait baisser légèrement (OCDE, 2006a). Globalement, le cadre macroéconomique et la situation du marché du travail dans la première décennie des années 2000 sont encourageants dans les quatre pays, ce qui constitue une bonne base pour de nouvelles réformes.

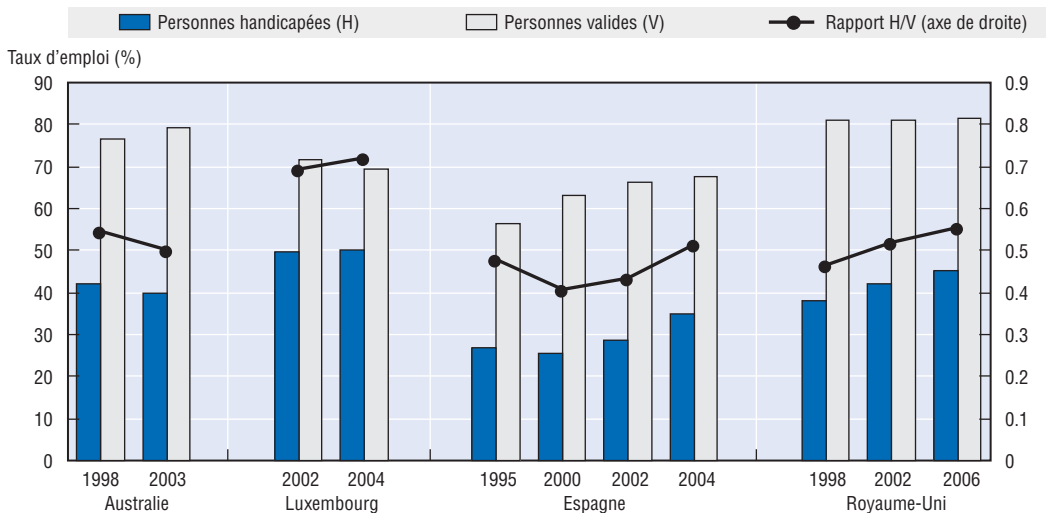
## B. L'emploi chez les personnes handicapées

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

Certes, si l'on considère que les indicateurs macroéconomiques sont favorables dans les quatre pays, les résultats sur le plan de l'emploi des personnes handicapées sont assez décevants. Des tendances plus positives commencent toutefois à se dessiner, sauf en Australie. Les personnes handicapées affichent des taux d'emploi constamment plus faibles que les personnes valides, surtout en Espagne où un tiers seulement ont un emploi. Par comparaison, en Australie 40 % des personnes handicapées travaillent, 45 % au Royaume-Uni et 50 % au Luxembourg (graphique 1.1)<sup>3</sup>. Ceci est à comparer à des taux d'emploi, pour les trois pays étudiés dans OCDE (2006b), d'environ 45 % en Norvège, 52 % en Suisse et moins de 20 % en Pologne. En termes relatifs – taux d'emploi des personnes handicapées par rapport aux personnes valides – le rapport est d'environ 0.5-0.6 en Australie, en Espagne et au Royaume-Uni mais 0.7 au Luxembourg.

### Graphique 1.1. Sauf au Luxembourg, les taux d'emploi des personnes handicapées ne sont que la moitié de ceux des personnes valides

Taux d'emploi des personnes d'âge actif handicapées et valides, années les plus récentes disponibles (pourcentage)<sup>a</sup>



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

Source : SDAC (Australie); Enquêtes nationales de population active (Luxembourg et Espagne, 2002; Royaume-Uni); ECHP (Espagne, 1995, 2000); et EU-SILC (Luxembourg et Espagne, 2004).

Les taux d'emploi tendent à baisser en fonction de la lourdeur du handicap – bien que ce soit moins flagrant au Luxembourg. En Australie et en Espagne, environ 42 à 46 % des personnes présentant un handicap modéré ont un emploi, mais seulement 25 à 28 % de celles qui ont un handicap lourd (chapitre 5). Au Luxembourg, en revanche, les proportions respectives sont de 55 et 41 % (on ne dispose pas de données comparables pour le Royaume-Uni).

Cela dit, les taux d'emploi des personnes handicapées augmentent depuis quelques années en Espagne, au Royaume-Uni et dans une moindre mesure aussi au Luxembourg, plus rapidement même que ceux de la population valide. L'Australie fait exception : les taux d'emploi des personnes handicapées ont stagné entre 1998 et 2003 (dernière année pour laquelle on dispose de données comparables) alors que l'emploi global continuait à augmenter, ce qui s'est traduit par une baisse du taux d'emploi relatif des personnes handicapées.

D'une façon générale, les disparités d'emploi entre personnes handicapées et valides sont fonction de l'âge et de l'éducation mais pas du sexe (tableau 1.2). On observe une forte corrélation entre les taux d'emploi relatifs des personnes handicapées et leur âge. Au Luxembourg, les jeunes handicapés affichent même un taux d'emploi légèrement plus élevé que les jeunes valides, tandis que chez les plus âgés, ce taux est inférieur de 40 %. On observe le même schéma en Australie, mais moins marqué. Dans ce domaine, la performance du Royaume-Uni mérite d'être soulignée : le taux d'emploi relatif des travailleurs âgés handicapés a augmenté de 13 points de pourcentage. La relative faiblesse des taux d'emploi des personnes handicapées est également associée à un faible niveau d'instruction, en particulier en Australie où ces taux ont diminué de 10 points entre 1998 et 2003 et sont inférieurs à ceux des autres pays. Cela dit, sauf au Luxembourg, les taux d'emploi des personnes handicapées qui ont fait des études supérieures restent en dessous de ceux de leurs homologues valides.

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

Taux d'emploi relatifs des personnes handicapées par rapport aux personnes valides, par sexe, tranche d'âge et niveau d'études, 2000-2005<sup>a</sup>

		Total	Sexe		Tranche d'âge			Niveau d'études		
			Hommes	Femmes	20-34	35-49	50-64	Inférieur au secondaire	Deuxième cycle du secondaire	Supérieur
Australie <sup>b</sup>	1998	0.55	0.54	0.56	0.70	0.63	0.45	0.50	0.76	0.82
	2003	0.50	0.50	0.51	0.62	0.58	0.44	0.40	0.58	0.67
Luxembourg	2002	0.69	0.68	0.66	1.06	0.82	0.61	0.61	0.80	0.99
Espagne	1995	0.48	0.46	0.54	0.51	0.59	0.50	..	..	..
	2000	0.41	0.39	0.44	0.52	0.52	0.36	..	..	..
	2002	0.43	0.42	0.44	0.57	0.48	0.40	0.40	0.66	0.65
Royaume-Uni	2004	0.52	0.48	0.58	0.67	0.62	0.45	..	..	..
	1998	0.47	0.44	0.50	0.59	0.51	0.38	0.41	0.62	0.75
	2002	0.52	0.51	0.54	0.62	0.58	0.46	0.46	0.67	0.76
	2006	0.56	0.56	0.56	0.62	0.61	0.51	0.48	0.72	0.79

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

b) La définition de la variable « niveau d'instruction » a changé entre 1998 et 2003, de sorte que l'évolution indiquée par niveau d'études est peut-être surestimée.

Source : SDAC (Australie); Enquêtes nationales de population active (Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni); EU-SILC (Espagne, 2004).

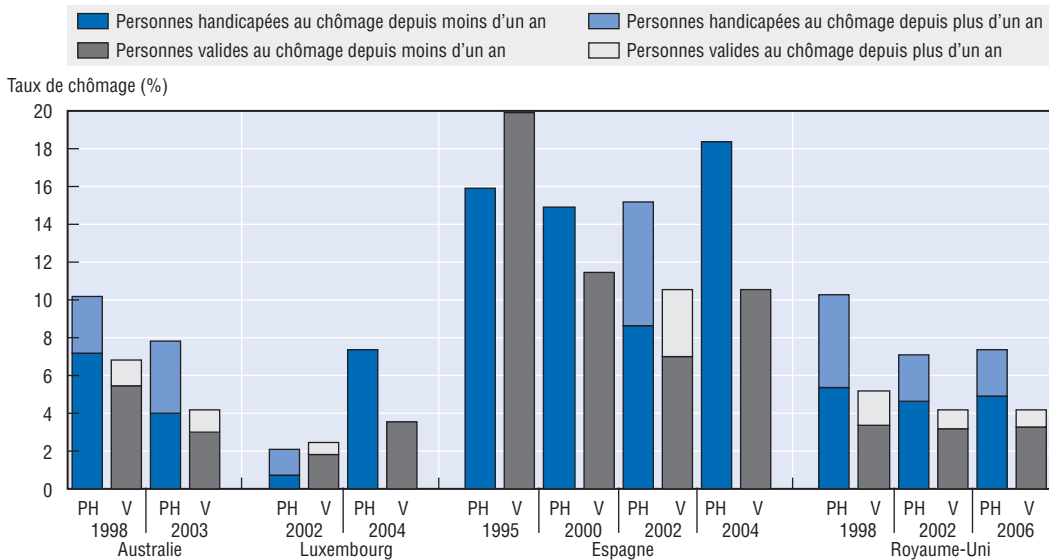
### C. Chômage et inactivité chez les personnes handicapées

Dans les quatre pays, les taux de chômage des personnes handicapées sont plus élevés que ceux des personnes valides (graphique 1.2)<sup>4</sup>. L'écart est particulièrement prononcé en Espagne, où les taux de chômage des handicapés sont presque le double de ceux des valides, alors qu'il y a dix ans ils étaient au contraire moins élevés. En effet, l'importante

baisse des taux de chômage observée récemment dans ce pays a exclusivement profité aux personnes valides. L'autre pays où le chômage des personnes handicapées a récemment augmenté est le Luxembourg, mais même si le taux a plus que triplé (passant de 2 à 7 %), le niveau absolu est encore inférieur à celui des autres pays. En revanche, le taux de chômage des personnes handicapées a diminué en même temps que le chômage global en Australie et même plus rapidement au Royaume-Uni.

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

Taux de chômage des personnes handicapées et valides, 2000-2005 (pourcentage)<sup>a</sup>



a) Définition de l'invalidité autodéclarée : existence d'une pathologie chronique et de limitations durables des actes de la vie quotidienne. Pas de données par durée du chômage pour le Luxembourg en 2004 et l'Espagne en 1995, 2000 et 2004. Source : SDAC (Australie); Enquêtes nationales de population active (Luxembourg et Espagne, 2002; Royaume-Uni); ECHP (Espagne; 1995, 2000); et EU-SILC (Luxembourg et Espagne; 2004).

Le chômage de longue durée est beaucoup plus courant dans la population handicapée; il concerne environ la moitié des chômeurs handicapés en Australie et en Espagne. Au Royaume-Uni, cette proportion a diminué, passant d'environ la moitié à un tiers – pendant que la même proportion chez les valides était ramenée d'un tiers à un cinquième.

Malgré un risque plus élevé de chômage, les personnes handicapées comptent aussi constamment dans les quatre pays des proportions plus élevées d'inactifs parmi l'ensemble de la population sans emploi. Les pourcentages d'inactivité sont plus élevés de 5 à 12 points que pour les personnes valides (tableau 1.3). Ce différentiel concerne beaucoup plus les hommes que les femmes. En revanche, il n'y a guère de variation selon les tranches d'âge.

Les politiques de l'emploi qui s'adressent aux personnes handicapées sont surtout ciblées sur celles qui souhaitent travailler – chômeurs mais aussi inactifs. L'Enquête européenne sur les forces de travail donne des indications sur la proportion d'inactifs présentant un handicap qui, malgré cela, souhaitent travailler. Le tableau 1.4 montre que la proportion des personnes souffrant d'un handicap « permanent » qui disent vouloir travailler diffère sensiblement selon les pays : elle s'échelonne entre 5 % au Luxembourg et 14 % en Espagne et jusqu'à 45 % au Royaume-Uni, pour une moyenne européenne de 21 %<sup>5</sup>.

**Tableau 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**

Proportion des inactifs en pourcentage de la population sans emploi, par sexe et tranche d'âge, 2005<sup>a</sup>

	Total	Sexe		Tranche d'âge		
		Hommes	Femmes	20-34	35-49	50-64
<b>Australie</b>						
Personnes handicapées (H)	94.4	92.8	95.6	85.0	92.3	97.3
Personnes valides (V)	83.1	66.6	89.7	75.6	81.7	93.1
H/V	1.14	1.39	1.07	1.12	1.13	1.05
<b>Luxembourg</b>						
Personnes handicapées (H)	97.9	98.5	97.3	90.7	96.6	98.9
Personnes valides (V)	93.5	88.7	95.1	88.4	90.3	99.5
H/V	1.05	1.11	1.02	1.03	1.07	0.99
<b>Espagne</b>						
Personnes handicapées (H)	87.9	86.0	89.5	67.5	84.6	94.7
Personnes valides (V)	75.3	64.9	79.7	64.8	72.1	91.5
H/V	1.17	1.33	1.12	1.04	1.17	1.03
<b>Royaume-Uni</b>						
Personnes handicapées (H)	93.4	91.2	95.1	87.5	90.1	96.6
Personnes valides (V)	81.0	65.2	88.3	75.7	75.8	91.2
H/V	1.15	1.40	1.08	1.16	1.19	1.06

a) Définition de l'invalidité autodéclarée : existence d'une pathologie chronique et de limitations durables des actes de la vie quotidienne. Les chiffres sont ceux de 2002 (Luxembourg), 2003 (Australie), 2004 (Espagne) et 2006 (Royaume-Uni).  
Source : SDAC (Australie); enquêtes nationales de population active (Luxembourg, Royaume-Uni); EU-SILC (Espagne).

**Tableau 1.4. De nombreux inactifs handicapés souhaitent travailler**

Pourcentage des personnes inactives affectées d'une invalidité permanente qui déclarent vouloir travailler, par tranche d'âge, 2004/2005<sup>a</sup>

		Total	20-34 ans	35-49 ans	50-64 ans
Luxembourg	Hommes	6.2	24.9	13.8	2.4
	Femmes	3.7	6.3	11.1	1.3
	Total	5.1	14.5	12.8	1.9
Espagne	Hommes	13.1	21.3	15.9	9.2
	Femmes	15.8	23.0	20.0	12.4
	Total	14.4	22.0	17.8	10.8
Royaume-Uni	Hommes	49.1	56.4	56.6	43.0
	Femmes	40.7	49.8	50.6	32.1
	Total	45.1	53.5	53.5	37.9
OCDE Europe <sup>b</sup>	Hommes	21.8	29.7	27.5	17.3
	Femmes	20.0	30.7	27.7	14.4
	Total	20.9	30.1	27.6	15.8

a) Moyennes sur 2004 et 2005.

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

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

En Australie, d'après l'enquête HILDA, la Commission de la productivité a constaté que 55 % des hommes inactifs, malades ou handicapés ne souhaitaient pas travailler, tandis que 38 % le voudraient; 6 % ne savaient pas (Lattimore, 2007). Selon une autre enquête relative aux bénéficiaires de prestations d'invalidité, environ la moitié des hommes et des femmes indiquaient avoir une probabilité ou un espoir de travailler dans l'avenir (FaCS, 2004). Les chiffres australiens paraissent donc assez proches de ceux du Royaume-Uni.

Le pourcentage d'inactifs handicapés qui souhaitent travailler dépend aussi de l'âge : il diminue fortement dans la tranche d'âge supérieure (50-64 ans). Au Luxembourg, par exemple, la proportion d'inactifs âgés handicapés qui voudraient travailler est négligeable. Au Royaume-Uni, au contraire, plus d'un tiers de cette catégorie voudrait travailler. L'importance de ces différences peut s'expliquer en partie par le libellé des questionnaires, les différences culturelles, les conditions du marché du travail et les niveaux de revenu des ménages, mais il est probable que des facteurs institutionnels jouent un grand rôle, à savoir les niveaux des taux de remplacement et les possibilités de passage à la retraite (anticipée).

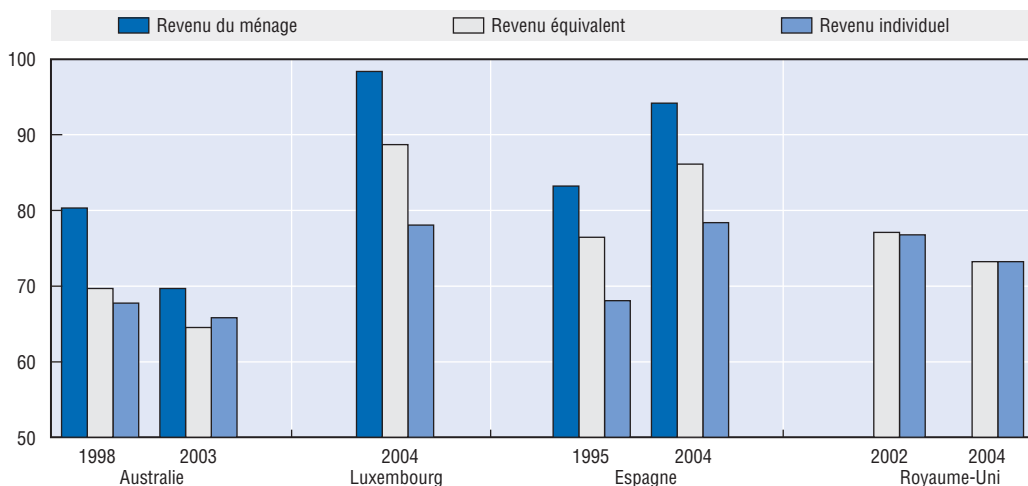
## 1.2. Ressources financières des personnes handicapées : revenu et pauvreté

### A. Niveaux relatifs de revenu

Dans les quatre pays, en moyenne, les personnes handicapées ont moins de ressources financières que le reste de la société. Mais leurs niveaux de revenu sont beaucoup plus proches de la moyenne de la population d'âge actif dans les deux pays d'Europe continentale. Le graphique 1.3 montre les niveaux relatifs des ressources financières selon trois mesures : i) revenu total non ajusté des ménages comptant au moins une personne handicapée; ii) revenu équivalent des personnes handicapées<sup>6</sup>; et iii) revenu individuel des personnes handicapées. Le revenu moyen des ménages comptant au moins une personne handicapée est supérieur d'environ 10 points au revenu équivalent des personnes handicapées dans ces ménages. Au Luxembourg, le premier est pratiquement identique au revenu moyen des ménages qui ne comptent aucune personne handicapée. Quant au revenu équivalent, il est supérieur au revenu individuel, bien que cette différence soit moins marquée en Australie et au Royaume-Uni.

Graphique 1.3. **Les niveaux relatifs de revenu des personnes handicapées sont plus élevés dans les pays d'Europe continentale**

Revenus moyens des personnes d'âge actif handicapées par rapport à ceux des valides (pourcentage) selon trois définitions du revenu<sup>a</sup>



a) Revenu total des ménages comptant au moins une personne handicapée; revenu ajusté équivalent des personnes handicapées; revenu individuel des personnes handicapées. Concept de revenu : revenu disponible, sauf pour l'Australie : revenu brut.

Source : SDAC (Australie); ECHP (Espagne, 1995, 2000); FRS (Royaume-Uni); et EU-SILC (Luxembourg et Espagne, 2004).



Le revenu équivalent des ménages (indicateur intermédiaire) est celui qui se prête le mieux aux comparaisons internationales, car il tient compte de tous les revenus du ménage (revenu du travail, du capital et avantages sociaux) mais tient compte aussi des différences de taille des ménages et renvoie uniquement aux personnes handicapées. Sur cette base, les niveaux moyens de revenu des personnes handicapées représentent environ 70 % de ceux des personnes valides en Australie<sup>7</sup> et au Royaume-Uni, mais 85 à 90 % au Luxembourg et en Espagne. À titre de comparaison, les revenus relatifs représentaient près de 90 % en Norvège et en Suisse et environ 80 % en Pologne (OCDE, 2006b). En Espagne, les revenus relatifs des personnes handicapées ont augmenté de 10 points entre 1995 et 2004, tandis qu'en Australie et au Royaume-Uni ils stagnaient, voire diminuaient légèrement en Australie et au Royaume-Uni<sup>8</sup>.

Comment ces niveaux de revenu se comparent-ils à ceux d'autres catégories économiquement vulnérables? Si l'on prend par exemple les parents isolés, ils se situent aux environs de la moyenne de l'OCDE (66 %) au Luxembourg et en Espagne, mais en-dessous en Australie et au Royaume-Uni (57-58 %). Pour les personnes de 75 ans et plus, ils sont supérieurs à la moyenne de l'OCDE au Luxembourg (91 %) et en Espagne (84 %) et, là encore, en dessous en Australie (64 %) et au Royaume-Uni (71 %) (Förster et Mira d'Ercole, 2005). Les niveaux de revenu relatifs des personnes handicapées sont donc comparables à ceux des retraités. Par ailleurs, les niveaux de revenu relatifs de tous les groupes économiquement vulnérables semblent inférieurs dans les deux pays anglophones, ce qui indique une plus grande inégalité globale des revenus.

Il faut souligner que les notions traditionnelles de revenu telles que celle utilisée ici ne tiennent pas compte des coûts supplémentaires spécifiques qui découlent du handicap, notamment en matière de transport ou d'équipements spéciaux. On ne dispose de données empiriques sur ces surcoûts que pour le Royaume-Uni. Ainsi, selon Jones et O'Donnell (1995), le handicap physique a un effet important sur les dépenses de combustible du ménage (plus 64 %) et de transport (plus 45 %). Plus récemment, Zaidi et Burchardt (2005) constatent que le handicap génère une augmentation importante du coût de la vie, surtout pour les personnes handicapées qui vivent seules, et que ces surcoûts augmentent avec la gravité du handicap<sup>9</sup>.

### **B. Incidence des bas revenus et risques de pauvreté**

Dans quelle mesure les bas revenus associés aux profils de la redistribution des salaires, transferts et autres revenus augmentent-ils les risques de pauvreté parmi la population handicapée? D'abord et avant tout, on trouve un pourcentage plus élevé de personnes handicapées dans les déciles inférieurs de revenu et un pourcentage plus faible dans les déciles les plus riches; ce phénomène est particulièrement marqué en Australie (tableau 1.5). Alors que par définition, un dixième du total de la population d'âge actif se situe dans le décile inférieur, on y trouve 22 % des personnes handicapées en Australie, contre 14 % au Luxembourg, en Espagne et au Royaume-Uni. Dans les trois déciles les plus pauvres ces pourcentages atteignent 57 % en Australie<sup>10</sup>, 41 % au Royaume-Uni et 38 % au Luxembourg et en Espagne. Par ailleurs, à peine 13 % des personnes handicapées font partie en Australie des 30 % les plus riches de la population d'âge actif, contre 21-22 % dans les trois autres pays.

En ce qui concerne les tendances, en Australie le revenu relatif des personnes handicapées ne s'est pas amélioré entre 1998 et 2003. En Espagne, en revanche, la proportion de personnes handicapées dans les tranches de revenu les plus basses a

**Tableau 1.5. Pourcentage plus élevé de personnes handicapées dans les déciles inférieurs de revenu, particulièrement en Australie**

Pourcentages cumulés de personnes handicapées dans les déciles inférieurs et supérieurs de revenu (basés sur le revenu des ménages de la population d'âge actif)<sup>a</sup>

		Décile inférieur	Deux déciles inférieurs	Trois déciles inférieurs	Trois déciles supérieurs	Deux déciles supérieurs	Décile supérieur
Australie	1998	21	42	55	14	9	4
	2003	22	45	57	13	8	4
Luxembourg	2004	14	27	38	22	13	7
Espagne	1995	14	29	43	16	10	3
	2000	15	30	41	18	11	4
	2004	14	26	38	22	13	5
Royaume-Uni	2005	14	29	41	21	13	6

a) Le revenu est le revenu disponible des ménages par équivalent adulte, sauf pour l'Australie où c'est le revenu brut des ménages par équivalent adulte (élasticité de l'équivalence = 0.5).

Source : SDAC (Australie); ECHP (Espagne; 1995, 2000); FRS (Royaume-Uni); et EU-SILC (Luxembourg et Espagne; 2004).

diminué lentement mais régulièrement entre 1995 et 2004, avec une augmentation correspondante de la proportion dans les déciles supérieurs de revenu.

Le tableau 1.6 montre en détail l'incidence et le profil de la population handicapée dans les déciles inférieurs de revenu. Par convention, il indique deux seuils de bas revenu : 50 et 60 % du revenu médian de l'ensemble de la population d'âge actif<sup>11</sup>. C'est au Luxembourg que les taux de pauvreté ainsi définis sont les plus bas : 9 % des personnes handicapées ont un revenu inférieur à 50 % du revenu médian, et 16 % inférieur à 60 % du

**Tableau 1.6. Avoir un emploi réduit les risques de pauvreté normalement plus élevés des personnes handicapées**

Taux de pauvreté et risques de pauvreté relative chez les personnes handicapées, selon le degré du handicap et la situation vis-à-vis du marché du travail<sup>a</sup>

	Australie		Luxembourg	Espagne			Royaume-Uni	
	1998	2003	2004	1995	2000	2004	2002	2004
A. Au seuil de 50 % du revenu médian								
Taux de pauvreté des personnes handicapées	32	36	9	17	16	18	13	14
Taux de risque de pauvreté relative	2.23	2.41	1.28	1.43	1.54	1.44	1.52	1.69
Taux de risque de pauvreté relative par statut sur le marché du travail								
Avec emploi	0.69	0.81	0.70	1.47	0.95	0.75	0.76	0.77
Au chômage	3.06	3.53	7.52	2.42	1.58	2.59	4.50	4.29
Inactif	3.32	3.44	1.37	1.34	1.75	1.70	1.92	2.19
B. Au seuil de 60 % du revenu médian								
Taux de pauvreté des personnes handicapées	42	45	16	26	26	24	23	24
Taux de risque de pauvreté relative	2.12	2.23	1.40	1.45	1.56	1.33	1.65	1.77
Taux de risque de pauvreté relative par statut sur le marché du travail								
Avec emploi	0.72	0.88	0.82	1.18	1.23	0.79	0.80	0.76
Au chômage	3.00	3.08	4.87	2.03	1.73	2.19	3.98	3.74
Inactif	3.10	3.12	1.74	1.51	1.66	1.53	2.15	2.36

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

Source : SDAC (Australie); ECHP (Espagne, 1995, 2000); FRS (Royaume-Uni); et EU-SILC (Luxembourg et Espagne, 2004).

revenu médian. Ces taux sont plus élevés en Espagne et au Royaume-Uni, avec 14 à 18 % de personnes handicapées qui se situent en-dessous du seuil inférieur et 24 % en-dessous du seuil supérieur. Et en Australie, ils sont plus élevés encore, avec plus d'un tiers de personnes handicapées dont le revenu est inférieur à 50 % de la médiane, dont près de la moitié inférieure à 60 %. Par rapport au total de la population d'âge actif, cela signifie que le handicap accroît le risque de pauvreté d'un facteur 1.3-1.4 au Luxembourg et en Espagne, 1.7-1.8 au Royaume-Uni, et plus de deux en Australie<sup>12</sup>.

La proportion des personnes qui se trouvent regroupées entre les deux seuils de 50 et 60 % du revenu médian donne une indication de la gravité de la situation des bas revenus. En effet, si le pourcentage de ces personnes qui est situé entre ces seuils est plus élevé, les augmentations de revenu nécessaires pour les faire passer au-dessus du seuil de pauvreté de 60 % sont moins importantes. Au Luxembourg et au Royaume-Uni, cela concerne plus de 40 % des personnes handicapées à faible revenu, en Espagne environ 30 % et en Australie seulement 20 %.

Pour réduire les risques de pauvreté, le facteur le plus important est l'emploi. Dans les quatre pays, les taux de pauvreté des personnes handicapées qui ont un emploi sont inférieurs de 20 à 30 % à la moyenne pour l'ensemble de la population d'âge actif. Il faut remarquer que l'emploi réduit sensiblement les risques de pauvreté chez les personnes valides aussi. Cependant, l'inverse – à savoir l'inactivité et en particulier le chômage – a un effet beaucoup plus néfaste sur le revenu des personnes handicapées.

Au fil du temps, les risques de pauvreté relative ont légèrement augmenté pour toutes les catégories de population handicapée en Australie et la plupart d'entre elles au Royaume-Uni. En Espagne, les personnes présentant un handicap modéré et en particulier celles qui ont un emploi ont pu réduire leur risque de pauvreté, mais pas les autres catégories.

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

#### A. Montant et composition des dépenses publiques

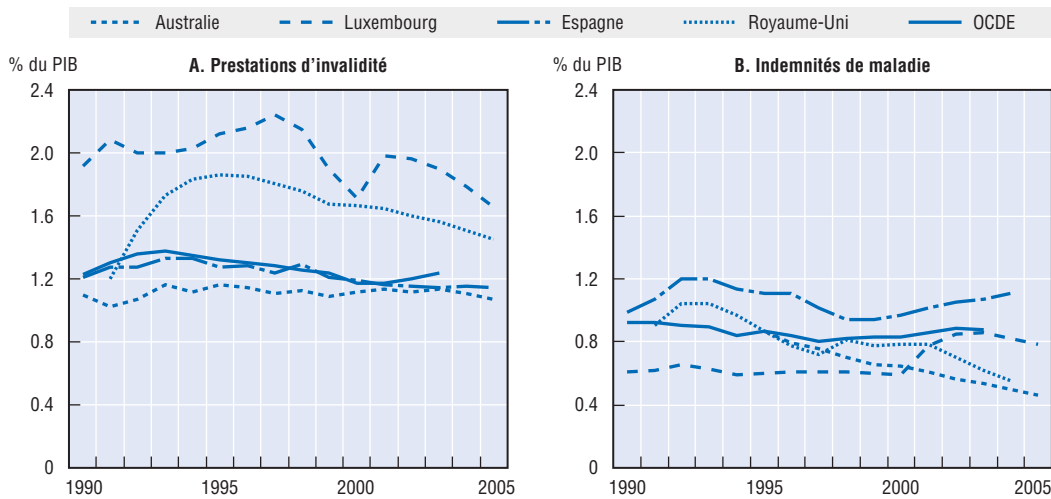
Modérer les coûts élevés de la maladie et de l'invalidité est l'une des grandes préoccupations des responsables politiques – toutefois dans certains pays plus que dans d'autres. En 2005, au Luxembourg et au Royaume-Uni, les dépenses consacrées aux prestations d'invalidité étaient plus élevées que dans les autres pays, avec respectivement 1.7 % et 1.5 % du PIB. En Australie et en Espagne, la dépense se situe autour de 1.1-1.2 %, ce qui correspond à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.4). Cela dit, dans les quatre pays, les dépenses d'invalidité sont plus faibles que dans les trois pays étudiés dans OCDE (2006b). De plus, et c'est important, on a observé une tendance à la baisse, en particulier dans les deux pays « les plus dépensiers » : au Royaume-Uni, depuis le milieu des années 90 et au Luxembourg depuis la fin des années 90, aussi si dans ce dernier pays cette baisse s'est interrompue durant la période 2001-03<sup>13</sup>.

Les dépenses en indemnités maladie représentent moins de la moitié des dépenses d'invalidité, à l'exception notable de l'Espagne où elles sont pratiquement à égalité. Dans les quatre pays, les dépenses maladie sont assez analogues à la moyenne de l'OCDE. Dans les deux pays d'Europe continentale, on ne perçoit pas de tendance nette, tandis que la dépense a baissé sans interruption en Australie depuis 1995, et en deux temps au Royaume-Uni : dans la première moitié des années 90 et depuis le début des années 2000.

Si l'on ajoute aux dépenses d'invalidité et de maladie les dépenses consacrées aux indemnités et services pour accidents du travail, la dépense publique totale relative aux

### Graphique 1.4. **Tendance à la baisse des dépenses en prestations d'invalidité dans la période récente**

Dépenses annuelles en prestations d'invalidité<sup>a</sup> et de maladie<sup>b</sup>, en pourcentage du PIB, 1990-2005



- a) Les chiffres englobent les prestations de remplacement du revenu et les principales indemnités compensatoires du surcoût du handicap (le Luxembourg et l'Espagne n'ont pas de prestation distincte à cet effet). Australie : pension de soutien pour handicap, allocation de mobilité, allocation pour conjoint (DSP) et allocations pour invalides de guerre. Luxembourg : pension d'invalidité; Espagne : prestations d'invalidité pour les salariés, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires, les militaires et les fonctionnaires territoriaux; Royaume-Uni : Incapacity Benefit, Severe Disablement Allowance, Income Support assorti d'une prime pour invalidité et Disability Living Allowance.
- b) Australie : indemnité maladie et versements maladie assurés par l'employeur (estimation du Secrétariat); Luxembourg : versements maladie assurés par l'employeur (seulement à partir de 2001) et indemnités maladie; Espagne : indemnités maladie pour les salariés, les travailleurs indépendants, les militaires et les fonctionnaires territoriaux; Royaume-Uni : salaire maladie réglementaire et versements maladie assurés par l'employeur.

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

régimes qui concernent l'incapacité atteint 2.5 % du PIB en Australie, en Espagne et au Royaume-Uni (chiffres proches aussi de la moyenne de l'OCDE) et 3.6 % au Luxembourg. Cela représente des engagements considérables – surtout comparés aux autres dépenses sociales publiques qui concernent la population d'âge actif.

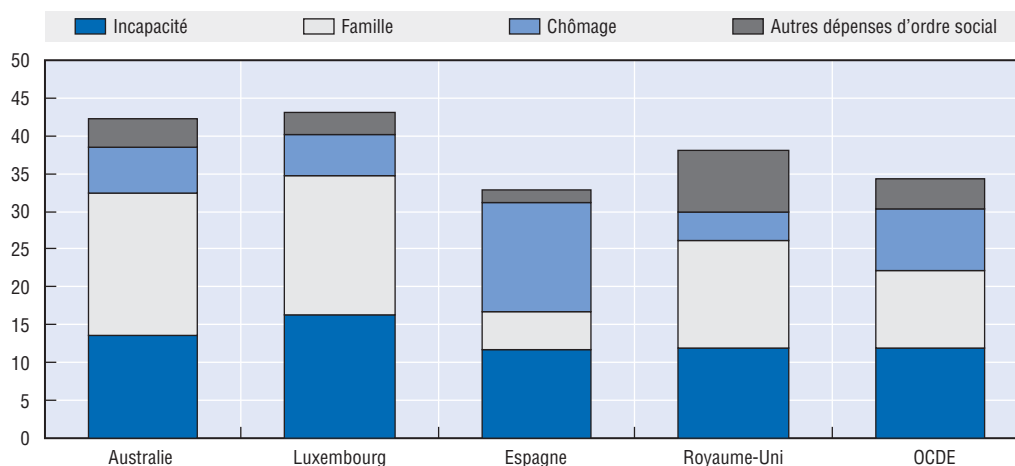
En outre, les dépenses liées à l'incapacité sont supérieures à celles relatives au chômage : en moyenne dans l'OCDE, ces deux catégories de dépenses représentent respectivement 12 et 8 % du total des dépenses sociales (graphique 1.5). De même en Australie, au Luxembourg et au Royaume-Uni, les dépenses liées à l'incapacité sont beaucoup plus élevées que celles relatives au chômage : trois fois plus au Luxembourg et au Royaume-Uni et deux fois plus en Australie. L'Espagne se distingue par la plus forte proportion de dépenses liées au chômage dans les dépenses sociales, en raison d'un taux de chômage plus élevé et des dépenses d'indemnisation que cela implique (tandis que les dépenses consacrées aux programmes actifs correspondent tout juste à la moyenne de l'OCDE).

#### **B. Tendances des taux de bénéficiaires de prestations**

Contrairement aux tendances à la baisse ou au moins à la stabilité des dépenses en prestations d'invalidité, qui sont générales, les tendances des taux de bénéficiaires de ces prestations dans la population d'âge actif varient beaucoup entre les quatre pays (graphique 1.6, partie A). Dans les deux pays anglophones, ces taux ont beaucoup augmenté entre 1990 et 2005 – de 70 à 80 % – même si dans les années les plus récentes, on a constaté des signes d'inversion de la tendance au Royaume-Uni, ainsi qu'en 2006 en

### Graphique 1.5. Les dépenses liées à l'incapacité sont supérieures aux dépenses liées au chômage, sauf en Espagne

Dépenses annuelles pour la population d'âge actif, hors santé<sup>a</sup>, par type, en pourcentage du total de la dépense sociale publique, 2003



- a) Les dépenses liées au chômage comprennent les allocations chômage et les programmes actifs du marché du travail destinés aux chômeurs; les dépenses relatives à la famille comprennent les allocations familiales, les congés parentaux rémunérés et les services destinés aux enfants et à leur garde; et les autres dépenses comprennent principalement l'aide sociale et les allocations de logement.

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

Australie. Au Luxembourg, en revanche, les taux de bénéficiaires ont nettement diminué à partir de 1997, et en Espagne ils sont restés stables. En 2005, c'est dans ce dernier pays que le taux était le plus bas, à 3,5 % de la population d'âge actif. Il se situait à 5-6 % en Australie et au Luxembourg – à peu près le niveau constaté dans 20 pays de l'OCDE à la fin des années 90 (OCDE, 2003) et à 8 % au Royaume-Uni.

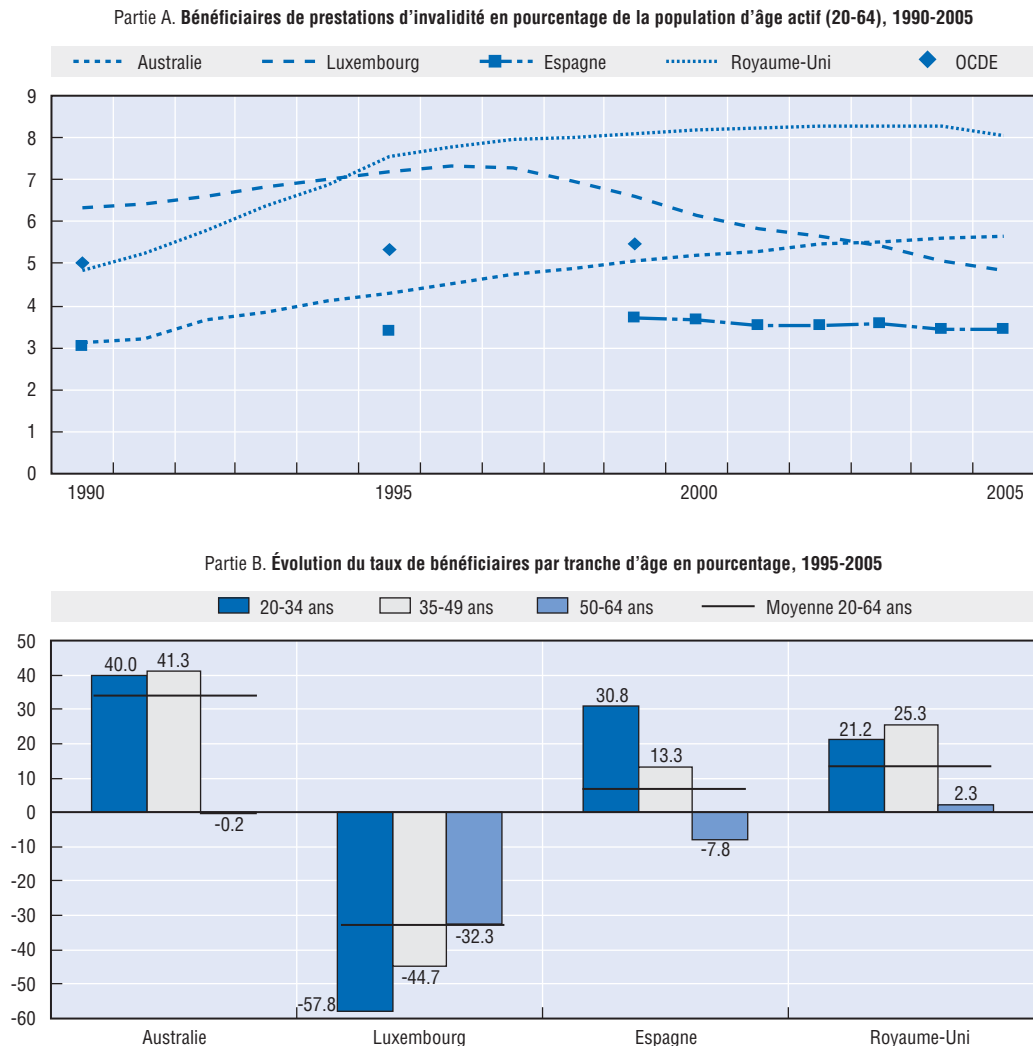
L'évolution des taux de bénéficiaires observée depuis dix ans est surtout imputable aux tranches d'âge les plus jeunes. En Australie et au Royaume-Uni, par exemple, la totalité de la hausse de cette période est due aux jeunes et aux personnes en âge de forte activité, tandis que le taux de bénéficiaires des 50-64 ans n'a guère changé. En Espagne, le taux de bénéficiaires chez les plus jeunes a augmenté de près d'un tiers, tandis que chez les plus âgés il a diminué de 10 %. Enfin, au Luxembourg, la baisse du taux de bénéficiaires parmi les travailleurs jeunes a représenté près du double de celle des plus de 50 ans (graphique 1.6, partie B).

### C. Niveaux moyens des prestations

Le deuxième facteur clé qui explique l'évolution des dépenses est la tendance des niveaux moyens de prestations. Il s'avère que les tendances des taux de bénéficiaires ne sont pas liées à celles des prestations d'invalidité moyennes. Le tableau 1.7 résume l'évolution de ces dernières sur la période 2000-05. D'un côté, les deux pays d'Europe continentale – qui ont connu une baisse des taux de bénéficiaires (le Luxembourg surtout) – la valeur moyenne réelle des prestations d'invalidité a augmenté beaucoup plus vite que les indicateurs de salaire correspondants. De l'autre, en Australie – où les taux de bénéficiaires ont sensiblement augmenté – et au Royaume-Uni, la croissance moyenne annuelle des prestations d'invalidité a été inférieure à celle des salaires nets et bruts. Au Royaume-Uni, la valeur réelle de la prestation d'invalidité de longue durée a même baissé,

### Graphique 1.6. Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont augmenté en Australie et au Royaume-Uni mais diminué au Luxembourg

Taux de bénéficiaires de prestations en 1990-2005 et variations de ce taux par grande tranche d'âge (pourcentage)<sup>a)</sup>



a) Bénéficiaires : clients DSP (Australie); bénéficiaires de pensions permanentes et temporaires d'invalidité (Luxembourg); pension d'invalidité contributive et non contributive (Espagne); demandeur de prestations d'incapacité et d'allocations pour handicap grave, à l'exclusion de la prestation d'invalidité de courte durée à taux réduit (Royaume-Uni). Les données relatives à la population d'âge actif de l'Australie ont été ajustées pour tenir compte des reports de l'âge de la retraite pour les femmes. Les chiffres pour l'Espagne se rapportent aux personnes de 16 à 64 ans dans la partie A et la tranche d'âge 20-34 ans correspond à la tranche d'âge 15-34 ans dans la partie B. Pour le Royaume-Uni, les tranches d'âge sont 20-34 ans, 35-44 ans et 45-64 ans dans la partie B.

Source : Chiffres fournis par les autorités nationales : DEWR (Australie), IGSS (Luxembourg), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Estudios (Espagne), DWP (Royaume-Uni).

alors que les salaires nets et bruts ont augmenté de plus de 2 % par an entre 2000 et 2005. Cette baisse des niveaux de prestations s'explique par des changements à la fois des taux de prestation et de la composition de la population bénéficiaire.

On constate aussi des différences considérables de la valeur relative de la prestation d'invalidité moyenne selon les pays. Au Luxembourg et en Espagne, cette prestation moyenne vaut plus de la moitié du salaire net moyen et se situe aux environs du salaire minimum national. Dans les deux pays anglophones au contraire, le niveau relatif de la

**Tableau 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**

Taux moyens annuels de croissance de la prestation d'invalidité moyenne, du salaire brut et du salaire net (en valeurs réelles), 2000-2005<sup>a</sup>

	Taux de croissance annuel moyen <sup>b</sup> , 2000-2005			Prestation d'invalidité, 2005		
	Prestation d'invalidité	Salaire brut	Salaire net	% du salaire minimum	% du salaire brut	% du salaire net
Australie	2.5	2.6	3.2	45	22	28
Luxembourg	2.2	1.1	1.9	99	42	57
Espagne	2.0	0.3	0.2	118	41	52
Royaume-Uni	-1.2	2.4	2.1	45	16	21

a) Prestations considérées : DSP (Australie); pension d'invalidité temporaire et permanente (Luxembourg); pension d'invalidité permanente (Espagne); Incapacity Benefit de longue durée (Royaume-Uni); le salaire brut est celui de l'ouvrier moyen, le salaire net celui de l'ouvrier moyen (voir OCDE, 2007a).

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

Source : Données fournies par les autorités nationales; *Les impôts sur les salaires 2005-06; Perspectives économiques de l'OCDE.*

prestation d'invalidité moyenne est nettement inférieur : elle représente moins de la moitié du salaire minimum national, et respectivement 28 et 22 % du salaire net en Australie et au Royaume-Uni. Cela permet de penser que dans ces deux pays les obstacles au travail pour les personnes handicapées qui ne perçoivent que les prestations d'invalidité ne sont très probablement pas dus à des niveaux de prestations qui seraient trop proches des salaires (« trappe à prestations »), sauf si on prend également en compte d'autres prestations telles qu'allocations de logement ou de vie chère (chapitre 4).

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

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

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

Les enquêtes auprès des ménages estiment un nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité analogue à celui des registres administratifs (sauf au Royaume-Uni)<sup>14</sup> : environ 3-3.5 % en Espagne, et 5-8 % dans les autres pays (tableau 1.8). En revanche, les définitions « subjectives » basées sur l'autoévaluation donnent des taux d'invalidité beaucoup plus élevés : environ 18 % au Royaume-Uni et environ 12 % dans les trois autres pays. Cela dit, du fait des variations dans les questions posées, même pour la catégorie « autodéclarée » basée sur des définitions très similaires, les estimations peuvent varier d'une enquête à

Tableau 1.8. Perception d'une prestation et prévalence de l'invalidité : différentes définitions

Nombre de handicapés d'âge actif en pourcentage de la population en âge de travailler (2005 ou année la plus proche)<sup>a</sup>

	Invalidité définie administrativement		Invalidité autodéclarée		
	Bénéficiaires (registres)	Bénéficiaires (enquête nationale)	Définition liée à la santé (enquête nationale)	Définition liée à la santé (UE-EFT 2002)	Définition liée à la recherche d'emploi (UE-EFT)
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
Australie	5.7	5.8	12.0 (17.5)	–	–
Luxembourg	4.9	5.0	12.3 (21.3)	12.2	3.0
Espagne	3.5	3.1	11.7 (18.3)	9.1	4.6
Royaume-Uni	8.1	5.5	17.6	28.4	7.0

a) Sources et définitions : colonne (A) Australie : bénéficiaires du DSP (DEWR); Luxembourg : bénéficiaires d'une pension d'invalidité (IGSS); Espagne : pension d'invalidité contributive et non contributive (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Estudios); Royaume-Uni : bénéficiaires de l'IB et de la SDA, à l'exclusion de l'IB de courte durée à taux réduit. (DWP, Work and Pensions Longitudinal Study). Colonne (B) Australie : ABS, Disability, Ageing and Carers 2003, pension d'invalidité; Luxembourg : EU-SILC 2004, prestations maladie, invalidité et accidents du travail; Espagne : SILC 2004, prestations d'invalidité; Royaume-Uni : LFS 2006, bénéficiaires de l'IB, de la SDA ou de l'IS, avec prime d'invalidité. Colonne (C) Australie : ABS, Disability, Ageing and Carers 2003, limitation sévère + modérée/légère des actes essentiels (chiffres entre parenthèses : définition nationale, comprend les incapacités non essentielles pour la formation et l'emploi); Luxembourg et Espagne : SILC 2004, pathologie chronique et limitation des actes de la vie quotidienne d'une durée minimum de six mois (chiffres entre parenthèses : d'une durée minimum de six mois); Royaume-Uni : LFS 2006 (personnes à capacité réduite due à une pathologie d'une durée supérieure à un an). Colonne (D) EULFS 2002, module *ad hoc* sur l'emploi des personnes handicapées : existence d'une pathologie ou d'un handicap de longue durée. Colonne (E) EULFS 2005 (2004 pour le Luxembourg et le Royaume-Uni) : personnes qui ne cherchent pas de travail pour cause de maladie/handicap.

l'autre, comme on le voit lorsqu'on compare les résultats pour le Royaume-Uni qui figurent en colonne C (basés sur la LFS nationale) et D (basés sur l'EULFS). Enfin, les estimations du nombre de personnes qui ne cherchent pas de travail pour cause de maladie ou de handicap varient entre 3 % au Luxembourg et 7 % au Royaume-Uni.

### B. Erreurs d'exclusion et d'inclusion

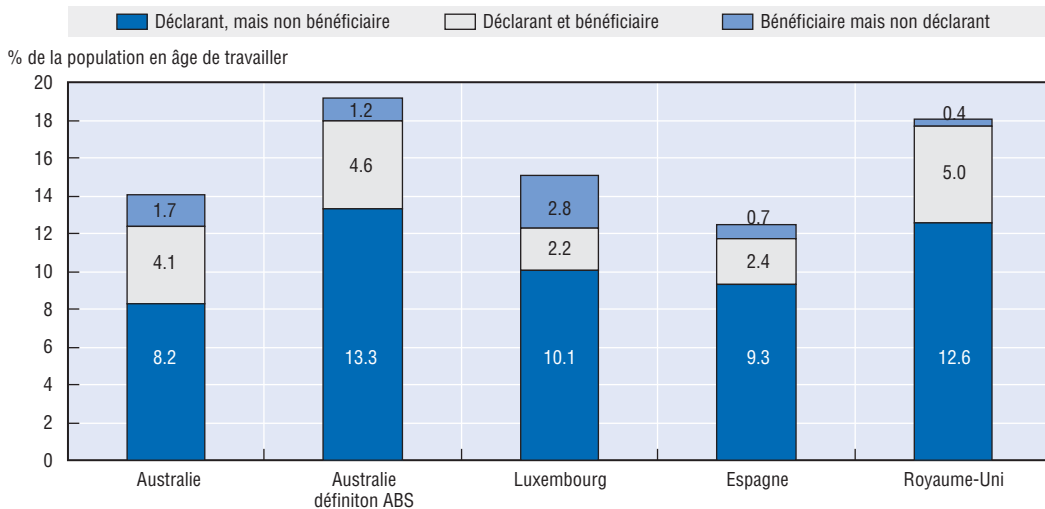
Parmi les personnes qui se considèrent « handicapées », beaucoup ne demandent ou ne perçoivent pas de prestations d'invalidité. Elles restent « exclues » du régime de prestation, soit parce qu'elles travaillent et/ou ont des ressources suffisantes, par exemple du fait d'autres membres du ménage (question centrale dans les régimes soumis à conditions de ressources du ménage comme en Australie ou au Royaume-Uni), soit à cause d'erreurs d'exclusion quasi réelles ou réelles – parce que ces personnes ne sont pas suffisamment handicapées pour prétendre à une prestation d'invalidité, ou parce qu'elles n'ont jamais demandé cette prestation, faute d'information ou par honte. En même temps, un certain nombre de personnes peuvent être « incluses » dans le régime de prestations qui ne se considèrent pas comme « handicapées » même si apparemment elles remplissent les critères d'admissibilité à ce régime.

Le graphique 1.7 présente plus en détail le recouvrement entre ces catégories de population. La hauteur totale des barres indique le pourcentage possible de personnes handicapées – c'est-à-dire, les personnes qui se déclarent handicapées ou les bénéficiaires de prestations d'invalidité, ou les deux. Cela représente environ 12 à 15 % de la population d'âge actif en Australie, au Luxembourg et en Espagne, et 18 % au Royaume-Uni. Si l'on considérait la définition nationale de l'invalidité pour l'Australie, qui englobe non seulement les handicaps « essentiels » mais aussi les handicaps non essentiels vis-à-vis de



### Graphique 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

Recouvrement entre invalidité autodéclarée et bénéficiaires de prestations d'invalidité<sup>a</sup>, 2005 (ou proche)



a) Les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont les bénéficiaires du DSP (Australie); de la prestation maladie, invalidité et accidents du travail (Luxembourg); des prestations d'invalidité (Espagne); des prestations d'incapacité, de handicap grave ou de revenu minimum avec prime pour handicap (Royaume-Uni).

Source : SDAC 2003 (Australie); LFS 2006 (Royaume-Uni); et EU-SILC 2004 (Espagne et Luxembourg).

la scolarité et de l'emploi, la proportion y atteindrait aussi 19 %<sup>15</sup>. Les barres intermédiaires indiquent le recouvrement entre les différentes définitions de l'invalidité, c'est-à-dire les personnes qui se considèrent « handicapées » et qui figurent parmi les bénéficiaires de prestations d'invalidité. Cela représente entre 2 % (Luxembourg et Espagne) et 4 à 5 % (Australie et Royaume-Uni) de la population d'âge actif et une proportion mineure – moins d'un tiers – du « potentiel d'invalidité » total.

Le graphique 1.7 donne une première indication de l'importance des erreurs « d'inclusion » et « d'exclusion » : les personnes prises en compte par le régime d'invalidité qui ne se déclarent pas comme telles d'une part (partie haute des barres) et les personnes qui ont des handicaps mais ne perçoivent pas de prestations de l'autre (partie basse des barres). À première vue, dans les quatre pays les erreurs d'inclusion semblent beaucoup moins importantes que les erreurs d'exclusion. Leur importance diffère cependant beaucoup d'un pays à l'autre : moins d'un dixième des bénéficiaires de prestations d'invalidité ne déclarent pas de handicap au Royaume-Uni, mais 24 à 29 % en Australie et en Espagne et plus de la moitié au Luxembourg. Au contraire, l'erreur possible d'exclusion représente environ 70 % en Australie et au Royaume-Uni et 80 % au Luxembourg et en Espagne, c'est-à-dire qu'une grande majorité de personnes qui se considèrent handicapées ne perçoivent pas de prestations d'invalidité.

Pour l'Espagne, ces résultats sont confirmés par d'autres sources et définitions, qui concernent les personnes qui en 2004 ont demandé un « certificat officiel d'invalidité » : 77 % des personnes titulaires d'un certificat officiel ne perçoivent pas de prestations d'invalidité et à peine 3 % des personnes qui n'ont pas ce certificat ont accès aux prestations (tableau établi par l'université de Madrid, par rapprochement entre les données INSS et IMSERSO).

Ces indicateurs synthétiques rendent compte de l'importance des exclusions du régime d'invalidité en général, mais pas nécessairement des « erreurs d'exclusion ». Les personnes handicapées peuvent être couvertes par d'autres prestations sociales ou avoir un salaire qui les empêche de bénéficier des prestations d'invalidité. Le tableau 1.9 présente donc deux estimations supplémentaires des erreurs d'exclusion, à savoir la proportion des personnes handicapées qui ne perçoivent aucune prestation sociale publique et, parmi celles-ci les personnes sans emploi<sup>16</sup>.

**Tableau 1.9. Les erreurs d'exclusion sont plus élevées dans les pays d'Europe continentale**

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

Statut d'invalidité			Distribution, en pourcentages				
			Hommes	Femmes	20-34 ans	35-49 ans	50-64 ans
Australie	Total personnes handicapées autodéclarées	100	48	52	16	31	53
	<i>dont :</i>						
	– sans prestation d'invalidité	68	43	57	17	34	49
	– sans aucune prestation	43	49	51	16	36	47
	– sans aucune prestation et sans emploi	11	34	66	12	29	59
Luxembourg	Total personnes handicapées autodéclarées	100	..	..	..	..	..
	<i>dont :</i>						
	– sans prestation d'invalidité	82	..	..	..	..	..
	– sans aucune prestation	66	..	..	..	..	..
	– sans aucune prestation et sans emploi	20	..	..	..	..	..
Espagne	Total personnes handicapées autodéclarées	100	48	52	18	31	51
	<i>dont :</i>						
	– sans prestation d'invalidité	80	43	57	19	31	50
	– sans aucune prestation	44	36	64	22	31	47
	– sans aucune prestation et sans emploi	16	..	..	..	..	..
Royaume-Uni	Total personnes handicapées autodéclarées	100	46	54	16	33	51
	<i>dont :</i>						
	– sans prestation d'invalidité	71	42	58	17	33	50
	– sans aucune prestation	51	49	51	17	36	46
	– sans aucune prestation et sans emploi	11	38	62	17	24	59

Source : SDAC 2003 (Australie); LFS 2006 (Royaume-Uni); et EU-SILC 2004 (Espagne et Luxembourg).

La proportion de personnes handicapées qui n'ont accès à aucune prestation sociale publique est de 43 à 51 % en Australie, en Espagne et au Royaume-Uni, mais de 66 % au Luxembourg. Si l'on considère la définition la plus stricte – à savoir les personnes qui n'ont ni prestation, ni emploi – l'erreur d'exclusion tombe à 11 % dans les deux pays anglophones, 16 % en Espagne et 20 % au Luxembourg. D'une façon générale, lorsqu'on applique les définitions les plus strictes de l'erreur d'exclusion, les personnes exclues sont essentiellement des femmes et des personnes âgées.

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

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

décennies à venir; l'une des solutions parfois envisagées consiste à mobiliser le potentiel de main-d'œuvre sous-utilisé parmi les travailleurs âgés et les travailleurs handicapés.

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

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

À lui seul, le changement démographique (courbe en pointillés du graphique 1.8) aurait eu pour effet d'augmenter de façon continue depuis dix ans les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans tous les pays : d'environ 10 % au Royaume-Uni, 20 % en Espagne, 30 % en Australie et 40 % au Luxembourg. Or, l'évolution a été très différente d'un pays à l'autre (courbe continue du graphique 1.8). En Australie, environ la moitié de la hausse du nombre de bénéficiaires observés entre 1995 et 2005 a été due à un changement de la structure par âge de la population, c'est-à-dire à un accroissement de la proportion de travailleurs âgés, pour qui le risque de devenir handicapé est plus élevé. L'autre moitié s'explique par la hausse du taux de bénéficiaires lui-même.

Au Royaume-Uni, la quasi-totalité de l'augmentation est due au vieillissement de la population, même si cela correspond à une plus forte augmentation réelle durant les sept premières années et à une réduction de l'écart depuis 2001. En Espagne et surtout au Luxembourg, le schéma est très différent : le vieillissement de la population aurait eu pour effet d'accroître le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité plus que ce que montrent les chiffres réels. Au Luxembourg, les effectifs réels ont même diminué de 6 %, ce qui veut dire que la baisse, déjà substantielle, aurait été encore plus importante en l'absence du vieillissement de la population.

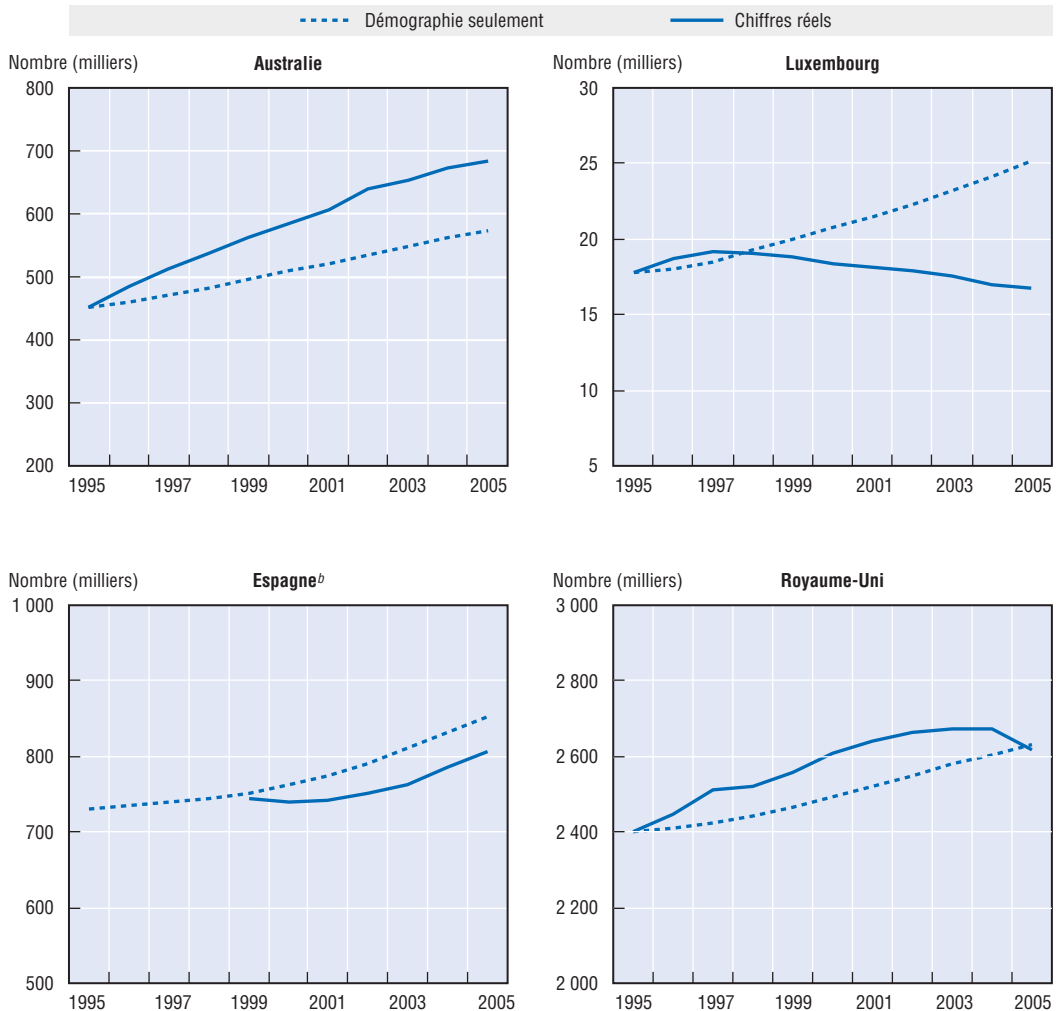
### **B. Les défis de la démographie pour les politiques de l'invalidité des prochaines décennies**

Une autre question qui se pose est de savoir comment les taux et les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité évolueront dans les décennies à venir, du fait du vieillissement futur de la population, toutes choses égales par ailleurs. À partir des projections nationales de la population<sup>17</sup>, il est possible d'estimer les tendances futures du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité, en supposant encore une fois constants les taux de bénéficiaires par âge et par sexe à partir de 2005.

Les résultats de ces projections sont récapitulés au tableau 1.10. Sur très longue période, c'est-à-dire d'ici 2050, le nombre de bénéficiaires croîtrait d'un tiers en Australie et de moitié au Luxembourg, mais resterait à peu près constant en Espagne et au Royaume-Uni<sup>18</sup>. De même, la taille de la population handicapée autodéclarée augmenterait d'un tiers en Australie et au Luxembourg et de 10 % au Royaume-Uni mais diminuerait en Espagne. Globalement, par conséquent, la pression démographique sur les politiques de l'invalidité pourrait être beaucoup plus importante en Australie et au Luxembourg qu'en Espagne et au Royaume-Uni.

### Graphique 1.8. L'évolution récente des effectifs de bénéficiaires n'est qu'en partie due au vieillissement de la population

Nombre de bénéficiaires 1995-2005, réel et estimé, sur la base des taux de bénéficiaires de 1995<sup>a</sup>



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

b) Les données se réfèrent uniquement à la pension contributive.

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

L'impact purement démographique sur le nombre de personnes handicapées varie selon la période dans chacun des quatre pays. En Australie, les effectifs aussi bien des allocataires que des autodéclarés augmentent et régulièrement sur toute la période. Au Luxembourg, ils augmentent de façon beaucoup plus marquée dans les vingt premières années, mais restent ensuite constants pendant les quinze années suivantes. Les chiffres repartiraient toutefois à la hausse vers 2040.

En Espagne, les projections de la population montrent également une hausse spectaculaire, mais seulement pendant les vingt prochaines années : les effectifs de bénéficiaires augmenteraient fortement, pour dépasser un million dans les années 2020. Cependant, contrairement au Luxembourg, à partir de 2030, ces chiffres s'abaissent

**Tableau 1.10. Le vieillissement de la population aura une incidence plus forte sur l'évolution du nombre de bénéficiaires en Australie et au Luxembourg**

Projections du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité et de personnes handicapées autodéclarées, 2005-2050<sup>a</sup> (en milliers)

	Australie		Luxembourg		Espagne		Royaume-Uni <sup>b</sup>	
	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées	Bénéficiaires de prestations d'invalidité	Personnes handicapées autodéclarées
2005	683	1 508	17.1	34.7	808	5 057	2 755	6 236
2010	749	1 639	19.4	37.5	899	5 378	2 848	6 490
2015	785	1 717	21.5	39.7	974	5 575	2 890	6 552
2020	820	1 779	23.6	41.4	1 059	5 714	2 961	6 741
2025	841	1 827	24.8	42.1	1 113	5 747	2 976	6 819
2030	853	1 848	24.4	41.9	1 123	5 657	2 922	6 707
2035	873	1 890	23.2	41.7	1 088	5 375	2 880	6 577
2040	883	1 914	23.0	42.5	996	4 946	2 906	6 613
2045	909	1 962	24.1	44.2	869	4 501	2 959	6 767
2050	920	1 982	25.6	45.9	800	4 242	2 952	6 790

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

b) Les chiffres se rapportent au Royaume-Uni, raison pour laquelle les effectifs de bénéficiaires diffèrent légèrement de ceux cités ailleurs.

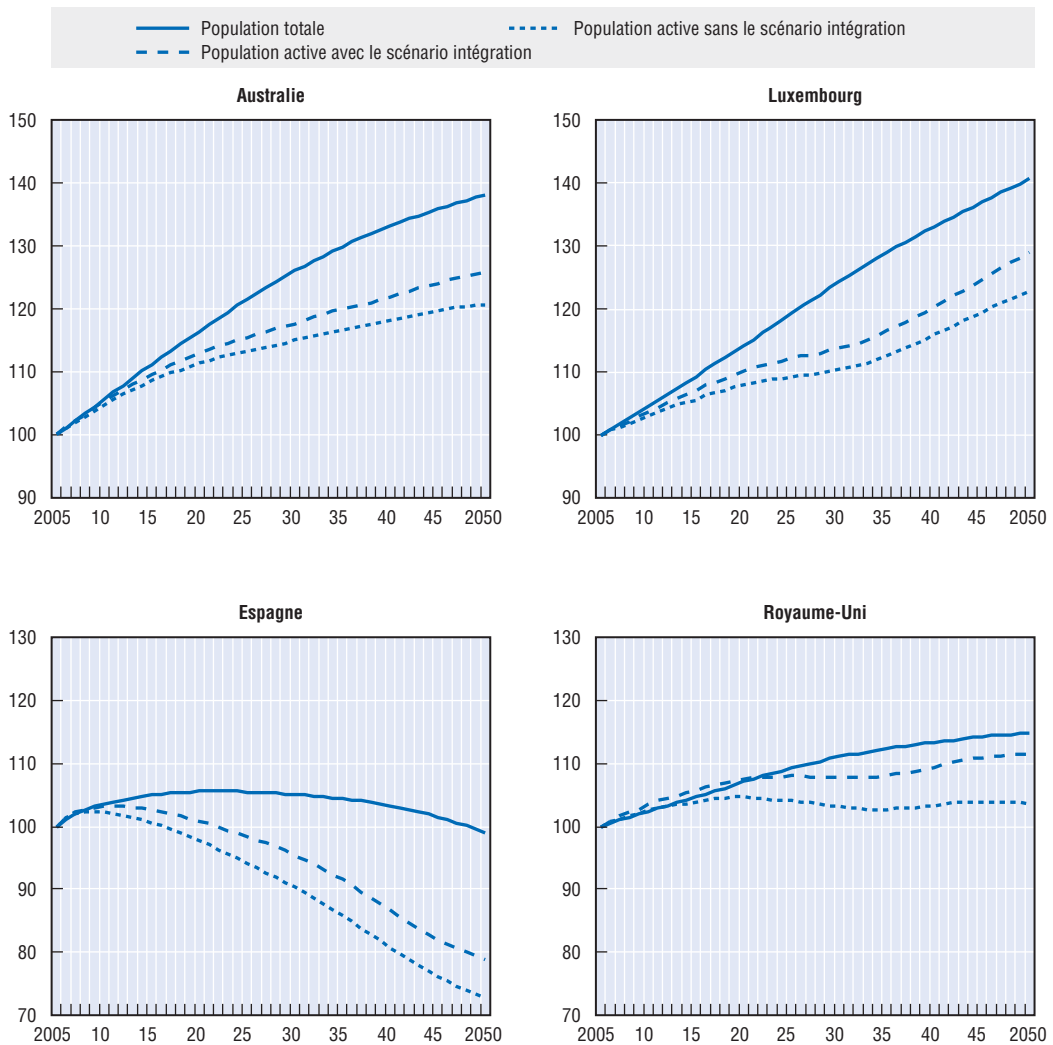
Source : Projections de l'OCDE d'après sa base de données sur la population et les chiffres des bénéficiaires fournis par les administrations nationales de la sécurité sociale.

régulièrement, comme les courbes démographiques. Pour le Royaume-Uni, le tableau est encore différent : les taux de bénéficiaires et de prévalence augmentent beaucoup plus lentement dans les dix à vingt années qui viennent puis restent à peu près stables.

Si l'on applique aux projections de la population et de la population active des objectifs spécifiques d'insertion sur le marché du travail, on peut en tirer quelques indications sur l'impact possible d'une mobilisation du potentiel de main-d'œuvre parmi les personnes handicapées. C'est ce que fait le graphique 1.9 qui compare les projections de la population active totale (courbes en pointillés larges, sur la base des projections de la population évoquées plus haut) aux projections de la population active augmentées des estimations du nombre de personnes handicapées prenant un emploi (courbes en pointillés courts). Le scénario suppose, à titre d'exemple, que les quatre pays auront réussi d'ici 2025 à insérer dans la population active un certain pourcentage par âge et par sexe d'inactifs handicapés qui correspond au pourcentage moyen de personnes handicapées souhaitant travailler (tableau 1.4), puis à doubler ce pourcentage d'ici 2050. Le pourcentage de personnes qui souhaitent travailler étant très différent d'un pays à l'autre, le scénario prend comme base pour les quatre pays la moyenne européenne par tranche d'âge et par sexe. Il suppose par exemple que dans chaque pays 29.7 % des hommes handicapés inactifs de 20 à 34 ans deviendront actifs d'ici 2025 et 29.7 autres pour cent entre 2025 et 2050, selon une progression annuelle à partir de 2005.

Le graphique 1.9 montre que l'insertion professionnelle de toutes les personnes qui souhaiteraient travailler aurait des effets substantiels sur l'offre de main-d'œuvre, même s'ils restent nettement insuffisants pour faire face aux pénuries éventuelles. D'ici 2050, en Australie, au Luxembourg et en Espagne, le scénario optimiste de la population active donnerait des projections d'environ 5 points supérieures à celles du scénario de population active constante. Cela ne comblerait cependant qu'environ un quart à un tiers du déficit par rapport à la croissance de la population globale. Au Royaume-Uni seulement – où la croissance

Graphique 1.9. **Projections de la population et de la population active 2005-2050**  
Population active selon un scénario purement démographique et un scénario de réforme<sup>a</sup> (2005 = 100)



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

Source : OCDE (2006a), données fournies par les autorités nationales; Base de données de l'OCDE sur la population; tableau 1.4.

projetée de la population active n'est inférieure que de 10 points à la croissance de la population – le scénario d'insertion sur le marché du travail réduirait sensiblement le déficit.

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

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

Comme on l'a vu plus haut, l'invalidité autodéclarée (« prévalence de l'invalidité ») concerne 18 % de la population d'âge actif au Royaume-Uni et environ 12 % dans les trois autres pays. Si en Australie et en Espagne dans la période récente ce pourcentage est resté pratiquement inchangé, au Royaume-Uni, il a augmenté de 3 points entre 1998 et 2006 (tableau 1.11). (On ne dispose d'aucune donnée de tendance pour le Luxembourg.)

Tableau 1.11. **La prévalence de l'invalidité augmente avec l'âge et diminue avec le niveau d'études**

Tendances de l'invalidité autodéclarée par sexe, par tranche d'âge et par niveau d'études, diverses années

		Total (20-64)	Sexe		Tranche d'âge			Niveau d'études		
			Hommes	Femmes	20-34	35-49	50-64	Inférieur au secondaire	Deuxième cycle du secondaire	Supérieur
		Taux de prévalence	Prévalence relative (taux de prévalence global = 100)							
Australie	1998	12.8	101	100	49	92	191	163	77	50
	2003	12.0	96	104	43	87	194	159	82	64
Luxembourg	2004	12.3	117	83	42	96	175	142	91	50
Espagne	1995	12.1	94	106	33	77	229	..	..	..
	2004	11.7	94	106	47	87	199	147	58	49
Royaume-Uni	1998	14.6	100	100	53	91	183	128	69	44
	2006	17.6	94	106	50	88	167	134	76	49

Source : Voir tableau 1.10, colonne C.

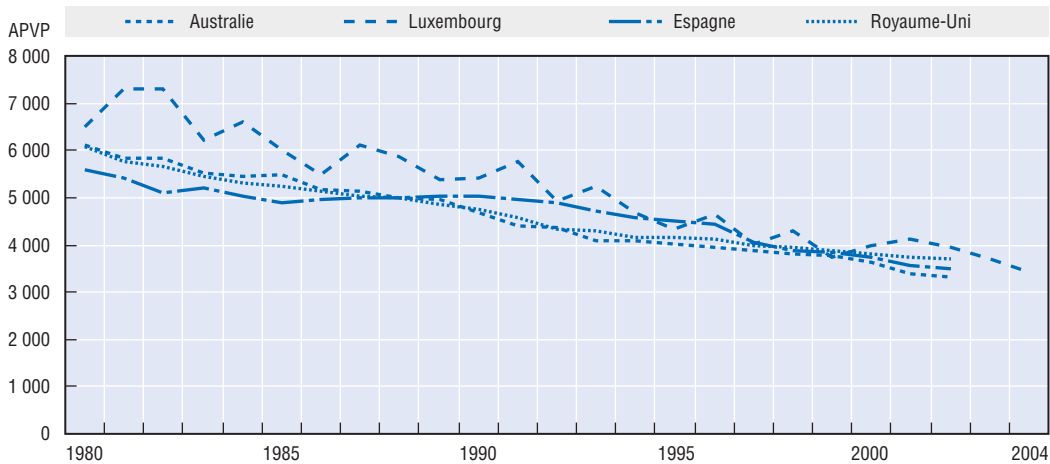
Les écarts de prévalence de l'invalidité autodéclarée entre hommes et femmes sont relativement faibles. À la date la plus récente, l'invalidité est légèrement plus fréquente chez les femmes en Australie, en Espagne et au Royaume-Uni – comme dans une majorité de pays de l'OCDE (OCDE, 2003) – mais beaucoup plus courante chez les hommes au Luxembourg. Le différentiel selon l'âge est beaucoup plus marqué, la prévalence augmentant progressivement avec l'âge dans les quatre pays, surtout en Australie et en Espagne. Le niveau d'études est négativement corrélé avec la prévalence de l'invalidité, mais dans les quatre pays le facteur âge semble avoir plus d'importance que le facteur niveau d'instruction.

L'importance et la persistance de ces effectifs de handicapés autodéclarés sont à replacer dans le contexte de l'amélioration de l'état de santé « objectif » de la population, dont l'un des indicateurs est le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP), mesure synthétique de la mortalité prématurée qui offre un moyen explicite de pondérer les décès survenant à des âges relativement jeunes et qui sont, a priori, évitables. Dans les quatre pays, cet indicateur a sensiblement baissé, de 40 à 50 % depuis 1980 et de 20 à 30 % depuis 1990 (graphique 1.10).

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

## **B. Les exigences du marché du travail et la santé**

La restructuration actuelle du marché du travail dans les sociétés post-industrielles en a profondément changé les conditions. Dans un contexte d'augmentation continue de l'efficacité et de la compétitivité, les emplois de base à caractère permanent se font semblent-il de plus en plus rares, tandis que la charge de travail, les pressions professionnelles et l'insécurité de l'emploi s'accroissent. Ces facteurs peuvent affecter la prévalence de la maladie et de l'invalidité par deux biais : premièrement, les emplois dits « de niche » se

Graphique 1.10. **L'état de santé s'améliore régulièrement dans les quatre pays**Années potentielles de vie perdues avant 70 ans, pour 100 000 habitants, 1980-2004<sup>a</sup>

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

Source : Eco-Santé OCDE 2006.

raréfient, et avec eux les débouchés professionnels pour les personnes dont la capacité de travail est réduite en raison de problèmes de santé ou d'un handicap. Deuxièmement, l'intensification des pressions au travail et la perte de satisfaction professionnelle peuvent elles-mêmes provoquer des problèmes de santé et déboucher sur l'invalidité.

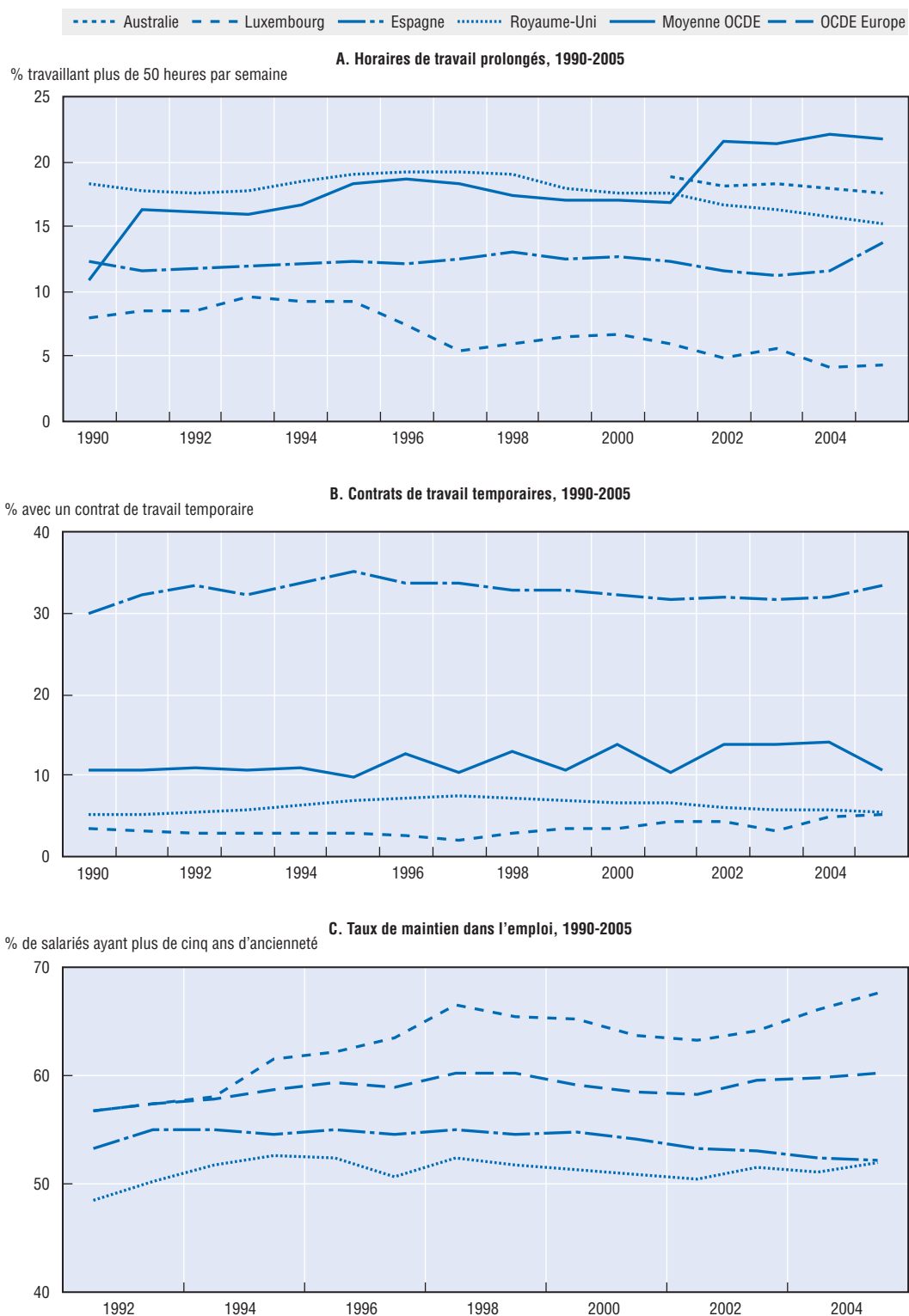
L'impact de la restructuration du marché du travail sur les pressions qui s'exercent effectivement sur les salariés est difficile à mesurer, et les indicateurs *objectifs* dont on dispose ne sont pas concluants (graphique 1.11). Ainsi, l'allongement des horaires de travail (indicateurs de la charge de travail) a été assez faible dans les quatre pays. La proportion de contrats de travail temporaire – utilisée comme indicateur des emplois atypiques et de l'insécurité de l'emploi – est elle aussi restée assez stable dans les quatre pays, comme dans l'ensemble de la zone de l'OCDE. La stabilité de l'emploi, mesurée par les taux de maintien dans l'emploi sur cinq ans, a augmenté au Luxembourg et est restée très stable en Espagne et au Royaume-Uni – même si dans ces deux derniers pays les niveaux sont inférieurs à ceux de la zone européenne de l'OCDE.

Les données comparatives sur les niveaux et les tendances des conditions de travail et exigences *ressenties* dans les pays de l'UE semblent indiquer que l'intensité a pu en effet augmenter. Le tableau 1.12 présente plusieurs indicateurs des conditions de travail ressenties : exigences cognitives (1.a et 1.b), autonomie (2.a et 2.b), intensité de travail (3.a et 3.b) et satisfaction au travail (4). Ni les exigences du travail en termes de complexité des tâches, ni l'autonomie en termes de choix de l'ordre des tâches et du rythme de travail n'ont beaucoup changé. En revanche, l'intensité de travail a fortement augmenté au Luxembourg et en Espagne, comme à la moyenne de l'Union européenne. C'est moins le cas au Royaume-Uni, où travailler avec des délais serrés (3.b) est déjà beaucoup plus généralisé que dans les deux autres pays et dans l'ensemble de l'Union européenne.

Ce constat est important car l'intensité de travail paraît être l'un des facteurs clés du stress dans l'emploi. Les personnes qui travaillent dans des conditions où l'intensité de travail est élevée font état de niveaux de stress qui sont presque le double de ceux des personnes qui ne sont pas obligées de travailler à grande cadence ou de respecter des



Graphique 1.11. **S'agissant de l'évolution de l'environnement de travail, les données ne sont pas concluantes**



Sources : Partie A : Base de données de l'OCDE sur les temps de travail; partie B : Base de données de l'OCDE sur le travail temporaire; partie C : Base de données de l'OCDE sur l'ancienneté dans l'emploi.

**Tableau 1.12. Les niveaux de l'intensité de travail ressentie augmentent dans les pays européens**

Pourcentage de travailleurs déclarant des conditions de travail particulières en 2005 et évolution depuis 1995<sup>a</sup>

		Luxembourg		Espagne		Royaume-Uni		UE-15	
		Niveau	Tendance	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance	Niveau	Tendance
1.a	L'emploi principal comporte des tâches complexes	1995	64 =	39 =	56 -	60 =			
1.b	L'emploi principal implique d'apprendre des choses nouvelles	1995	76 =	59 -	69 -	74 =			
2.a	Possibilité de choisir/changer l'ordre des tâches	1995	70 =	64 =	66 -	69 =			
2.b	Possibilité de choisir/changer le rythme de travail	1995	75 +	65 =	69 -	71 =			
3.a	L'emploi demande de travailler très rapidement	1995	23 +++	23 +++	19 =	26 +++			
3.b	L'emploi implique de respecter des délais stricts	1995	25 +++	23 +++	36 +	28 +++			
4.	Satisfait des conditions de travail	1995	86 -	81 =	92 +	84 =			

a) Les niveaux se rapportent à 2005. Les tendances se rapportent aux variations des pourcentages observées entre 1995 et 2000. « +++ » indique une augmentation de plus de 20 % ; « + » une augmentation située entre 5 et 20 % ; « = » une variation située entre -5 et +5 % ; « - » une diminution de plus de 5 % ; « — » une diminution de plus de 20 %.

Source : Calculs du Secrétariat de l'OCDE basés sur diverses vagues de l'Enquête européenne sur les conditions de travail effectuée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2007a).

**Tableau 1.13. Les niveaux perçus de stress au travail varient beaucoup selon l'intensité du travail et la satisfaction au travail**

Proportion de répondants déclarant un stress au travail, selon les conditions de travail, 2005<sup>a</sup>

	Luxembourg	Espagne	Royaume-Uni	UE-15
En général	30	19	12	25
Selon que l'emploi principal comporte des tâches complexes				
Oui	30	28	16	29
Non	28	13	7	19
Selon que l'emploi principal implique d'apprendre des choses nouvelles				
Oui	28	24	15	26
Non	34	12	6	21
Selon la possibilité de choisir/changer l'ordre des tâches				
Oui	26	19	12	24
Non	38	18	13	27
Selon la possibilité de choisir/changer le rythme de travail				
Oui	27	20	12	24
Non	39	17	12	28
Selon que l'emploi demande de travailler très rapidement				
Oui	44	33	18	36
Non	25	15	10	21
Selon que l'emploi implique de respecter des délais stricts				
Oui	42	31	20	37
Non	25	15	8	20
Selon que le répondant est satisfait de ses conditions de travail				
Oui	25	16	9	20
Non	60	31	44	51

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

Source : Calculs du Secrétariat de l'OCDE basés sur la 4<sup>e</sup> Enquête européenne (2005) sur les conditions de travail menée par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.

délais serrés (tableau 1.13). Le seul autre élément qui apparaît comme aussi important, voire plus, pour le niveau perçu de stress professionnel est la satisfaction au travail : dans l'ensemble de l'Union européenne, un travailleur sur deux qui n'est pas satisfait des conditions de travail dans son emploi principal fait état de stress au travail, et pour les trois pays considérés, les chiffres se situent entre 30 % en Espagne et 60 % au Luxembourg<sup>19</sup>.

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

## 1.7. Conclusion

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

### **Situation économique et professionnelle des personnes handicapées**

- Alors que les indicateurs macroéconomiques sont très favorables dans les quatre pays examinés, la situation de l'emploi des personnes handicapées est décevante. Seuls un tiers (Espagne) à la moitié d'entre elles (Luxembourg) ont un emploi.
- Les taux d'emploi des personnes handicapées ont néanmoins augmenté ces dernières années plus vite que ceux de l'ensemble de la population d'âge actif dans trois pays : Luxembourg, Espagne et Royaume-Uni.
- Le chômage est plus élevé parmi les personnes handicapées et il a augmenté au Luxembourg et en Espagne.
- Depuis cinq ans, les prestations d'invalidité ont en moyenne augmenté plus vite que le salaire moyen au Luxembourg et en Espagne, mais moins vite en Australie et au Royaume-Uni. En 2005, les prestations moyennes ont représenté 50 à 60 % du salaire net moyen au Luxembourg et en Espagne, mais seulement environ 20 à 30 % en Australie et au Royaume-Uni.
- Si l'on tient compte de toutes les sources de revenu : emploi, transferts sociaux et revenu des autres membres du ménage, les niveaux moyens de revenu des personnes handicapées se situent autour de 70 % de ceux des personnes valides en Australie et au Royaume-Uni, mais près de 90 % au Luxembourg et en Espagne.
- Les risques de pauvreté relative des personnes handicapées – définis par l'incidence des bas revenus – sont relativement modérés au Luxembourg, élevés en Espagne et au Royaume-Uni, et extrêmement élevés en Australie. Qui plus est, ces risques ont augmenté en Australie et au Royaume-Uni ces dernières années.
- L'emploi est le facteur le plus important de réduction des risques de pauvreté chez les personnes handicapées. En revanche, le chômage – beaucoup plus que l'inactivité – multiplie ces risques.

### **Coûts de l'invalidité**

- En 2005, les dépenses de prestations d'invalidité ont représenté 1.1-1.2 % du PIB en Australie et en Espagne et 1.5-1.7 % au Luxembourg et au Royaume-Uni, et la tendance était à la baisse.
- Si l'on y ajoute les dépenses d'indemnisation de la maladie et des accidents du travail et les services correspondants, la dépense publique totale relative aux régimes liés à une incapacité atteint 2.5 % du PIB en Australie, en Espagne et au Royaume-Uni, et 3.6 % au Luxembourg, ce qui fait que les dépenses liées à l'incapacité sont beaucoup plus élevées que les dépenses liées au chômage (sauf en Espagne).
- Le taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité dans la population d'âge actif est de 3.5 % en Espagne, 5 à 6 % en Australie et au Luxembourg (à peu près la moyenne de l'OCDE pour la fin de la décennie 90) et 8 % au Royaume-Uni. C'est en Espagne que les absences pour maladie sont les plus importantes et en Australie qu'elles sont les plus faibles.
- En Australie et au Royaume-Uni, les taux de bénéficiaires ont beaucoup augmenté, surtout dans les années 90. En revanche, ils ont sensiblement diminué au Luxembourg depuis 1997 ; en Espagne, ils sont restés stables. Dans les quatre pays les variations de ces taux depuis dix ans sont essentiellement le fait des tranches d'âge les plus jeunes.
- Moins d'une personne sur dix qui perçoit une prestation d'invalidité ne se considère pas comme ayant une incapacité au Royaume-Uni, comparé à un tiers des bénéficiaires en Australie et en Espagne et plus de la moitié au Luxembourg. En revanche, dans les quatre pays, 70 à 80 % des personnes qui se considèrent handicapées ne perçoivent pas de prestations d'invalidité.
- La proportion des personnes qui n'ont ni prestations ni emploi est de 11 % des handicapés autodéclarés en Australie et au Royaume-Uni, 16 % en Espagne et 20 % au Luxembourg. Il s'agit principalement de femmes et de personnes âgées.

### **L'impact des facteurs exogènes**

- Durant la dernière décennie, l'évolution du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité au Royaume-Uni a été fortement influencée par le vieillissement démographique, tandis qu'en Australie le vieillissement est à l'origine de la moitié seulement de la hausse du nombre de bénéficiaires. Au Luxembourg et en Espagne, bien que les pressions démographiques soient similaires, l'évolution des effectifs de bénéficiaires s'est au contraire inscrite à la baisse.
- Si l'on suppose constants les taux de prévalence et de bénéficiaires par âge et par sexe, les projections démographiques sur les 40 ans qui viennent donnent à penser que la pression démographique sur les politiques de l'invalidité va être beaucoup plus forte en Australie et au Luxembourg qu'en Espagne et au Royaume-Uni.
- Si 42 % des inactifs handicapés étaient intégrés dans l'emploi dans les 45 ans qui viennent (c'est-à-dire deux fois le pourcentage pour l'ensemble de l'Union européenne des personnes qui disent souhaiter travailler), cela ne réduirait l'écart entre la population active projetée et la croissance de la population totale que d'un tiers, sauf au Royaume-Uni où ce scénario comblerait une bonne partie de l'écart.
- Le durcissement des exigences du marché du travail peut contribuer à accroître le phénomène de l'invalidité. Mais l'importance de ce facteur dans l'augmentation des taux de bénéficiaires des régimes d'invalidité apparaît variable. Depuis dix ans, l'intensité de travail perçue, déterminant clé du stress ressenti, a sensiblement augmenté au Luxembourg et en Espagne.

## Notes

1. La plupart des chiffres de cette étude concernent uniquement la Grande-Bretagne, à l'exclusion de l'Irlande du nord.
2. Le chiffre le plus élevé au Royaume-Uni s'explique probablement en partie par des différences culturelles, ou peut-être par une différence d'interprétation des questions de l'enquête par les personnes interrogées. On constate aussi des taux élevés de prévalence de l'invalidité, notamment dans les pays scandinaves.
3. Ces chiffres de l'emploi correspondent à des autodéclarations d'invalidité dans le cadre des enquêtes auprès des ménages, en réponse à des questions standardisées sur l'état de santé. Toutes ces personnes ne demandent ni ne perçoivent de prestations d'invalidité – en fait, elles ne sont qu'une minorité (section 1.4). Les taux d'emploi des bénéficiaires de prestations d'invalidité sont beaucoup plus bas : entre 5 % au Royaume-Uni et 18 % en Australie et au Luxembourg, et 25 % en Espagne (chapitre 3).
4. D'une façon générale, la hausse du taux de chômage des personnes handicapées est un indicateur de l'accroissement de leur désavantage sur le marché du travail. Cependant, elle peut aussi indiquer qu'un plus grand nombre de personnes handicapées inactives deviennent économiquement actives en recherchant du travail.
5. Les grandes différences de pourcentage entre les pays tiennent en partie aux différences de structure par âge des bénéficiaires de prestations de l'invalidité, ceux-ci étant relativement jeunes au Royaume-Uni et beaucoup plus âgés – proches de l'âge de la retraite et par conséquent moins susceptibles de vouloir travailler – particulièrement au Luxembourg.
6. C'est-à-dire le revenu du ménage par personne handicapée, où le revenu est ajusté en fonction de la taille du ménage avec une élasticité d'équivalence de 0.5. Autrement dit, le revenu total du ménage est divisé par la racine carrée de sa taille, ce qui implique par exemple que le revenu d'un ménage de quatre personnes est considéré comme « équivalent » à celui de deux ménages d'une seule personne.
7. Contrairement aux trois autres pays et à ceux étudiés dans OCDE (2006b), les chiffres officiels de l'Australie ont été fournis seulement sur la base du revenu brut et non du revenu disponible (net), ce qui en limite la comparabilité. Une analyse sur la base des chiffres du Luxembourg pour 2004, qui sont disponibles à la fois sur la base du revenu brut et du revenu net, montre que cela influe sur les indicateurs absolus et non sur les indicateurs relatifs. Sur la base du revenu brut, le revenu moyen total des personnes handicapées serait plus élevé de 28 %, mais les niveaux de revenu relatifs (c'est-à-dire par rapport aux personnes valides) resteraient pratiquement inchangés, et ceci vaut pour les sous-catégories de situation au regard du marché du travail et de gravité du handicap. Des données supplémentaires sur les revenus nets pour l'Australie sont aussi fournies par l'enquête HILDA 2005 : d'après ces données, le niveau de revenu relatif des personnes handicapées par rapport aux personnes valides serait de 78 % (calculs fournis par Mark Pearson, OCDE).
8. Pour les pays pour lesquels les chiffres sont disponibles (Australie, Luxembourg, Espagne), les revenus des personnes présentant un handicap lourd sont inférieurs de 5 à 10 points par rapport à celles dont le handicap est modéré.
9. Si l'on tient compte de ces surcoûts dans le concept de revenu, l'incidence des bas revenus parmi les personnes handicapées d'âge actif (moins de 60 % du revenu médian) serait nettement plus élevée, et se situerait plus près de 45 % que des 30 % obtenus avec la mesure « classique ».
10. Les plafonds des 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> déciles en Australie correspondent respectivement à environ un quart, un tiers et la moitié du salaire moyen. Les chiffres correspondants pour le Luxembourg sont de 43 %, 55 % et 65 % du salaire moyen (OCDE, 2007a).
11. Le seuil de 50 % du revenu médian est souvent utilisé dans les études de l'OCDE et les autres comparaisons internationales pour mesurer la pauvreté monétaire relative. Le seuil de 60 % est utilisé par l'Union européenne pour mesurer le « risque de pauvreté ».
12. Les données dont on dispose pour l'Australie sur la base du revenu net montrent que 27 % des personnes handicapées étaient en-dessous des 50 % du revenu médian et 35 % en-dessous des 60 % (HILDA, 2005 ; calculs fournis par Mark Pearson, OCDE). Ceci implique des taux de risque relatif de 1.95 et 1.71 pour ces deux seuils respectivement. Les résultats concernant les taux de risque selon la situation au regard du marché du travail sont presque identiques à ceux indiqués sur la base du revenu brut au tableau 1.8.
13. Les chiffres des dépenses consacrées à l'invalidité comprennent à la fois les prestations de remplacement du revenu et les principales prestations destinées à compenser les surcoûts du

handicap (l'allocation de mobilité pour l'Australie et la Disability Living Allowance pour le Royaume-Uni). Le Luxembourg et l'Espagne n'ont pas de prestations distinctes à cet effet mais les prestations de remplacement du revenu y sont beaucoup plus élevées et l'Espagne a aussi un complément de revenu non négligeable pour les personnes lourdement handicapées qui ont besoin d'une aide.

14. La disparité des taux de bénéficiaires au Royaume-Uni s'explique probablement par le fait que des personnes qui perçoivent la garantie de revenu avec prime pour incapacité ne se classent pas forcément comme bénéficiaires de prestations d'invalidité.
15. On notera que les cinq points supplémentaires de prévalence de l'invalidité en Australie qui résultent de cette définition plus large sont presque entièrement dus à une augmentation du nombre de personnes autodéclarées comme handicapées qui ne perçoivent pas de prestations d'invalidité.
16. Personnes inactives seulement dans le cas de l'Espagne.
17. Les hypothèses démographiques de long terme sont les suivantes : taux de fécondité totaux (nombre d'enfants par femme) : Australie 1.7 (actuellement 1.72), Luxembourg 1.8 (1.65), Espagne 1.4 (1.3), Royaume-Uni 1.74 (1.77); espérance de vie des femmes à la naissance (en années) : Australie 88 (actuellement 77.03), Luxembourg 86.7 (81.4), Espagne 87.9 (83.4), Royaume-Uni 87 (81.1); immigration nette (par an) : Australie 110 000, Luxembourg 2 800, Espagne 101 600 (actuellement 507 500), Royaume-Uni 145 000 (actuellement 223 000).
18. Les projections nationales pour le Royaume-Uni, basées sur un modèle des flux d'entrée et de sortie des prestations plus sophistiquée mais moins comparable, donnent des résultats légèrement différents.
19. Les chiffres nationaux pour le Royaume-Uni indiquent qu'en moyenne chaque absence liée au stress correspond à la perte de 29 jours de travail, ce qui fait du stress au travail la principale cause de pertes de journées de travail pour maladie et accidents du travail (Health and Safety Executive, 2006). Pour le Luxembourg, une enquête nationale indique un niveau de stress au travail de 25 %; la moitié environ de la population interrogée pense que le niveau de stress va augmenter dans les années qui viennent et un tiers qu'il va rester stable (Confédération syndicale indépendante du Luxembourg, 2006).

## 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

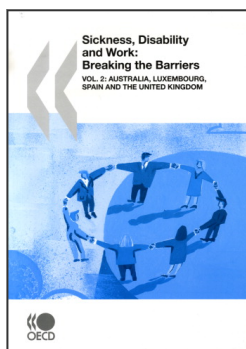


4.5.	Taux de prestations abaissés et taux de retrait plus élevés pour les personnes à capacité de travail partiellement réduite en Australie, depuis juillet 2006 . . .	135
4.A1.1.	Principales caractéristiques des régimes de l'invalidité et du système fiscal, au 1 <sup>er</sup> juillet 2005 . . . . .	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), « Grandes tendances et principaux résultats », dans *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 2) : Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264038189-3-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).