© OCDE 2010

Chapitre 2

Grandes tendances et résultats en matière de maladie et de handicap

Quels sont les principaux défis que devront relever dans l'avenir les responsables des politiques publiques des pays de l'OCDE? Ce chapitre met en évidence les principaux résultats et grandes tendances en matière de maladie et de handicap des dix à quinze dernières années. Il se concentre en particulier sur quatre domaines : l'intégration au marché du travail des personnes handicapées et des travailleurs à capacité réduite de travail, les ressources financières de ces personnes, le coût des régimes de prestations de maladie et d'invalidité et la dynamique des bénéficiaires de prestations. Il en conclut qu'en dépit des réformes et d'un contexte économique favorable jusqu'à une époque récente, les résultats en matière d'emploi, de chômage, de revenu et de pauvreté ne se sont pas améliorés pour les personnes ayant un handicap. Dans la plupart des pays, les prestations d'invalidité sont devenues la principale prestation pour les personnes en âge de travailler et, dans bien des cas, leur rôle de prestation de dernier recours continue de s'accroître. Cependant, les résultats donnent également à penser que les politiques publiques peuvent influer grandement l'évolution du nombre et du taux bénéficiaires. Plusieurs pays ont observé récemment une inversion prometteuse des tendances en la matière.

Ce chapitre résume les grandes tendances en matière de maladie et de handicap dans la zone OCDE pour illustrer les principaux défis auxquels sont confrontés les pays de cette zone. Pour la plupart des pays, les données font référence aux années antérieures ou au tout début du ralentissement récent de l'activité économique qui expose les pays à des difficultés particulières s'ajoutant à celles exposées ci-après. Plusieurs de ces résultats sont susceptibles de s'aggraver au cours de cette crise, du moins temporairement et, à l'instar de ce qui s'est produit lors des crises précédentes (voir chapitre 1) le risque dans certains cas est qu'une aggravation à court terme des résultats entraîne des problèmes structuraux à plus long terme. Les principaux résultats observés en matière de maladie et de handicap sont les suivants :

- intégration insuffisante au marché du travail des personnes handicapées ;
- faibles ressources financières des ménages composés de personnes ayant un handicap ;
- coût élevé des régimes de prestations de maladie et d'invalidité pour les finances publiques ;
- dynamique défavorable qui sous-tend le grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

2.1. Intégration insuffisante au marché du travail des personnes handicapées

Taux d'emploi inférieur

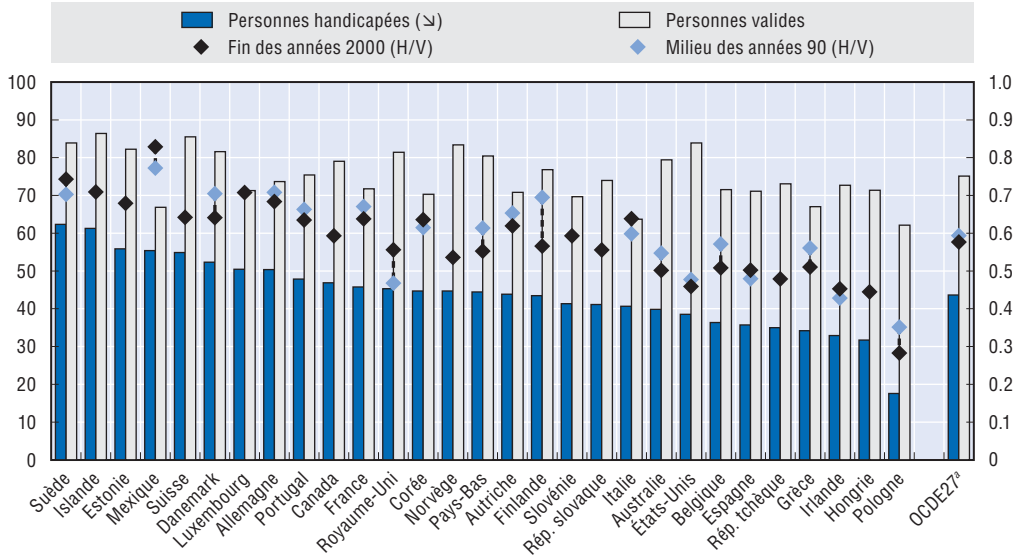
Avoir un emploi est fondamental pour l'inclusion sociale mais les possibilités d'emploi pour les personnes ayant des problèmes de santé ou un handicap sont limitées. En moyenne dans les pays de l'OCDE, leurs taux d'emploi étaient, à la fin des années 2000, tout juste supérieurs à 40 % contre 75 % pour les personnes sans handicap (graphique 2.1). C'est dans les pays nordiques, au Mexique et en Suisse que les taux d'emploi des personnes handicapées étaient les plus élevés. Comparés à ceux de leurs pairs non handicapés, ces taux étaient relativement élevés en Allemagne et au Luxembourg. À l'autre extrémité du spectre, on trouve la Hongrie, l'Irlande et la Pologne, avec les taux d'emploi de personnes handicapées les plus faibles, en valeur absolue comme en valeur relative.

Les taux d'emploi plus élevés des personnes handicapées ne sont pas systématiquement associés à des politiques particulières en matière d'emploi. Ainsi, on trouve des taux d'emploi plus élevés dans des pays fortement axés sur la réadaptation professionnelle, ayant des quotas d'emplois obligatoires, et d'autres obligations et incitations pour les employeurs, où l'emploi est largement subventionné mais aussi dans des pays n'ayant mis en place aucune de ces dispositions.

En dépit d'efforts accrus pour élaborer et étendre les mesures d'insertion dans l'emploi, les niveaux d'emploi des personnes handicapées ne se sont pas améliorés. Comparés à ceux de leurs pairs sans handicap, les taux d'emploi moyens des personnes handicapées sont même tombés en dessous de 60 % depuis le début du XXIe siècle. Autrement dit, dans la plupart des pays de l'OCDE, les individus ayant des problèmes de santé n'ont pas profité dans la même mesure de la croissance et des possibilités d'emploi accrues au cours de la dernière décennie. Ce constat est très préoccupant compte tenu de la crise actuelle de l'emploi qui va probablement frapper très durement les groupes déjà vulnérables comme les personnes handicapées.

Graphique 2.1. **Les taux d'emploi des personnes handicapées sont faibles et ont diminué dans un grand nombre de pays**

Taux d'emploi par situation au regard du handicap à la fin des années 2000 (axe de gauche) et évolution des taux d'emploi relatifs depuis le milieu des années 90 (ratio personnes handicapées/personnes sans handicap, axe de droite)



Note : Dans la légende (↘) indique la variable selon laquelle les pays sont classés en ordre décroissant. H/SH fait référence au ratio taux d'emploi des personnes handicapées/ taux d'emploi des personnes sans handicap.

a) OCDE27 fait référence à une moyenne pondérée de 27 pays pour les taux d'emploi et de 19 pays pour l'évolution des taux d'emploi relatifs sur en gros la dernière décennie. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans les moyennes de l'OCDE.

Source : EU-SILC 2007 (vague 4) et PCM 1995 (vague 2); exceptions : Australie : SDAC (Survey of Disability and Carers) 2003 et 1998; Canada : PALS (Participation and Activity Limitation Survey) 2006; Danemark : EFT 2005 et 1995; Finlande : PCM 1996; Corée : National Survey on Persons with Disabilities, 2005 et 1995; Mexique : ENESS (National Survey of Employment), 2004 et 1996; Pays-Bas : EFT 2006 et 1995; Norvège : EFT 2005; Pologne : EFT 2004 et 1996; Suède : PCM 1997; Suisse : EFT 2008; Royaume-Uni : EFT 2006 et 1998; États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2008 et 1996.

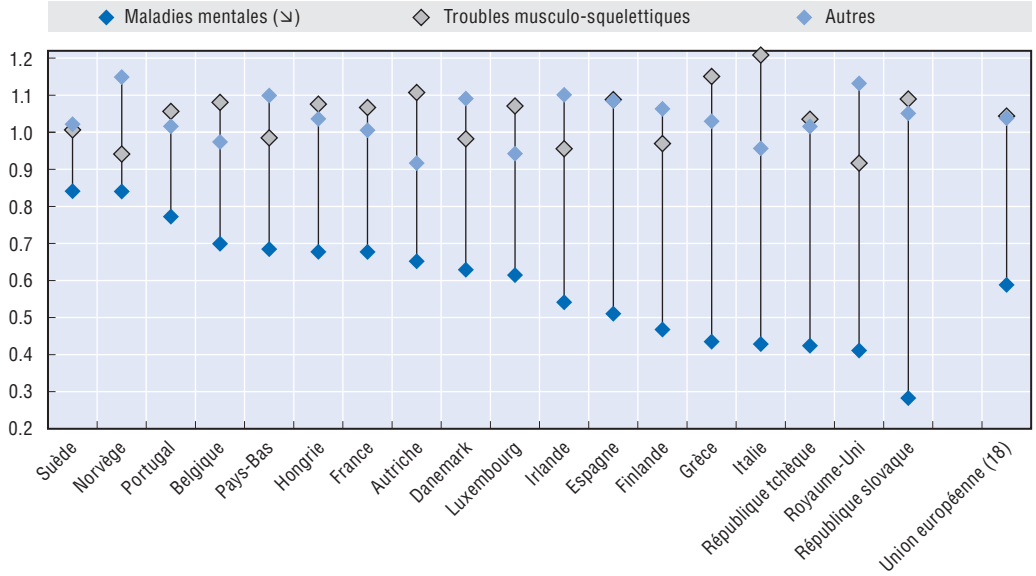
Les taux d'emploi des personnes souffrant de maladies mentales sont particulièrement faibles. En gros, un quart seulement des individus faisant état d'une maladie mentale a un emploi. Dans la plupart des pays cela correspond à environ 40 à 70 % des taux d'emploi des personnes souffrant d'autres pathologies (graphique 2.2). Ce phénomène est frappant au vu du nombre important et croissant de troubles mentaux moyens et modérés, lesquels sont devenus aujourd'hui l'un des principaux défis à relever sur le lieu de travail.

Proportion plus grande de travail à temps partiel

Les caractéristiques de l'emploi par situation au regard du handicap diffèrent généralement peu de ce à quoi on pourrait s'attendre compte tenu du moindre niveau d'instruction moyen des personnes handicapées (voir chapitre 1). Ainsi, les personnes handicapées semblent représentées de manière relativement égale dans les différents secteurs d'activité et dans le secteur public; elles tendent à avoir le statut de travailleurs indépendants dans des proportions similaires et à avoir des emplois temporaires aussi fréquemment que les personnes sans handicap[1]. Toutefois, dans la plupart des pays de l'OCDE, les personnes ayant des problèmes de santé ont une probabilité beaucoup plus grande de travailler à temps partiel (graphique 2.3). En moyenne, près d'une personne handicapée sur quatre travaille à temps partiel contre une sur six ou sept pour les personnes sans handicap. En Pologne et en Suède, les personnes handicapées sont même trois fois plus

Graphique 2.2. **Les taux d'emploi des personnes souffrant de maladies mentales sont particulièrement faibles**

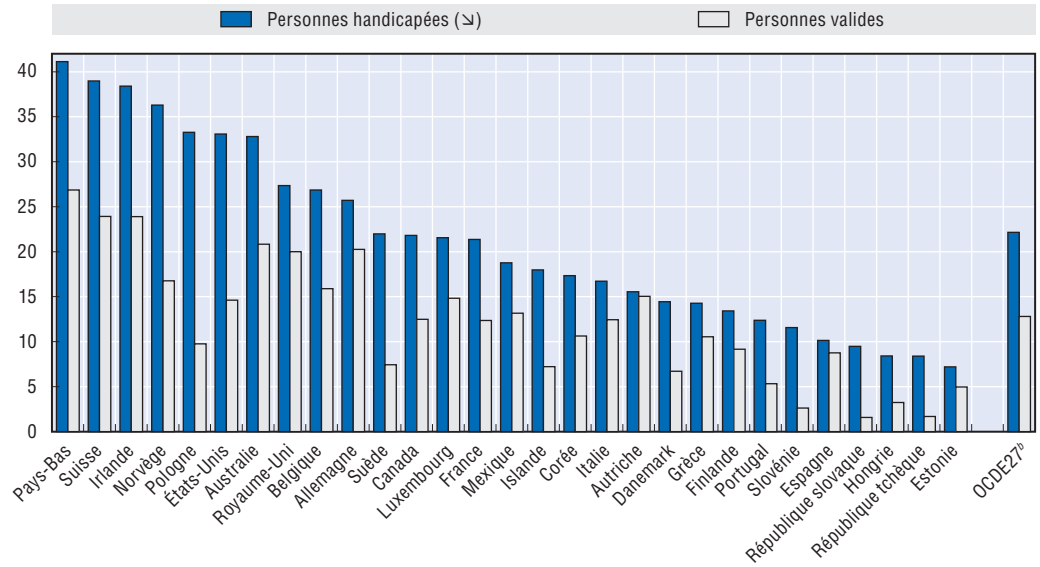
Taux d'emploi par pathologie, rapporté au taux d'emploi de toutes les personnes handicapées, 2002



Source : Enquête sur les forces de travail (2002), module *ad hoc* sur l'emploi des personnes handicapées.

Graphique 2.3. **Lorsqu'elles ont un emploi, les personnes handicapées travaillent plus souvent à temps partiel**

Part du travail à temps partiel[a] dans l'emploi total par situation au regard du handicap à la fin des années 2000



a) « Travail à temps partiel » fait référence aux personnes qui travaillent habituellement moins de 30 heures par semaine dans leur emploi principal, excepté pour les États-Unis où le temps partiel fait référence aux personnes ayant travaillé moins de 35 heures toutes les semaines du mois précédent.

b) OCDE27 fait référence à une moyenne pondérée de 27 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

Source : EU-SILC 2007 (vague 4); exceptions : Australie : SDAC (Survey of Disability and Carers) 2003; Canada : PALS (Participation and Activity Limitation Survey) 2006; Corée : Étude coréenne sur les personnes handicapées, 2005; Mexique : ENESS (National Survey of Employment), 2004; Norvège : EFT 2005; Pologne : EFT 2004; Suisse : EFT 2008; Royaume-Uni : EFT 2006 et États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2008.

susceptibles d'avoir un emploi à temps partiel. Dans un petit nombre de pays, au contraire, notamment en Autriche, en Allemagne, en Italie et en Espagne, la différence d'emploi à temps partiel entre personnes handicapées et personnes sans handicap est faible.

Niveau de chômage plus élevé

Pour une moyenne de l'OCDE de 14 % au milieu des années 2000, le chômage est généralement deux fois plus élevé pour les personnes handicapées que pour les personnes sans handicap (graphique 2.4). Dans les pays, un taux d'emploi moins élevé tend à être associé à des risques de chômage plus grands. On trouve ce type de chômage en Pologne, en Belgique et en Espagne, par exemple, tandis que l'Islande et le Mexique ont à la fois un taux d'emploi élevé et un taux de chômage faible des personnes handicapées. L'Irlande, en revanche, est un exemple de pays qui avait à la fois un taux d'emploi et un taux de chômage faibles des personnes handicapées avant la crise économique actuelle, ce qui s'explique vraisemblablement par des taux d'inactivité plus élevés des personnes handicapées.

Les tendances en matière de chômage ne sont pas régulières : les taux de chômage des personnes handicapées ont baissé jusqu'en 2000 mais ils ont remonté ensuite au même rythme que l'emploi reculait, en dépit d'une croissance économique continue dans la plupart des pays. Cela n'est guère encourageant compte tenu de l'impact durable sur le marché du travail de la récente récession qui jusqu'ici a affecté de façon disproportionnée les groupes défavorisés.

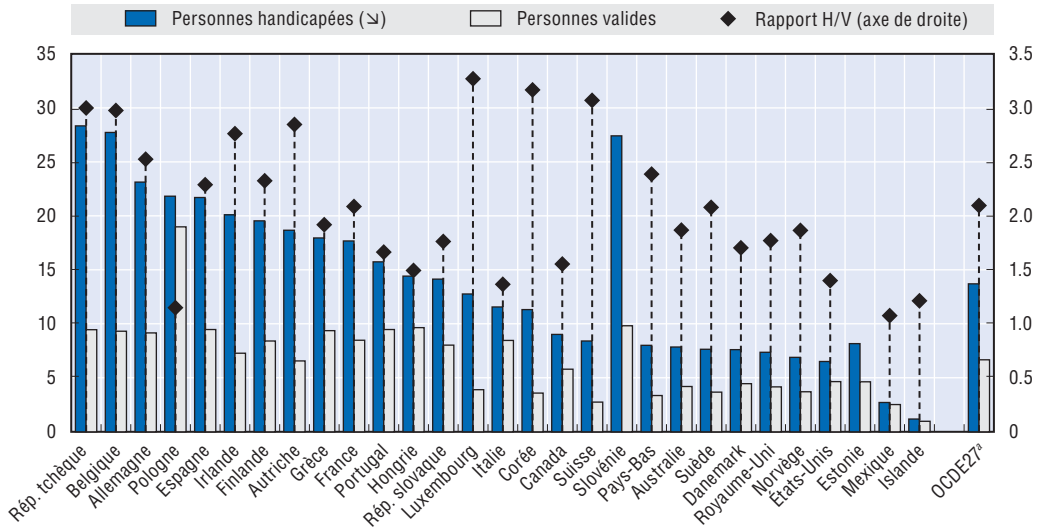
2.2. Ressources financières moindres des personnes handicapées

Revenu disponible inférieur

Dans la plupart des pays, les personnes ayant des problèmes de santé ou de handicap ont des ressources financières moindres. Dans la zone OCDE, le revenu des personnes handicapées est en moyenne inférieur aux moyennes nationales d'environ 15 % et ce

Graphique 2.4. **Les personnes handicapées sont deux fois plus susceptibles d'être au chômage, même lorsque le contexte économique est favorable**

Taux de chômage par situation au regard du handicap (axe de gauche) et taux de chômage relatifs (ratio personnes handicapées/ personnes sans handicap, axe de droite), fin des années 2000



a) OCDE27 fait référence à une moyenne pondérée pour 27 pays. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne.

Source : Voir sources pour le milieu des années 2000 au graphique 2.1.

chiffre peut atteindre jusqu'à 20 à 30 % dans certains pays (graphique 2.5, partie A)[2]. La situation en termes de revenus des personnes handicapées est particulièrement précaire dans les pays anglophones tandis que dans les pays nordiques les écarts de revenu relatif sont faibles (inférieurs à 10 %).

Les niveaux de revenus des personnes handicapées sont toutefois bien supérieurs lorsque leur niveau d'études est plus élevé ou lorsqu'elles ont un emploi (graphique 2.5, parties B et C). Les personnes handicapées ayant un emploi ont un revenu qui se situe autour de la moyenne de la population totale en âge de travailler. En Pologne, l'emploi est même associé à un revenu supérieur de 40 % à la moyenne nationale. De même, dans de nombreux pays de l'OCDE, un niveau d'enseignement supérieur est associé à un revenu relatif des personnes handicapées supérieur de 10 à 20 % à la moyenne nationale. En revanche, les revenus relatifs des personnes handicapées sans emploi peuvent n'être égaux qu'à 50 % du revenu de l'ensemble de la population en âge de travailler.

Sur les dix dernières années, la situation financière relative des personnes handicapées s'est dégradée dans plus de la moitié des pays pour lesquels des tendances peuvent être observées. En moyenne, les revenus relatifs ont diminué, passant de 88 % au milieu des années 90 à 85 % au milieu des années 2000; dans certains cas, la baisse des revenus relatifs a même atteint 20 %.

Le risque de pauvreté est plus grand

Comparés à la population sans handicap, les ménages d'âge actif comptant une personne handicapée ont un risque de pauvreté *relative* sensiblement supérieur dans la plupart des pays de l'OCDE. En moyenne, dans la zone OCDE, 22 % de tous les ménages comptant une personne handicapée vivent en dessous du seuil de pauvreté, contre 14 % pour les autres ménages (graphique 2.6). Les risques de pauvreté relative sont toutefois très variables, certains pays ayant un risque deux fois plus élevé que pour les personnes sans handicap et la pauvreté affectant plus de 30 % des personnes handicapées. C'est le cas aux États-Unis et en Australie, en particulier, mais aussi en Irlande, en Corée et au Canada. Dans d'autres pays, en particulier la Suède, la Norvège, la République slovaque et les Pays-Bas, la différence de risque de pauvreté entre les deux groupes de population est au contraire faible.

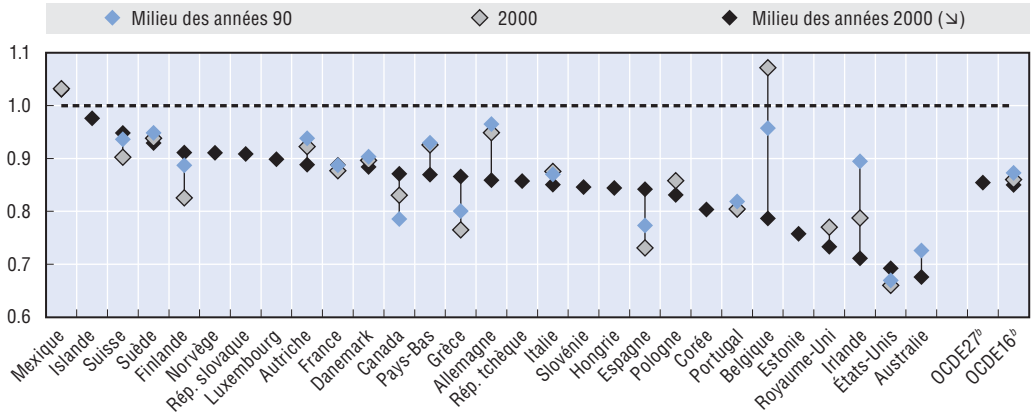
L'évolution dans le temps des risques de pauvreté relative des personnes handicapées est mitigée. Sur les 15 pays pour lesquels on dispose de données tendancielles, sept ont enregistré une augmentation du risque de pauvreté des personnes handicapées par rapport au reste de la population en âge de travailler et le phénomène a été particulièrement marqué en Finlande, en Allemagne et en Irlande. Dans trois pays, les risques de pauvreté relative sont restés inchangés et dans les cinq pays restants, en particulier au Canada et en Grèce, le risque de pauvreté relative des ménages comptant des personnes handicapées a chuté.

Personnes sans emploi et ne percevant pas de prestations

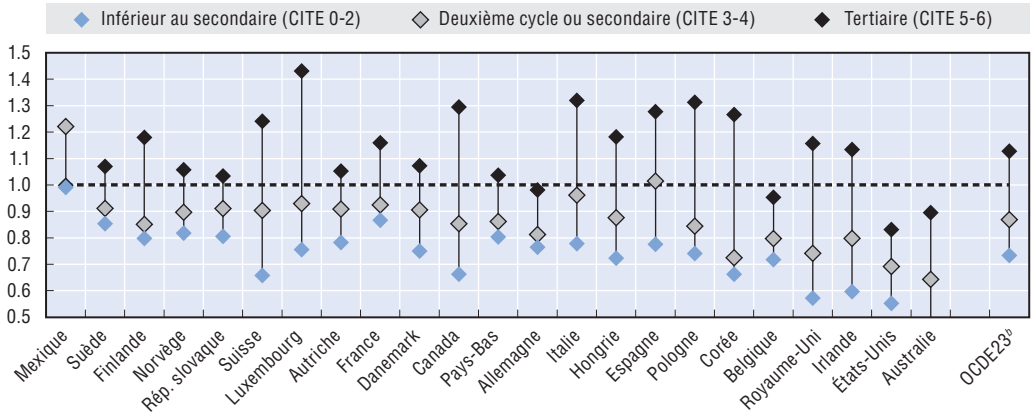
Les différences entre pays de revenus disponibles équivalents et de pauvreté de revenu sont liées à la variation des taux d'emploi et sinon s'expliquent en partie par les différences de structure du régime de prestations et le niveau des prestations versées. Les régimes de certains pays offrent des taux de remplacement du revenu plus élevés car les prestations sont liées aux gains et non pas forfaitaires ou sous conditions de ressources, par exemple. Les taux de couverture de la population et les critères d'admissibilité aux prestations peuvent être plus ou moins inclusifs. En conséquence, les proportions de personnes

Graphique 2.5. **Les revenus des personnes handicapées sont relativement faibles, sauf lorsqu'elles ont un emploi et un niveau d'instruction élevé**

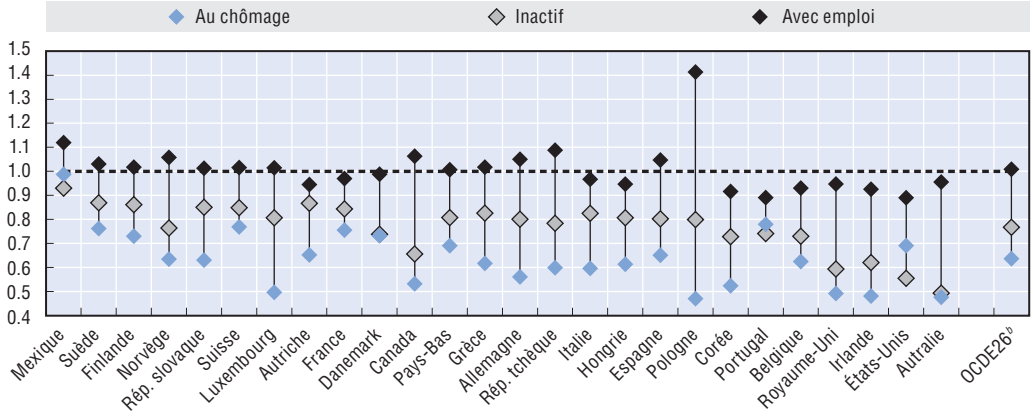
Partie A. **Tendances des revenus[a] des personnes handicapées, par rapport au revenu moyen de la population d'âge actif**



Partie B. **Revenus[a] des personnes handicapées selon le niveau d'études, par rapport au revenu moyen de la population d'âge actif, milieu des années 2000**



Partie C. **Revenus[a] des personnes handicapées selon le statut sur le marché du travail, par rapport au revenu moyen de la population d'âge actif, milieu des années 2000**

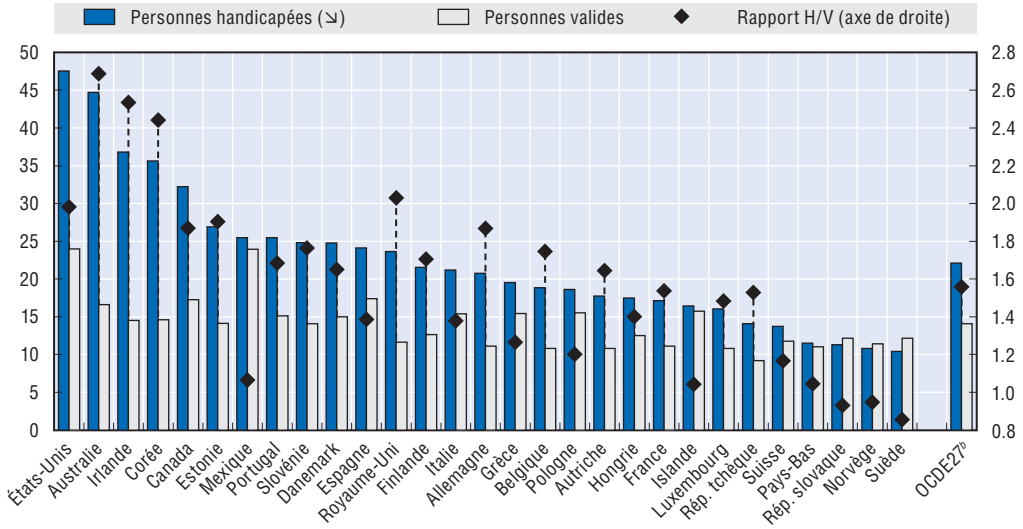


a) Le revenu fait référence au revenu disponible équivalent par personne corrigé de la taille du ménage.
b) OCDE fait référence aux moyennes non pondérées des pays pour lesquels des données sont disponibles. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

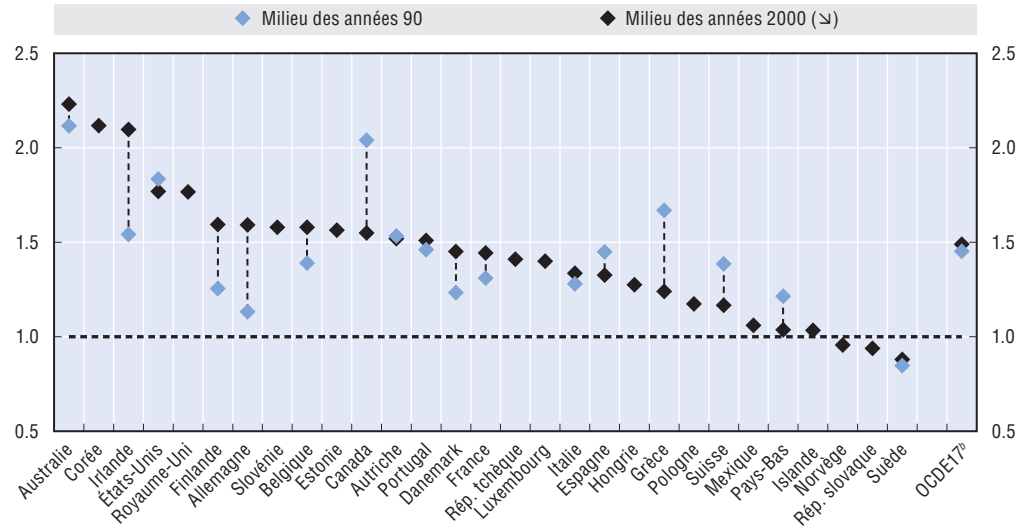
Source : Voir source au graphique 2.6.

Graphique 2.6. **Les personnes handicapées ont plus de risque de vivre dans la pauvreté ou la quasi-pauvreté**

Partie A. **Taux de pauvreté[a] selon la situation vis-à-vis de l'invalidité (axe de gauche) et risque relatif de pauvreté (personnes handicapées par rapport aux valides, axe de droite), milieu des années 2000**



Partie B. **Tendances des taux de pauvreté[a] des personnes handicapées, en pourcentage du taux de pauvreté de la population d'âge actif, milieu des années 90 et 2000**



a) Taux de pauvreté : pourcentage de personnes handicapées dans les ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu disponible médian ajusté.

b) OCDE fait référence aux moyennes non pondérées des pays pour lesquels on dispose de données. L'Estonie et la Slovénie ne sont pas prises en compte dans la moyenne de l'OCDE.

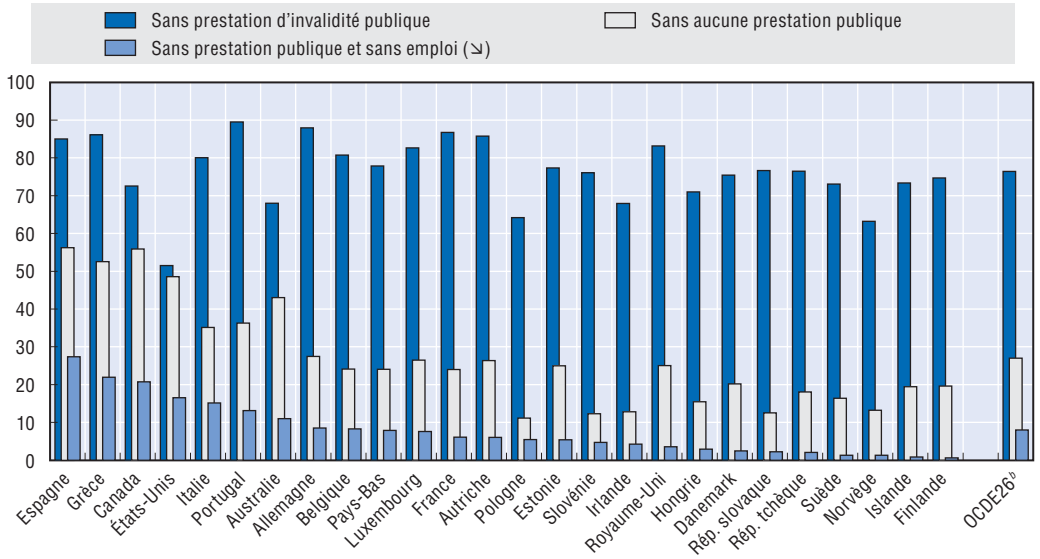
Source : EU-SILC 2005 (vague 2) et PCM 2000, 1995 (vagues 7 et 2), exceptions : Australie : SDAC (Survey of Disability and Carers) 2003 et 1998; Canada : EDTR (Enquête sur la dynamique du travail et du revenu) 2005, 2000 et 1995; Danemark : Base de données SFI 2005, 2002, 1995; Finlande : Base de données IDS 2005, 2000, 1995; Corée : Étude coréenne sur la protection sociale, 2006; Mexique : ENESS (Enquête nationale sur l'emploi), 2004, 2000, 1996; Norvège : EU-SILC 2004; Pologne : HBS (Enquête sur le budget des ménages) 2004, 2000; Suède : PCM 1997; Suisse : ESS (Enquête suisse sur la santé) 2002, 1997; Royaume-Uni : FRS (Family Resource Survey) 2004, 2002; États-Unis : SIPP (Survey of Income and Program Participation) 2004, 2001, 1996.

handicapées percevant une prestation d'invalidité, toute autre prestation publique ou ne percevant aucune prestation bien qu'étant sans emploi, peuvent varier considérablement.

Le graphique 2.7 compare différentes estimations *de l'inclusion* ou de l'*exclusion des prestations*. En moyenne, une personne handicapée sur quatre perçoit une pension d'invalidité (autrement dit 75 % n'en perçoivent pas) mais cette proportion peut tomber à 10-15 % au Portugal et en Allemagne ou atteindre 33 % en Norvège, en Pologne et aux États-Unis. Dans la plupart des pays, le nombre des personnes handicapées percevant une pension d'invalidité est inférieur à celui des personnes ne percevant aucune autre forme de prestation d'âge actif. La proportion de personnes handicapées ne percevant aucune prestation publique est faible : elle est de l'ordre de 10 à 25 % dans la plupart des pays. Cette proportion est plus élevée (généralement de l'ordre de 50 %) uniquement dans certains pays anglophones et pays méditerranéens. En conséquence, dans ces pays, quelque 10 à 20 % de toutes les personnes handicapées n'ont aucun revenu propre provenant de leur travail ou d'une prestation publique. Dans tous les autres pays, cette proportion est sensiblement inférieure à 10 % et dans bien des cas inférieure à 5 % voire proche de zéro. Ces estimations grossières de l'inclusion/l'exclusion donnent à penser que, de façon générale, les régimes de prestations réussissent à assurer une garantie de revenu aux personnes handicapées et sans emploi.

Graphique 2.7. **Un grand nombre de personnes handicapées sans emploi ne sont pas admissibles à recevoir ou ne reçoivent aucune prestation publique dans les pays méditerranéens et en Amérique du Nord**

Différentes estimations de l'inclusion ou de l'exclusion des prestations autour de 2005 (en pourcentages)[a]



a) La catégorie « prestation d'invalidité » englobe les prestations contributives et non contributives d'invalidité (y compris les prestations équivalentes versées à travers le régime de l'aide sociale); la catégorie « toute prestation publique » englobe les prestations d'invalidité et autres prestations publiques telles que les indemnités de chômage et les paiements de l'aide sociale mais n'englobe pas les paiements au titre de la rémunération des travailleurs, les allocations familiales et les allocations de logement. Les pays dans lesquels les prestations privées (qui ne sont pas englobées dans ces estimations) jouent un rôle plus grand paraîtront exclure des prestations un plus grand nombre de personnes handicapées.

b) OCDE26 fait référence à une moyenne non pondérée de 26 pays.

Source : EU-SILC 2005, exceptions : Australie : SDAC 2003; Canada : PALS 2006; États-Unis : SIPP 2008.

2.3. Coût élevé des régimes de prestations de maladie et d'invalidité

Des dépenses publiques élevées

Le coût de la maladie et de l'invalidité pour les finances publiques et la collectivité est considérable. En moyenne, les pays de l'OCDE consacrent 1.2 % de leur PIB aux seules prestations d'invalidité et ce chiffre atteint 2 % lorsqu'on inclut les prestations de maladie (tableau 2.1). Avant la récente crise de l'emploi, c'était près de trois fois le montant dépensé au titre de l'indemnisation du chômage. Dans certains pays,

Tableau 2.1. **Les dépenses liées à l'incapacité sont bien supérieures aux dépenses liées au chômage**

Évolution des dépenses au titre des programmes maladie et invalidité, en pourcentage du PIB, 1990, 2000 et 2007 et en pourcentage des dépenses au titre de l'indemnisation du chômage et des dépenses publiques sociales totales, 2007

	Invalidité			Maladie			Invalidité et maladie				
	% PIB			% PIB			% PIB			% Chômage	% Dépenses sociales publiques
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007	2007	2007
Australie[a]	1.1	1.2	1.2	0.4	1.7	1.2	1.5	2.9	2.4	450	15
Autriche	2.0	1.3	1.4	1.3	1.1	1.0	3.3	2.5	2.4	278	9
Belgique	1.4	1.2	1.3	1.4	0.7	0.8	2.8	1.9	2.1	77	8
Canada[b]	0.4	0.4	0.4	0.1	0.1	0.1	0.5	0.5	0.5	81	3
République tchèque	1.2	1.1	1.2	1.0	1.2	0.9	2.3	2.3	2.2	371	12
Danemark	1.6	1.5	1.8	1.4	1.1	1.4	2.9	2.6	3.1	455	12
Finlande	2.1	1.9	1.8	1.5	1.2	1.2	3.7	3.0	2.9	250	12
France	0.9	0.8	0.7	0.6	0.7	0.7	1.6	1.5	1.4	109	5
Allemagne	0.7	0.1	0.1	1.7	1.6	1.3	2.5	1.7	1.4	103	5
Grèce	1.0	0.7	0.7	0.8	0.7	0.5	1.9	1.4	1.2	272	6
Hongrie	. .	0.2	1.3	. .	0.7	0.6	. .	1.0	1.9	315	8
Islande	0.9	1.7	2.1	1.5	1.4	1.5	2.3	3.1	3.6	1 895	24
Irlande	0.5	0.6	0.8	0.8	0.6	0.8	1.3	1.1	1.6	163	10
Italie	1.2	0.9	0.7	0.9	0.7	0.5	2.1	1.6	1.2	351	5
Japon	0.3	0.3	0.4	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4	0.4	141	2
Corée	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.3	101	3
Luxembourg	2.0	1.7	1.0	0.6	0.6	0.8	2.6	2.3	1.8	269	9
Mexique	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	. .	. .
Pays-Bas	4.7	2.7	2.1	2.9	2.2	1.6	7.6	4.9	3.7	324	18
Nouvelle-Zélande	0.6	0.9	0.9	0.3	0.3	0.3	0.9	1.2	1.3	553	7
Norvège	2.5	2.3	2.5	2.6	2.7	2.3	5.1	5.1	4.8	2 403	23
Pologne	2.1	2.0	1.2	0.7	0.7	0.6	2.8	2.7	1.8	993	9
Portugal	1.7	1.7	1.7	0.0	0.0	0.0	1.7	1.7	1.7	172	8
République slovaque	. .	0.9	0.8	. .	1.0	0.3	..	1.9	1.2	1 087	7
Espagne	1.2	1.2	1.2	1.0	1.0	1.1	2.2	2.2	2.3	107	10
Suède	1.9	2.0	2.2	3.1	2.0	1.4	5.0	4.1	3.6	545	13
Suisse	1.0	1.8	1.9	1.2	1.1	1.0	2.2	2.8	2.9	462	16
Turquie	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	2 706	1
Royaume-Uni	1.6	2.0	1.9	0.6	0.7	0.4	2.2	2.8	2.3	1 126	11
États-Unis	0.7	0.9	1.0	0.8	0.6	0.7	1.5	1.5	1.7	516	385
OCDE	1.3	1.2	1.2	1.0	0.9	0.8	2.3	2.0	1.9	284	10

Note :

. . : Données non disponibles. La catégorie invalidité fait référence aux prestations d'invalidité publiques et aux prestations d'invalidité privées obligatoires; la catégorie maladie fait référence au congé maladie rémunéré public et au congé maladie rémunéré privé obligatoire (englobant à la fois les indemnités journalières pour accidents du travail et autres maladies professionnelles).

a) 2005 au lieu de 2007.

b) Les données pour le Canada n'englobent pas les dépenses au titre des paiements provinciaux de l'aide sociale à l'invalidité (qui en gros doubleraient le montant des dépenses), non plus que les dépenses au titre des régimes privés et facultatifs d'invalidité de longue durée.

Source : Base de donnés de l'OCDE sur les dépenses sociales (www.OCDE.org/els/social/expenditure).

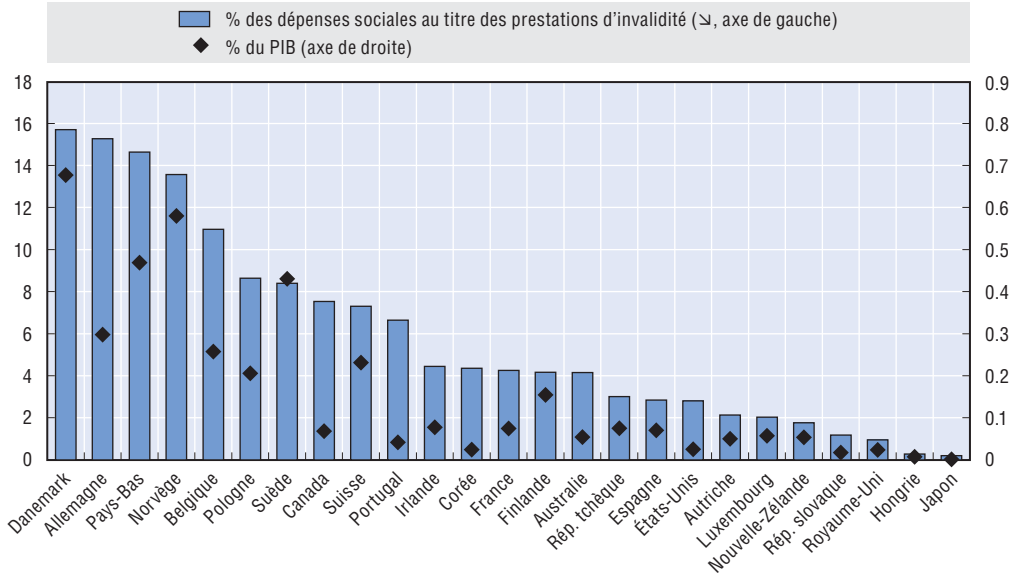
cependant, comme les Pays-Bas, la Norvège et la Suède, ces dépenses sont bien supérieures, dépassant 3.5 % du PIB.

Pour l'ensemble de la zone OCDE, les dépenses au titre des prestations d'invalidité sont restées relativement stables sur les 15 dernières années. Toutefois, plusieurs pays ont enregistré une augmentation de ces dépenses (voir graphique 2.A1.1 de l'annexe pour plus de détails sur l'évolution des dépenses de prestations sur la période 1990-2005). Dans certains cas, cette augmentation a été en partie compensée par une diminution des dépenses de maladie. Mais, même dans ce cas, les coûts très élevés liés à l'incapacité représentent un engagement de ressources important. Mesuré en pourcentage des dépenses sociales publiques totales, le coût de l'invalidité est de l'ordre de 10 % en moyenne dans la zone OCDE et atteint jusqu'à 20-25 % dans certains pays (tableau 2.1, dernière colonne).

En dépit des réorientations récentes des politiques, les dépenses liées à l'invalidité se limitent largement au paiement de prestations passives. Excepté pour un petit nombre de pays, la part des dépenses au titre des programmes de réadaptation professionnelle et d'emploi est inférieure à 8 % et, dans bien des cas, à 4 % des dépenses totales liées à l'invalidité (graphique 2.8). Ces pays sont l'Allemagne, la Norvège, le Danemark et les Pays-Bas bien que dans ce dernier pays une grande partie de ces dépenses serve à financer l'emploi protégé.

Graphique 2.8. **Un montant limité de ressources liées à l'invalidité va aux programmes pour l'emploi et la réadaptation**

Dépenses actives du marché du travail au titre des programmes d'emploi et de réadaptation professionnelle, 2007[a, b]



a) 2004 pour l'Espagne; 2005 pour la Corée; 2006 pour l'Australie, la Belgique, le Canada, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, l'Allemagne et la Suisse. Dépenses au titre des prestations d'incapacité : 2005 pour le Japon et les Pays-Bas; 2006 pour la Nouvelle-Zélande et les États-Unis.

b) Les dépenses au titre des prestations d'incapacité englobent les dépenses au titre des prestations de maladie et d'invalidité.

Source : Base de données de l'OCDE sur les PAMT, base de données SOCX de l'OCDE et données fournies par les autorités nationales.

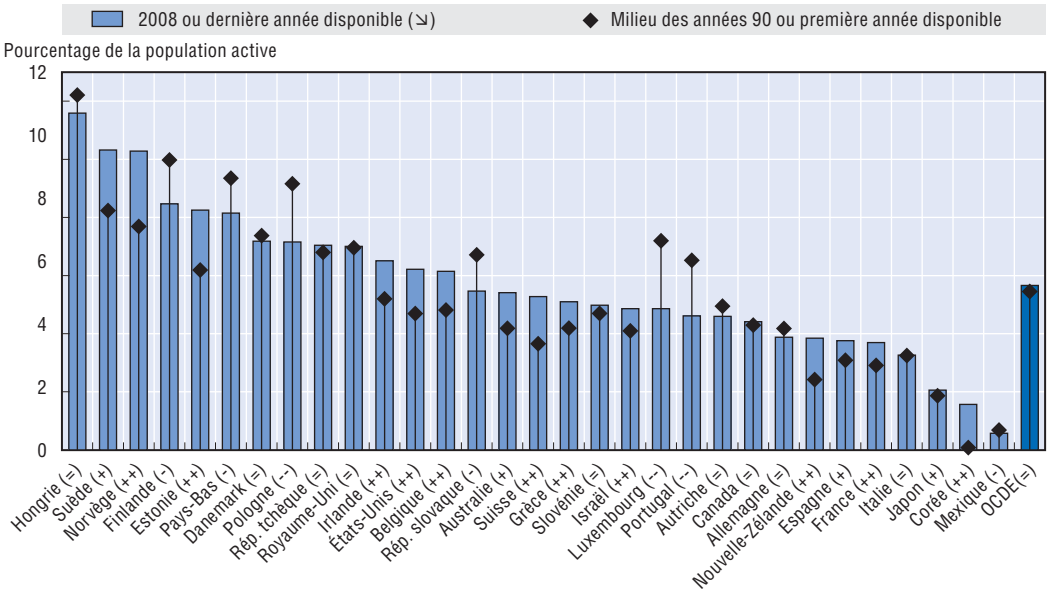
Un nombre élevé et croissant de bénéficiaires de prestations

Le niveau élevé des dépenses publiques est une conséquence directe du très grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité. En 2007, environ 6 % en moyenne de la population de la zone OCDE en âge de travailler percevait une prestation d'invalidité, ce qui est comparable au taux de chômage moyen de l'OCDE pour l'année en question (graphique 2.9). Dans certains pays, comme la Hongrie, la Norvège et la Suède, les taux de bénéficiaires d'invalidité (de l'ordre de 10 %) étaient nettement supérieurs au taux de chômage. Dans les pays non européens et non anglophones de l'OCDE, au Japon, en Corée et au Mexique, au contraire, ces taux sont égaux ou inférieurs à 2 %.

En moyenne, sur les 10 à 15 dernières années, les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité n'ont que légèrement augmenté dans la zone OCDE mais cette moyenne masque des différences importantes d'un pays à l'autre. Plus de la moitié des pays, notamment tous les pays anglophones (à l'exception du Canada), ont enregistré une augmentation importante des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité (graphique 2.10). Ces taux

Graphique 2.9. **Les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont élevés et continuent d'augmenter dans de nombreux pays**

Effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité en pourcentage de la population de 20 à 64 ans dans 28 pays de l'OCDE et trois pays en cours d'accession[a], milieu des années 90[b] et dernière année disponible[c, d]



Note : (↘) fait référence à la variable pour laquelle les pays sont classés par ordre décroissant de gauche à droite. (++)/(--) représente une augmentation/diminution significative de 2 % ou plus; (+)/(–) représente une augmentation/diminution modérée comprise entre 0.75 % et 2 %; (=) représente une tendance relativement stable comprise entre –0.75 % et 0.75 %; les pourcentages indiquent la croissance annuelle moyenne des taux d'emploi des personnes handicapées. OCDE correspond à la moyenne non pondérée des 28 pays.

a) Les statistiques pour Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes sur la Rive occidentale selon les termes du droit international.

b) 1996 pour la Belgique et le Canada; 1999 pour les Pays-Bas; 2000 pour la Hongrie, l'Italie et la République slovaque; 2001 pour l'Irlande; 2003 pour le Japon et le Mexique; 2004 pour la Pologne.

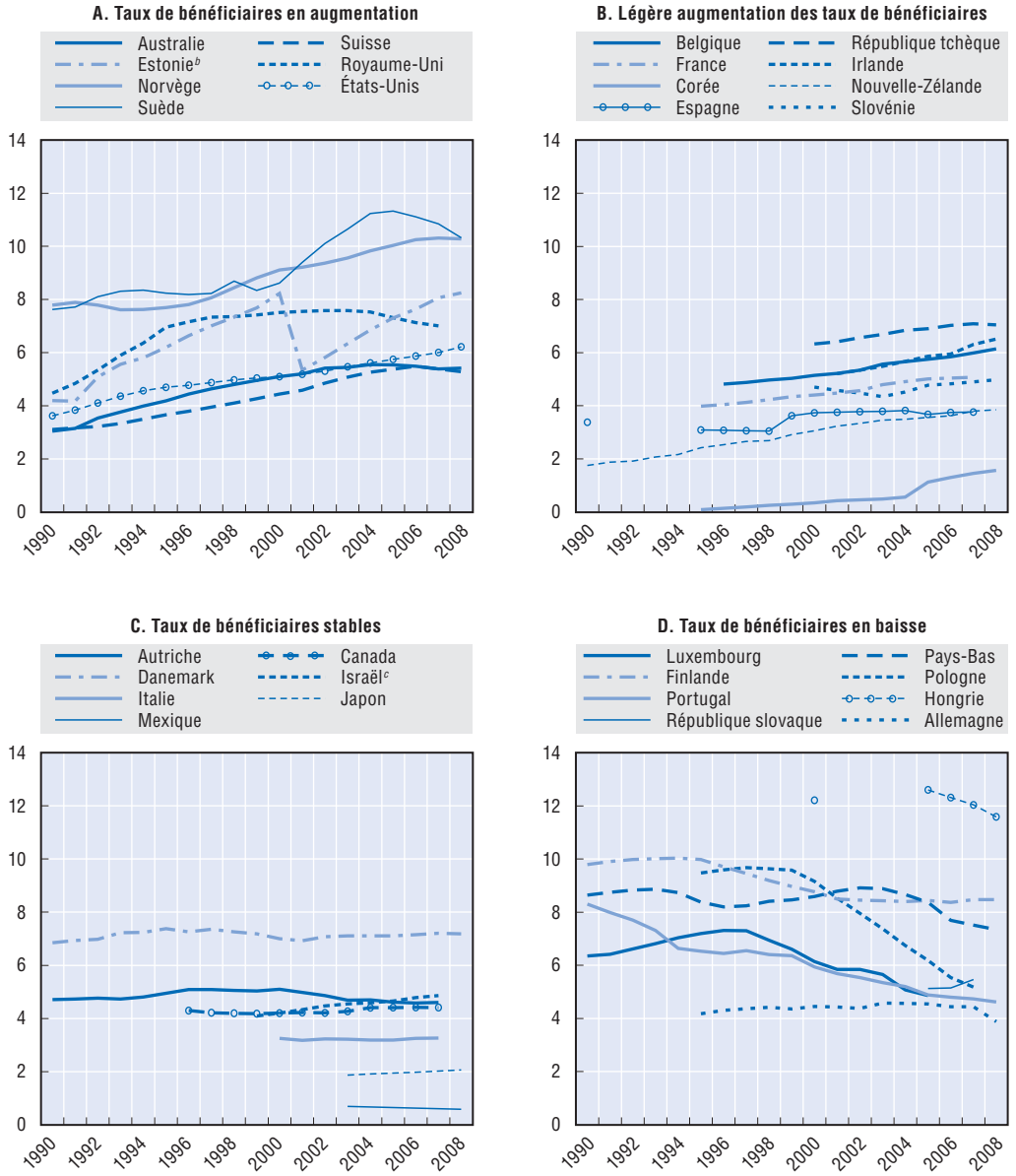
c) 2005 pour le Luxembourg; 2007 pour l'Autriche, le Canada, la France, Israël, l'Italie, la Pologne, la République slovaque, l'Espagne et le Royaume-Uni.

d) Les données pour la Hongrie englobent trois prestations non contributives différentes supposant toutes un sérieux problème de santé et destinées à promouvoir l'égalité des chances.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

Graphique 2.10. **Les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité ont évolué différemment d'un pays de l'OCDE à l'autre, reflétant des choix politiques différents**

Nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité ayant entre 20 et 64 ans en pourcentage de la population d'âge actif[a], 1990-2008



a) Les données pour l'Autriche et l'Allemagne seraient supérieures d'environ un point de pourcentage si l'on englobait les régimes spéciaux des fonctionnaires. Les données pour les Pays-Bas couvrent les 15-64 ans. Les données pour la Pologne concernent uniquement le régime contributif des salariés; si elles englobaient le régime contributif des agriculteurs et le régime non contributif, le taux serait supérieur de deux points de pourcentage.

b) Pour l'Estonie, la pension pour incapacité de travail a remplacé en 2001 l'ancienne pension d'invalidité et les personnes percevant une pension pour incapacité de travail ont été transférées vers les pensions de vieillesse ou les pensions nationales.

c) Les statistiques pour Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes sur la Rive occidentale selon les termes du droit international.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

ont diminué de manière sensible dans un petit nombre de pays, en particulier la Pologne, le Portugal, le Luxembourg et les Pays-Bas, suite à un durcissement de l'accès aux prestations d'invalidité. Plus récemment, on a observé également l'amorce d'une inversion de la tendance à une augmentation du nombre des bénéficiaires dans plusieurs autres pays comme la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni, bien que les niveaux observés en 2008 aient été encore bien supérieurs à ceux enregistrés 10 ou 15 ans auparavant.

Évolution de la composition des bénéficiaires

Le *gradient de l'âge* dans la prévalence de l'invalidité se reflète dans l'utilisation des prestations d'invalidité. Parmi les 20-34 ans, les taux de bénéficiaires sont d'environ 2 % dans la plupart des pays et atteignent près de 4 % aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Pour le groupe d'âge actif des 35-49 ans, les taux de bénéficiaires fluctuent autour de 4 à 6 %. Pour les travailleurs âgés de la tranche 50-64 ans, les taux sont habituellement de 10 à 15 %, atteignant plus de 20 % en Suède, en Norvège et en Hongrie (voir le graphique 2.A1.2 de l'annexe pour plus de détails sur les niveaux et tendances des taux de bénéficiaires par grand groupe d'âge). La plupart des pays ont un classement similaire dans les trois grands groupes d'âge; autrement dit, les pays tendent à avoir des taux de bénéficiaires soit relativement élevés soit relativement bas dans tous les groupes d'âge. Dans certains pays, toutefois, ces taux sont très élevés pour les travailleurs âgés mais relativement faibles parmi les jeunes et les groupes d'âge actif. Dans ces pays, comme le Luxembourg et l'Autriche, les régimes d'invalidité remplissent en partie une fonction de préretraite.

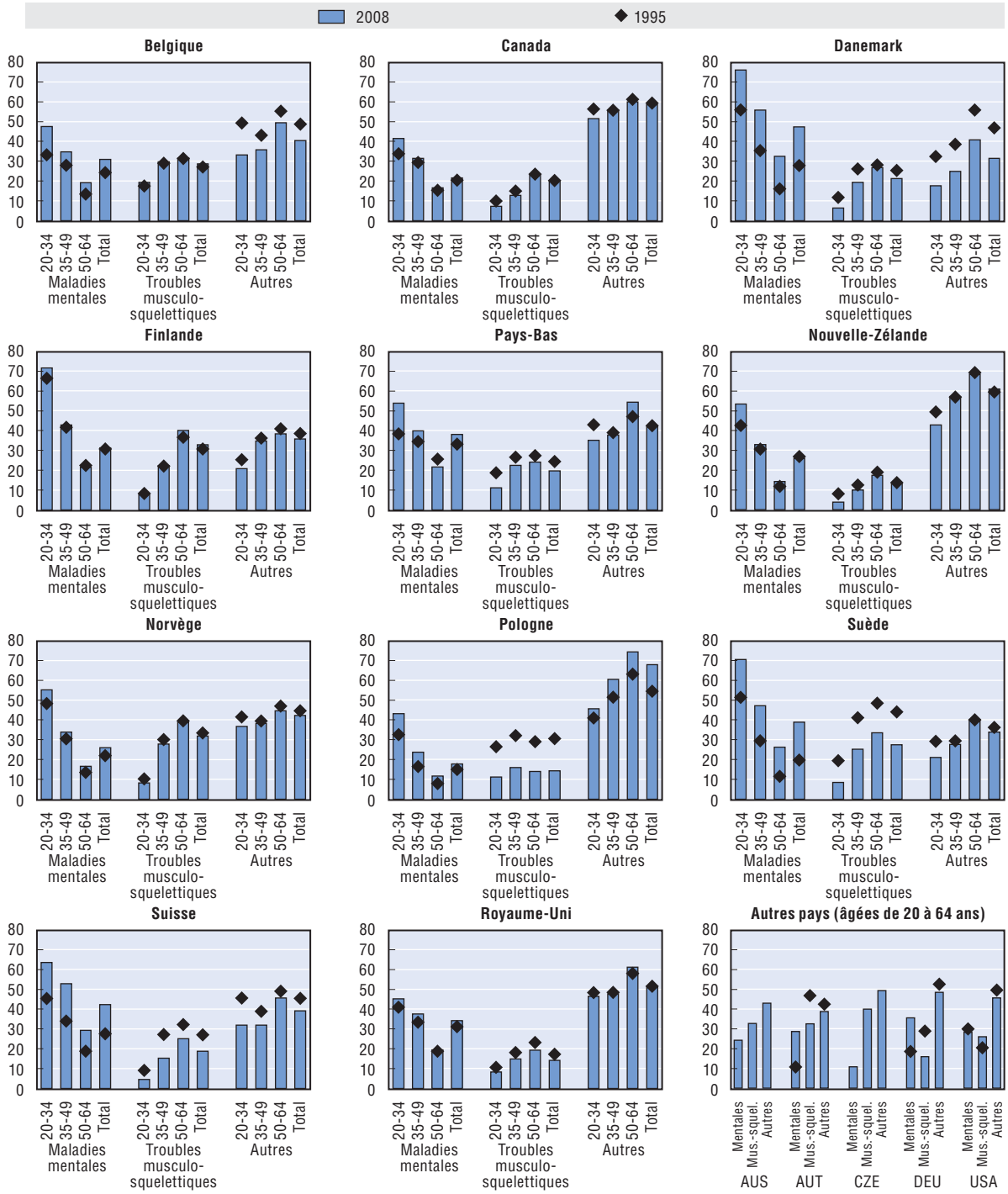
Reflétant la taille des trois grands groupes d'âge, l'évolution globale des taux de bénéficiaires a été due essentiellement à une modification de l'utilisation des prestations d'invalidité par les travailleurs âgés, avec des variations à la hausse de 2 à 3 points de pourcentage dans plusieurs cas et des baisses significatives dans les pays qui ont réformé leurs systèmes. Toutefois, dans de nombreux pays, les taux de bénéficiaires ont très sensiblement augmenté parmi les travailleurs jeunes et d'âge actif. En conséquence, dans la plupart des cas, le bénéficiaire moyen est désormais plus jeune que par le passé et la durée moyenne pendant laquelle il perçoit des prestations est plus longue.

De même, dans de nombreux pays, la structure par *sexe* des bénéficiaires de prestations a évolué. Les taux de bénéficiaires ont eu tendance à augmenter davantage (ou à diminuer moins) pour les femmes, de sorte que la proportion de femmes dans l'effectif total de bénéficiaires a augmenté. La proportion d'hommes reste supérieure à 50 % dans une majorité de pays mais les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont majoritairement des femmes dans les pays nordiques (voir le graphique 2.A1.3 de l'annexe pour plus de détails sur les niveaux et les tendances des taux de bénéficiaires par sexe).

Enfin, et peut-être surtout, les *causes médicales* qui fondent les demandes de prestations d'invalidité ont considérablement changé dans la quasi totalité des pays de l'OCDE, les troubles de la santé mentale devenant progressivement ou étant désormais la cause principale. Pour un tiers en moyenne des nouvelles demandes de pension d'invalidité la cause principale est un problème de santé mentale; cette proportion atteint 40 % dans certains pays et près de 50 % au Danemark (graphique 2.11). C'est parmi les jeunes que la proportion de nouveaux bénéficiaires souffrant de troubles de la santé

Graphique 2.11. **Un nombre croissant d'entrées dans les régimes d'invalidité est imputable à des pathologies mentales**

Nouvelles demandes de pension d'invalidité par type de pathologie en pourcentage de toutes les demandes par groupe d'âge, 1995 et 2008[a, b]



a) Les données pour le Canada et l'Allemagne font référence au régime contributif uniquement; les données pour la Pologne couvrent uniquement le régime FUS; les données pour les États-Unis ne prennent pas en compte le chevauchement des régimes contributifs et non contributifs.

b) Les données pour 1995 font référence à 1996 pour la Nouvelle-Zélande, 1999 pour les Pays-Bas, 2000 pour le Danemark, la Finlande, le Royaume-Uni, les États-Unis et 2001 pour le Canada. Les données pour 2008 font référence à 2005 pour le Royaume-Uni, 2006 pour la Norvège et 2007 pour l'Autriche, le Canada et la Pologne.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

mentale est la plus importante : elle représente environ 70 % des demandes dans le groupe d'âge 20-34 ans. Les problèmes de santé mentale sont également plus souvent présents dans les entrées en invalidité pour les femmes que pour les hommes. Ces chiffres ne révèlent pas toute l'ampleur des pathologies mentales en raison de la comorbidité fréquente de certaines pathologies physiologiques et mentales.

2.4. Dynamique des régimes de prestations

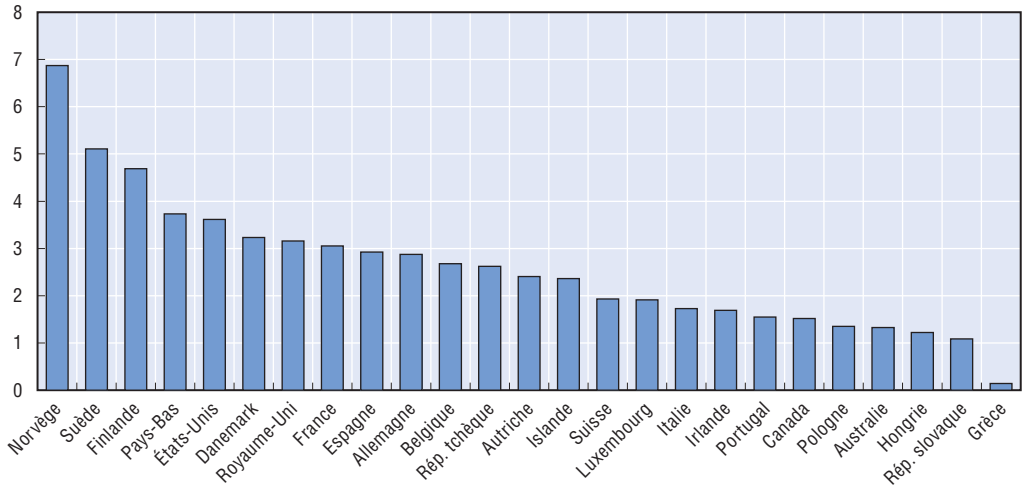
L'absence pour maladie : précurseur de l'invalidité

Les niveaux d'absence pour maladie sont d'une importance critique pour les entrées dans les régimes d'invalidité. Dans la plupart des pays, une majorité de candidats à l'invalidité, habituellement 50 à 90 %, entrent dans les régimes d'invalidité après une période de durée variable de prestations maladie. Il n'est pas surprenant que les taux d'absence soient les plus élevés dans un grand nombre de pays où les taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité sont élevés, en particulier les pays nordiques (graphique 2.12). Toutefois, certains pays, en particulier des pays d'Europe orientale, ont un grand nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité mais des taux d'absence comparativement bas.

Une analyse plus détaillée confirme qu'un épisode antérieur de prestations maladie augmente considérablement la probabilité de percevoir une pension d'invalidité dans une majorité de pays de l'OCDE (graphique 2.13). L'absence pour maladie joue un rôle majeur de précurseur d'une sortie permanente du marché de travail sous la forme de prestations d'invalidité dans les pays nordiques, les pays du Benelux, au Royaume-Uni, en France et en

Graphique 2.12. **Les taux d'absence pour maladie sont corrélés aux taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité**

Incidence de l'absence pour maladie des salariés à plein-temps dans une sélection de pays de l'OCDE, 2008[a]

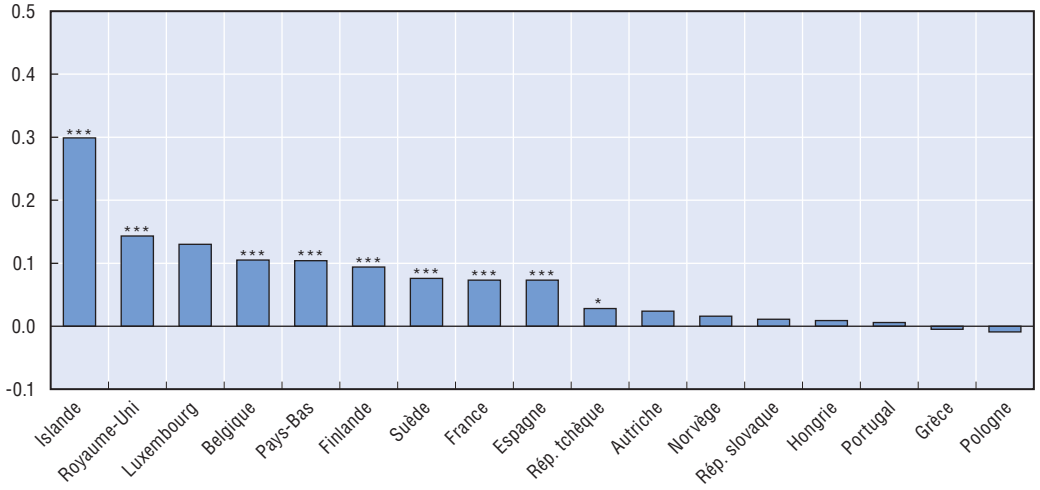


a) 2004 pour l'Australie et 2007 pour l'Islande. L'incidence de l'absence pour maladie est définie comme la proportion de salariés à plein-temps absents de leur travail (pendant un jour ou une semaine entière de travail) pour cause de maladie et d'incapacité temporaire. Les données sont des moyennes annuelles d'estimations trimestrielles. Les estimations pour l'Australie et le Canada concernent uniquement des absences d'une semaine entière.

Source : Enquête européenne sur les forces de travail (EFT-UE) et enquêtes nationales sur les forces de travail pour l'Australie, le Canada et les États-Unis.

Graphique 2.13. **Des épisodes antérieurs de prestations maladie augmentent la probabilité d'être candidat à une pension d'invalidité**

Effets marginaux d'un modèle de probabilité de l'invalidité sur une prestation maladie décalée[a, b, c]



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

a) Les effets marginaux sont estimés à partir d'un modèle Logit. Ils saisissent l'effet d'une prestation maladie décalée sur la probabilité de percevoir des prestations d'invalidité. Un effet marginal positif signifie une probabilité plus grande de percevoir une pension d'invalidité. Aux Pays-Bas et en Suède, l'effet d'une prestation maladie correspond à des épisodes décalés de deux périodes car les prestations maladie ont une durée supérieure à un an (dans tous les autres pays, on utilise des épisodes décalés d'une période).

b) Les échantillons englobent des personnes présentes dans au moins trois vagues consécutives.

c) Toutes les régressions englobent des variables fictives régionales (excepté pour l'Allemagne) et les caractéristiques « initiales » suivantes de travail : secteur, profession, type de contrat, horaires de travail, travail posté, secteur public et taille de l'entreprise.

Source : Estimations de l'OCDE se fondant sur les vagues longitudinales 2005-06-07 de EU-SILC.

Espagne. Ces constats soulignent l'importance des mesures de prévention sur le lieu de travail, de l'identification à un stade précoce et du suivi des problèmes de santé susceptibles de durer longtemps. Dans d'autres pays, le chômage est une voie d'entrée importante dans les régimes d'invalidité. Les individus qui étaient auparavant chômeurs sont plus à risque d'entrer dans les régimes d'invalidité dans les pays d'Europe orientale, en Finlande et en Grèce (résultats d'un modèle similaire non présentés).

Des groupes sociodémographiques particuliers ont un risque plus grand de voir leur absence pour maladie se transformer en demande de prestation d'invalidité. L'analyse montre que les femmes sont moins susceptibles que les hommes d'entrer dans un régime d'invalidité (tableau 2.2, partie A), mais plus susceptibles en revanche de devenir bénéficiaires de prestations dès lors qu'elles ont perçu des prestations d'assurance maladie (tableau 2.2, partie B). Les jeunes bénéficiaires de prestations d'assurance maladie sont également relativement plus susceptibles d'être admis au bénéfice de l'invalidité. Ces deux constats sont importants au vu des augmentations récentes des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité parmi les femmes et les jeunes adultes. Les travailleurs peu qualifiés ont en général un risque plus grand de devenir des bénéficiaires de prestations d'invalidité (partie A), mais cet effet est renforcé pour les bénéficiaires peu qualifiés de prestations d'assurance maladie (partie B). Les travailleurs hautement qualifiés, en revanche, sont généralement moins susceptibles d'entrer dans

Tableau 2.2. **La probabilité de percevoir une pension d'invalidité après un épisode d'absence pour maladie varie avec les caractéristiques personnelles**

Coefficients obtenus à partir d'un modèle estimant la probabilité d'entrer dans un régime d'invalidité (partie A) et coefficients obtenus à partir d'un modèle similaire conditionné à un épisode antérieur d'absence pour maladie (partie B)[a, b, c]

	Partie A. Invalidité Logit	Partie B. Interactions entre les prestations d'assurance maladie décalées et les caractéristiques personnelles
Prestation d'assurance maladie décalée	0.029***	
Sexe = F	–0.016***	0.009**
Âge	0.011***	–
Âge^2	0.000***	–
20-34	–	0.018*
50-64	–	0.009
Situation de famille		
Célibataire	0.022***	
Séparée/divorcée	0.012***	
Veuve	–0.006**	
Niveau d'études		
Peu qualifiée	0.009***	0.157**
Hautement qualifiée	–0.020***	0.201**
Ancienneté dans l'emploi (en années)	–0.002***	
Quintile de revenu du ménage		
1er quintile	0.004**	–0.004
2e quintile	0.005***	0.002
4e quintile	–0.007***	0.008
5e quintile	–0.019***	0.005
Observations	128 163	

*, **, *** : statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

a) Les échantillons englobent des personnes présentes dans au minimum trois vagues consécutives.

b) Effets marginaux rapportés (voir note a du graphique 2.13).

c) Toutes les régressions contiennent des variables régionales fictives (excepté pour l'Allemagne) et les caractéristiques « initiales » suivantes du travail : secteur, profession, type de contrat, horaires de travail, travail posté, secteur public et taille de l'entreprise.

Source : Estimations de l'OCDE se fondant sur les vagues longitudinales 2005-06-07 de EU-SILC.

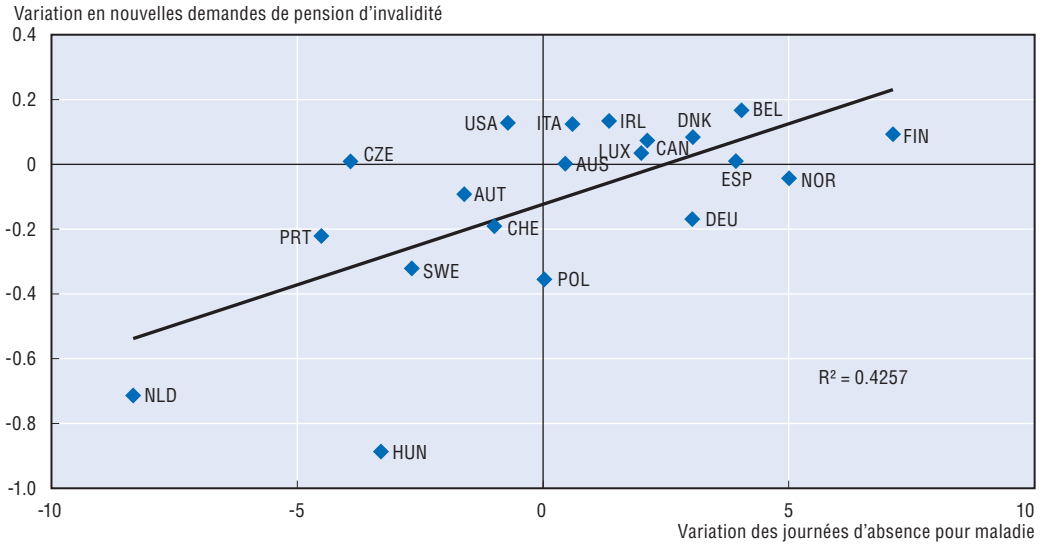
un régime d'invalidité (partie A), mais leur risque de transformer leur absence pour maladie en demande de prestations d'invalidité est supérieur à celui des travailleurs moyennement qualifiés (partie B).

Taux élevés d'entrées dans les régimes d'invalidité

Récemment, certains pays de l'OCDE sont parvenus à faire baisser le nombre des entrées dans les régimes d'invalidité[3]. Dans presque tous les cas, ces baisses sont allées de pair ou ont suivi une réduction de l'absence pour maladie de longue durée (graphique 2.14). Toutefois, le nombre des entrées dans les régimes d'invalidité, qui ont augmenté dans bien des cas, demeure important dans la plupart des pays; il est de 4 à 8 pour mille par an de la population en âge de travailler (graphique 2.15, partie A) en dépit de taux relativement élevés de rejet des demandes de prestations d'invalidité. Ces taux sont de l'ordre de 50 % dans de nombreux pays de l'OCDE, à l'exception des pays nordiques où 10 à 25 % seulement des demandes sont rejetées (graphique 2.15, partie B). Les taux élevés de rejet donnent à penser qu'en fait un groupe beaucoup plus important de travailleurs (pour la plupart sans emploi) cherchent à obtenir une pension d'invalidité permanente.

Graphique 2.14. **Les déclins de l'absence pour maladie précèdent généralement un déclin des demandes de prestations d'invalidité**

Évolution du nombre de journées d'absence pour maladie (1995-2008[a]) et des nouvelles demandes d'accès aux prestations d'invalidité[b] (2000-08[c])



a) 1995-2004 pour l'Australie, 1995-2007 pour l'Islande, 1996-2008 pour la Suisse, 1997-2008 pour la République tchèque et la Hongrie, 1998-2008 pour la République slovaque et les États-Unis et 2001-08 pour la Pologne.

b) Les données pour l'Autriche n'englobent pas les fonctionnaires. Pour le Canada, elles font uniquement référence au régime contributif. Pour l'Allemagne, elles englobent les fonctionnaires mais pas le régime de retraite non contributif et la préretraite pour les personnes lourdement handicapées. Pour l'Espagne, elles ne couvrent que le régime contributif et pour les États-Unis elles ne prennent pas en compte le chevauchement entre les régimes contributifs et non contributifs.

c) 2000-08 pour le Luxembourg et l'Espagne; 2000-07 pour l'Autriche, la Belgique, l'Italie et la Pologne; 2001-06 pour l'Irlande; 2001-07 pour le Canada; 2001-08 pour la République tchèque et 2006-08 pour l'Australie.

Source : Données nationales sur les nouvelles demandes de prestations d'invalidité, Enquête européenne sur les forces de travail (EFT-UE) et enquêtes nationales sur les forces de travail pour l'Australie, le Canada et les États-Unis.

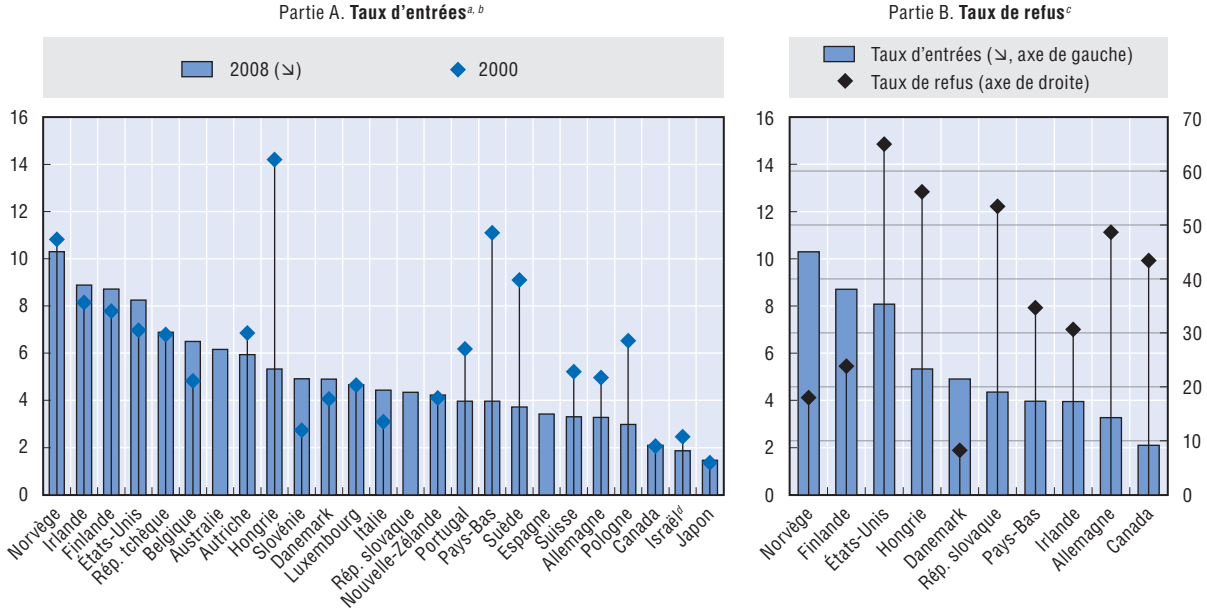
Une analyse plus détaillée des nouvelles demandes de prestations d'invalidité par âge et par sexe donne à penser que, de façon générale, la tendance globale se reflète dans chaque groupe d'âge et pour chaque sexe (pour des détails propres à chaque pays, voir le graphique 2.A1.4 de l'annexe). Dans certains pays, toutefois, on observe des différences significatives qui ont contribué à un déplacement structurel vers des bénéficiaires plus jeunes et de sexe féminin. Dans une série de pays (par exemple, l'Australie, la Belgique et la Slovénie), les taux de demandes ont été plus élevés pour les femmes que pour les hommes ou ils ont chuté pour les hommes mais pas pour les femmes (par exemple, en Allemagne, en Israël et en Suisse). De même, dans plusieurs pays, (par exemple, l'Autriche, le Canada, l'Allemagne, la Norvège, la Suède et la Suisse), la probabilité d'une nouvelle demande a diminué pour les travailleurs âgés mais pas pour les travailleurs jeunes et d'âge actif.

Les sorties des régimes d'invalidité sont pratiquement nulles

Une autre raison du nombre élevé de bénéficiaires est le caractère *permanent* ou *quasi-permanent* des pensions d'invalidité dans la plupart des pays. Dès lors qu'une pension est accordée, la probabilité d'un retour à l'emploi est quasiment nulle. Pour la grande majorité des pays pour lesquels nous disposons de données, environ 1 à 2 % seulement des bénéficiaires sortent chaque année de l'invalidité autrement que pour cause de décès ou de

Graphique 2.15. **Certains pays sont parvenus récemment à réduire le nombre des entrées dans les régimes d'invalidité**

Nouvelles demandes de prestations d'invalidité pour mille personnes en âge de travailler, 2000 et 2008, et proportion des demandes rejetées, 2008



a) Les données pour l'Irlande concernent 2001 et 2006; 2005 pour le Luxembourg et 2007 pour l'Autriche, la Belgique, le Canada, l'Italie, la Pologne, la République slovaque et l'Espagne.

b) Les données pour l'Autriche n'englobent pas les fonctionnaires; celles pour l'Allemagne englobent les fonctionnaires mais pas le régime de retraite non contributif et la préretraite pour les personnes lourdement handicapées; les données pour le Canada et l'Espagne couvrent uniquement le régime contributif de prestations.

c) Les données pour l'Irlande concernent 2007 et les personnes en prestations maladie depuis plus de deux ans ; les chiffres du Canada, de la République slovaque et des États-Unis concernent 2007.

d) Les statistiques pour Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes sur la Rive occidentale selon les termes du droit international.

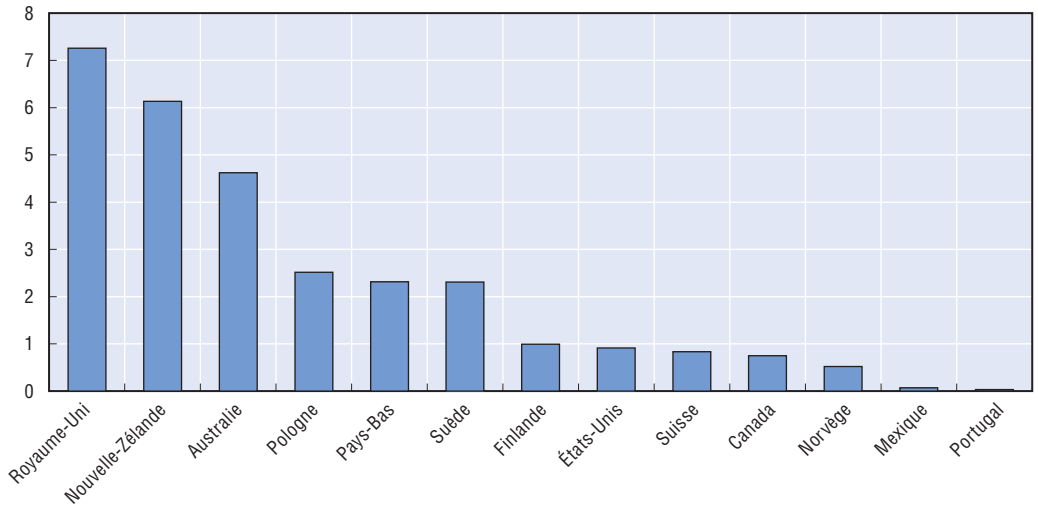
Source : Données fournies par les autorités nationales.

départ à la retraite (graphique 2.16)[4]. Les données plus détaillées disponibles pour certains pays, l'Australie par exemple, donnent à penser que seule une petite minorité des sorties représentées sur ce graphique, souvent quelque 10 à 20 % seulement, correspond à des entrées effectives dans l'emploi.

La permanence de fait des prestations d'invalidité donne à penser qu'un changement de politique aura probablement plus d'impact lorsqu'il visera à prévenir l'attribution de prestations d'invalidité en premier lieu. C'est pourquoi, dans la plupart des pays de l'OCDE, les réformes se sont attachées à aider les personnes à rester dans la population active et à éviter une période de transition dans la dépendance à l'égard des prestations et une sortie durable du marché du travail (chapitre 3). Toutefois, l'augmentation récente des taux de sortie dans un petit nombre de pays, même si elle n'est que de 1 ou 2 points de pourcentage par an, donne à penser qu'il n'est pas impossible de sortir les personnes de la dépendance aux prestations et de les réinsérer dans l'emploi. En conséquence, quelques autres pays cherchent depuis peu les moyens de réduire leurs effectifs de bénéficiaires de prestations de longue durée.

Graphique 2.16. **Les personnes ne sortent pratiquement jamais de l'invalidité longue durée pour entrer dans l'emploi**

Sorties annuelles des régimes d'invalidité en pourcentage du nombre total de bénéficiaires de prestations d'invalidité, 2008[a, b]



a) Les sorties englobent les entrés dans l'emploi et dans d'autres formes d'inactivité mais aussi la perte de droits mais elles n'englobent pas les décès et les transferts en pension de vieillesse.

b) Les données font référence à 2005 pour l'Australie et le Royaume-Uni, à 2006 pour la Finlande et à 2007 pour le Canada, la Pologne et le Portugal. Les données pour le Canada et les États-Unis font uniquement référence aux régimes contributifs d'invalidité, celles pour la Pologne au régime contributif des agriculteurs et celles pour le Royaume-Uni au régime de l'incapacité longue durée.

Source : Données fournies par les autorités nationales.

2.5. Conclusion

Des données qui précèdent se dégagent les faits suivants :

- Les résultats au plan de l'emploi des personnes ayant des problèmes de santé ou un handicap sont décevants, en particulier pour celles souffrant de troubles mentaux. Un contexte économique favorable avant la récente récession ne les a pas aidées à intégrer en plus grand nombre le marché du travail.
- Les taux de chômage des personnes handicapées étaient bien supérieurs à ceux des autres groupes de population avant la crise actuelle de l'emploi. La récente dégradation de la situation sur le marché du travail devrait donc creuser encore l'écart entre personnes handicapées et personnes sans handicap.
- Le revenu moyen équivalent des personnes handicapées est bien inférieur à celui du reste de la population, et leur probabilité d'être en situation de pauvreté est bien plus grande.
- Les dépenses publiques liées à l'incapacité sont importantes; avant la crise de l'emploi, elles étaient en moyenne environ 2.5 fois supérieures aux dépenses au titre de l'indemnisation du chômage dans les pays de l'OCDE.
- Le niveau élevé des dépenses liées à l'incapacité est le résultat du grand nombre de personnes percevant une pension d'invalidité, qui est devenue la principale prestation d'âge actif dans la plupart des pays de l'OCDE.
- Dans la plupart des pays, on a observé une évolution structurelle de la composition des effectifs de bénéficiaires de prestations; ceux-ci tendent désormais à être plus jeunes et sont plus fréquemment de sexe féminin qu'il y a dix ou vingt ans. En outre, les maladies

mentales sont responsables aujourd'hui de la majorité des nouvelles demandes de prestations d'invalidité.

- Les réformes globales mises en œuvre ces dernières années ont inversé la tendance à la hausse dans un certain nombre de pays. Ce changement a été obtenu dans une large mesure par des réformes affectant les nouveaux candidats aux prestations.

Notes

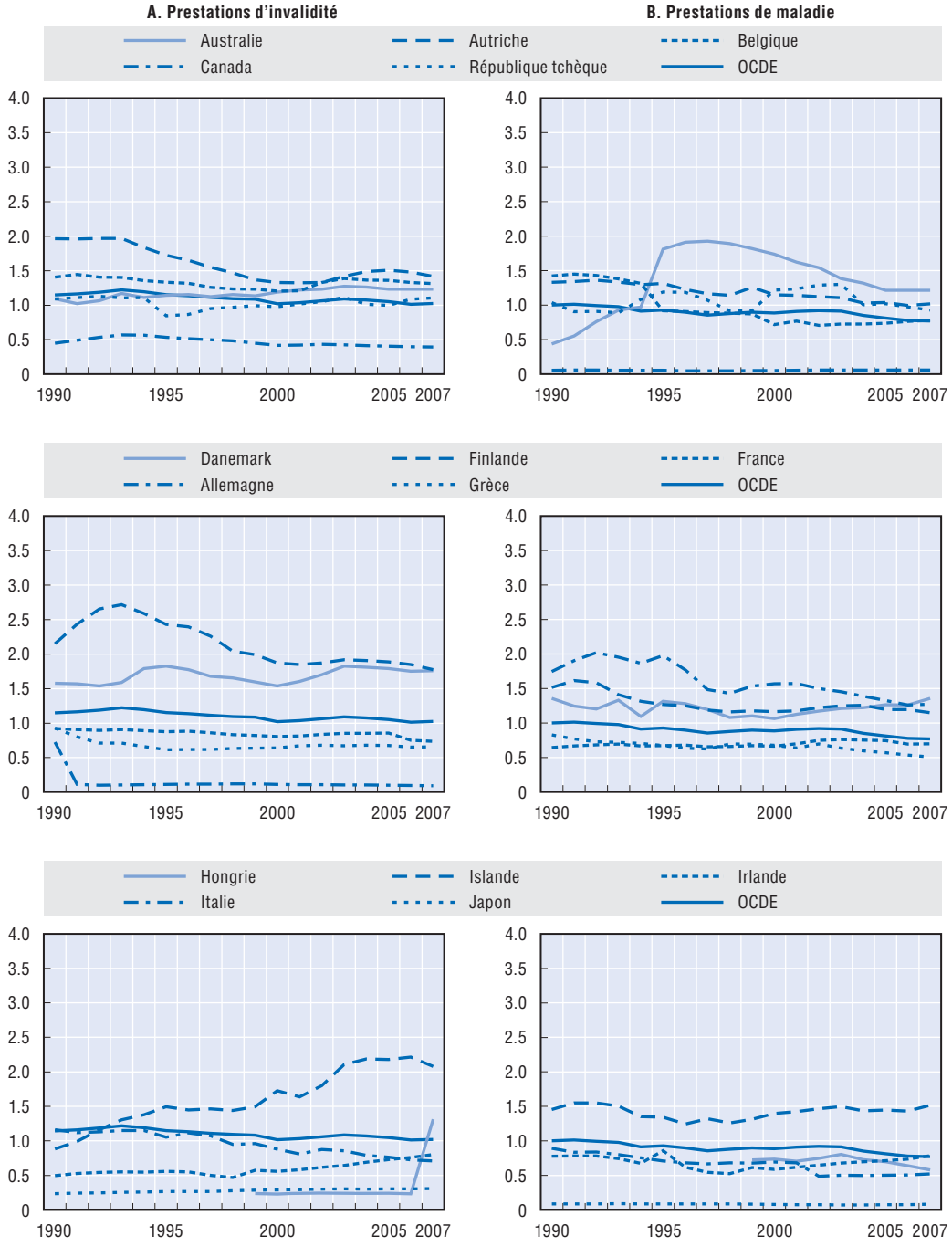
1. La Pologne est une exception à cet égard : les personnes handicapées y sont largement surreprésentées dans l'agriculture, parmi les travailleurs indépendants et les travailleurs temporaires mais elles sont sous-représentées dans le secteur public. Cela tient au fait que la majorité des Polonais ayant un handicap travaillent dans des emplois protégés.
2. Dans le texte qui suit, le revenu est le revenu par personne corrigé de la taille du ménage, et le taux de pauvreté désigne le pourcentage de personnes handicapées dans les ménages dont le revenu est inférieur à 60 % du revenu disponible médian corrigé de l'ensemble de la population en âge de travailler. En divisant le revenu total du ménage par la racine carrée de la taille du ménage, on obtient une élasticité d'équivalence de 0.5. Ainsi, le revenu d'un ménage de quatre personnes est considéré équivalent à celui de deux ménages composés d'une seule personne.
3. La baisse des taux d'entrée dans les régimes d'invalidité est une conséquence d'un durcissement de l'accès, par exemple d'une fermeture de l'accès aux prestations d'invalidité pour certains groupes à capacité partielle de travail, d'un durcissement des règles pour l'évaluation de l'invalidité et d'un élargissement des responsabilités de l'employeur en matière de maladie et d'invalidité et de paiement des prestations. Dans certains pays, toutefois, la baisse des taux d'entrée est aussi largement imputable au recours accru à la préretraite comme alternative à l'invalidité pour les travailleurs âgés.
4. La Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni font exception à ce taux annuel de sortie faible. Les taux de sortie plus élevés observés dans ces deux pays sont, dans une large mesure, le résultat d'une proportion plus forte, parmi les effectifs de bénéficiaires de prestations d'invalidité, de personnes souffrant de pathologies de courte durée (qui, dans d'autres pays, percevraient des prestations de maladie).

ANNEXE 2.A1

Données supplémentaires

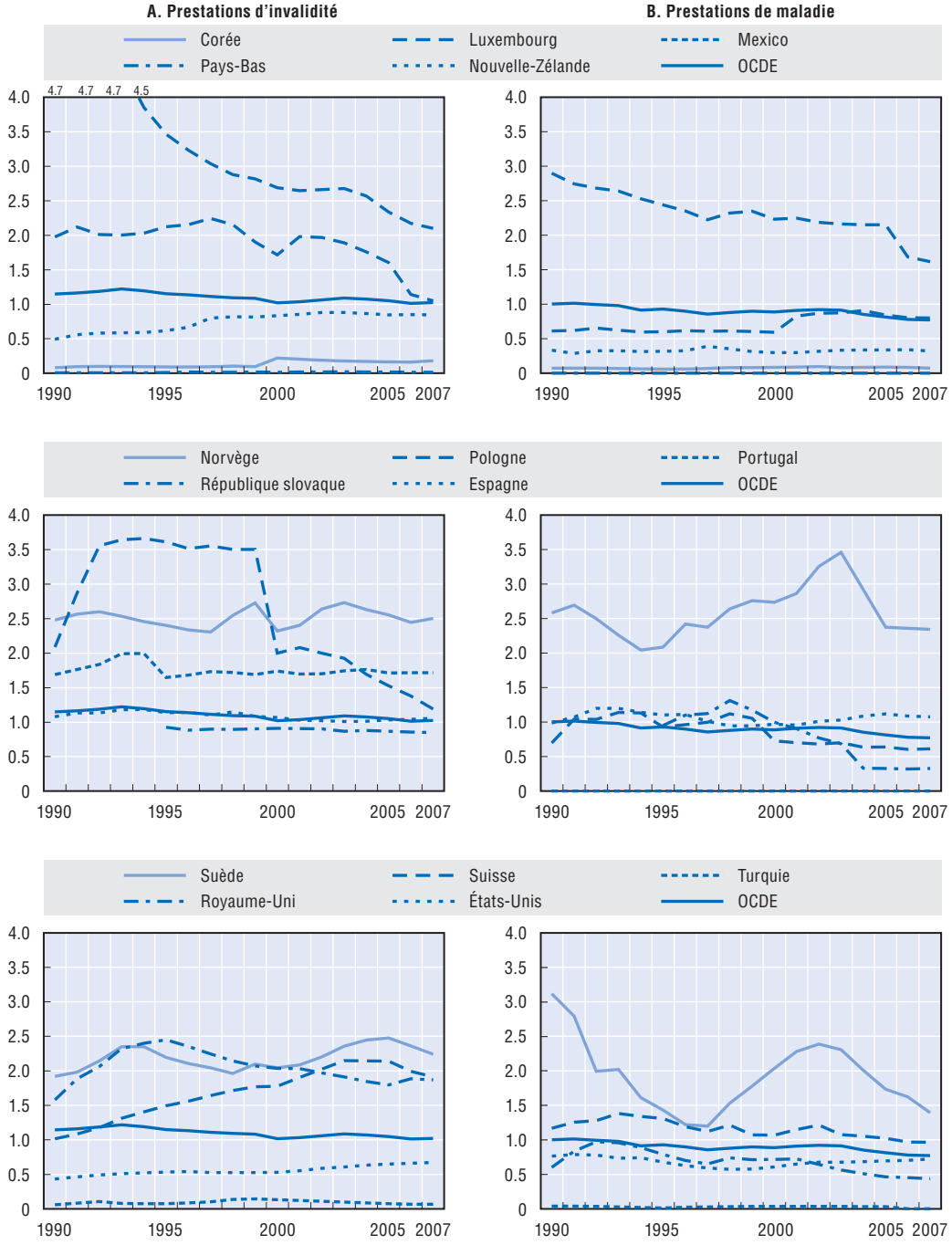
Graphique 2.A1.1. **Les dépenses au titre des prestations d'invalidité ont eu tendance à baisser à la fin des années 90 mais elles ont légèrement augmenté récemment**

Dépenses annuelles au titre des prestations de maladie et d'invalidité, en pourcentage du PIB, 1990-2007



Graphique 2.A1.1. **Les dépenses au titre des prestations d'invalidité ont eu tendance à baisser à la fin des années 90 mais elles ont légèrement augmenté récemment** *(suite)*

Dépenses annuelles au titre des prestations de maladie et d'invalidité, en pourcentage du PIB, 1990-2005

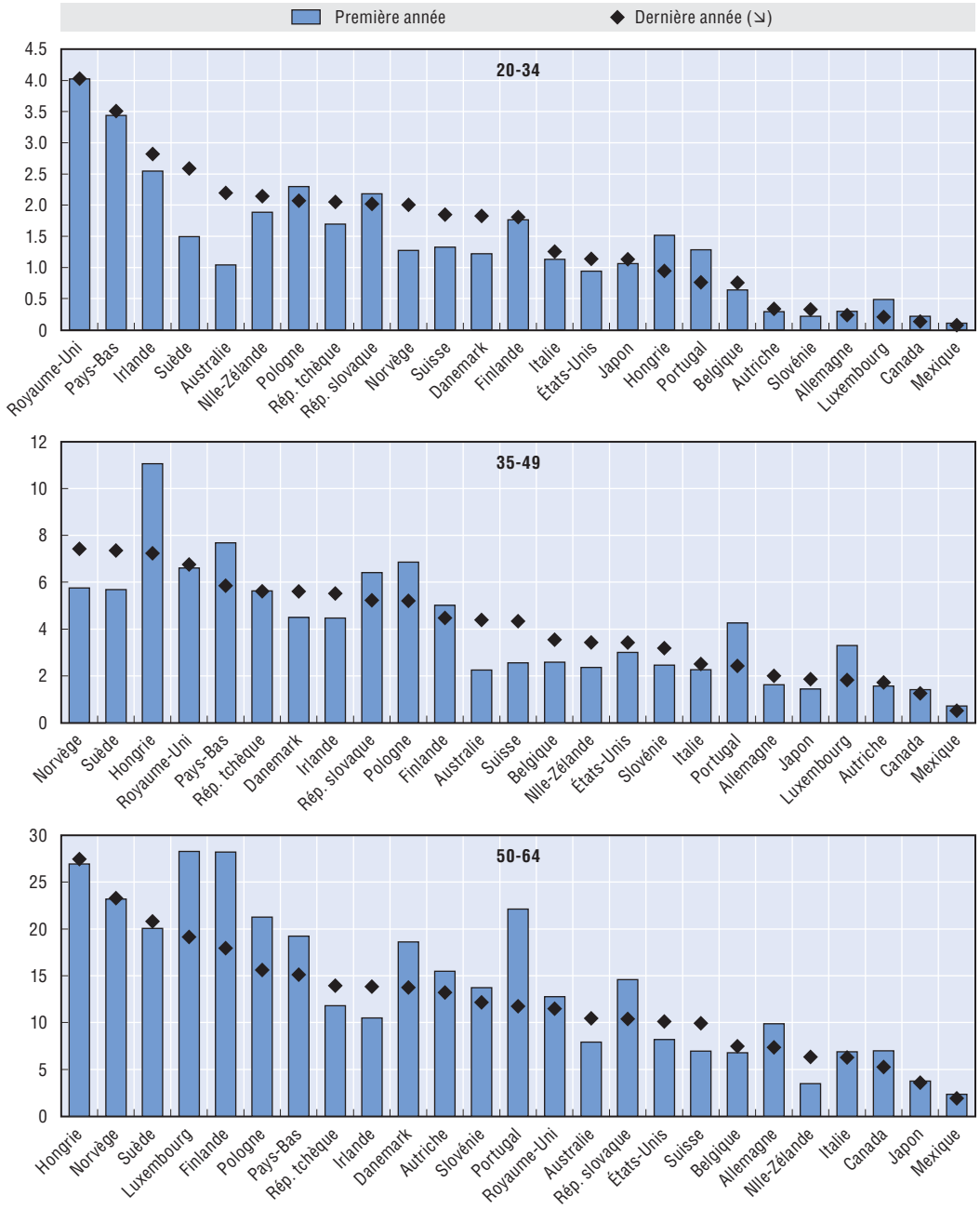


Note : Englobe les dépenses publiques et les dépenses privées.

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

Graphique 2.A1.2. **Pour les niveaux et les tendances des taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité, les 50-64 ans sont en position dominante**

Taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité pour les trois grands groupes d'âge, première et dernière année disponibles[a, b]



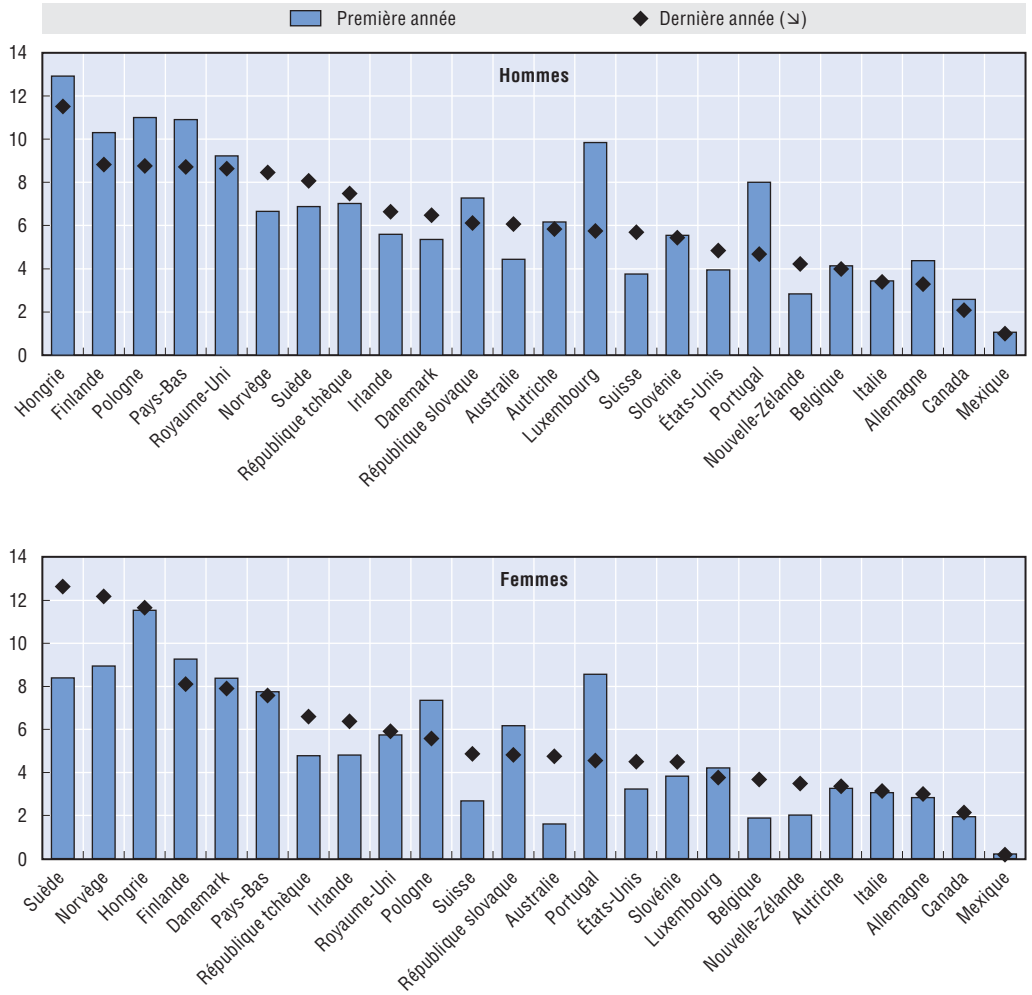
a) Période couverte : 1990-2008 pour l'Australie, la Belgique, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, la Norvège et le Portugal; 1990-2007 pour l'Autriche; 1992-2008 pour la Suisse; 1995-2005 pour le Luxembourg; 1995-2007 pour la République slovaque; 1995-2008 pour l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande et la Suède; 1996-2007 pour le Canada; 1999-2005 pour le Royaume-Uni; 1999-2008 pour les Pays-Bas; 2000-07 pour l'Italie; 2000-08 pour la Hongrie, la Slovénie et les États-Unis; 2001-08 pour l'Irlande; 2003-07 pour le Japon; 2003-08 pour le Mexique; 2004-07 pour la Pologne.

b) Les données pour le Canada concernent uniquement le régime contributif d'invalidité (prestation d'invalidité du régime de pension du Canada et du Québec).

Source : Données fournies par les autorités nationales.

Graphique 2.A1.3. **Dans certains pays, les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont désormais plus souvent des femmes que des hommes**

Taux de bénéficiaires de prestations d'invalidité pour les hommes et les femmes, première et dernière années disponibles[a, b]



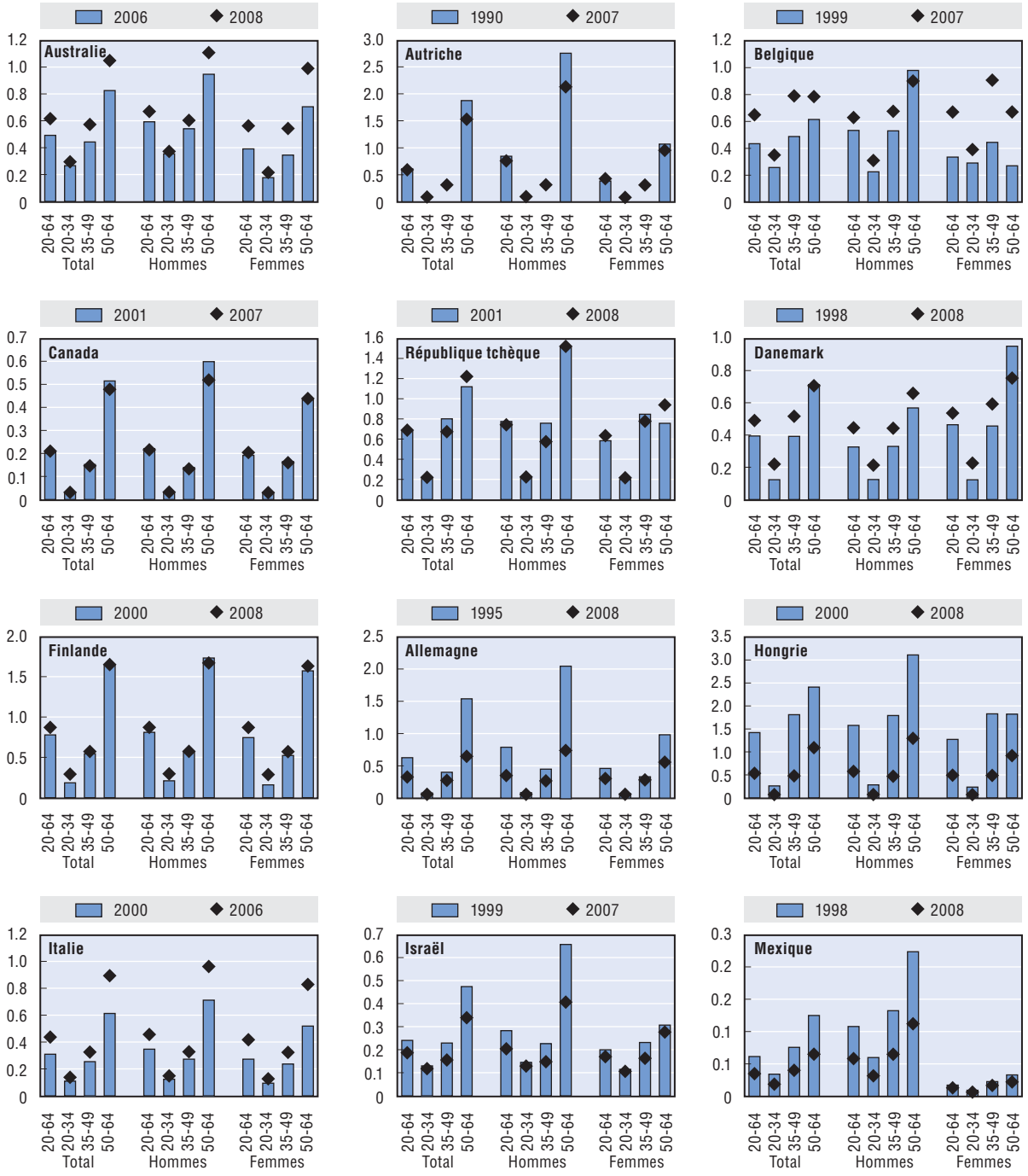
a) Période couverte : 1990-2008 pour l'Australie, la République tchèque, le Danemark, la Finlande, le Mexique, la Norvège, le Portugal et la Suède ; 1990-2007 pour l'Autriche et la Belgique ; 1992-2008 pour l'Allemagne et la Suisse ; 1995-2005 pour le Luxembourg ; 1995-2007 pour la République slovaque ; 1995-2008 pour la Nouvelle-Zélande et la Suède ; 1996-2007 pour le Canada ; 1999-2005 pour le Royaume-Uni ; 1999-2008 pour les Pays-Bas ; 2000-07 pour l'Italie ; 2000-08 pour la Hongrie, la Slovénie et les États-Unis ; 2001-08 pour l'Irlande ; 2003-08 pour le Mexique ; 2004-07 pour la Pologne.

b) Les données pour le Canada et les États-Unis font référence uniquement au régime contributif d'invalidité (prestation d'invalidité du régime de pension du Canada et du Québec et assurance invalidité de la sécurité sociale).

Source : Données fournies par les autorités nationales.

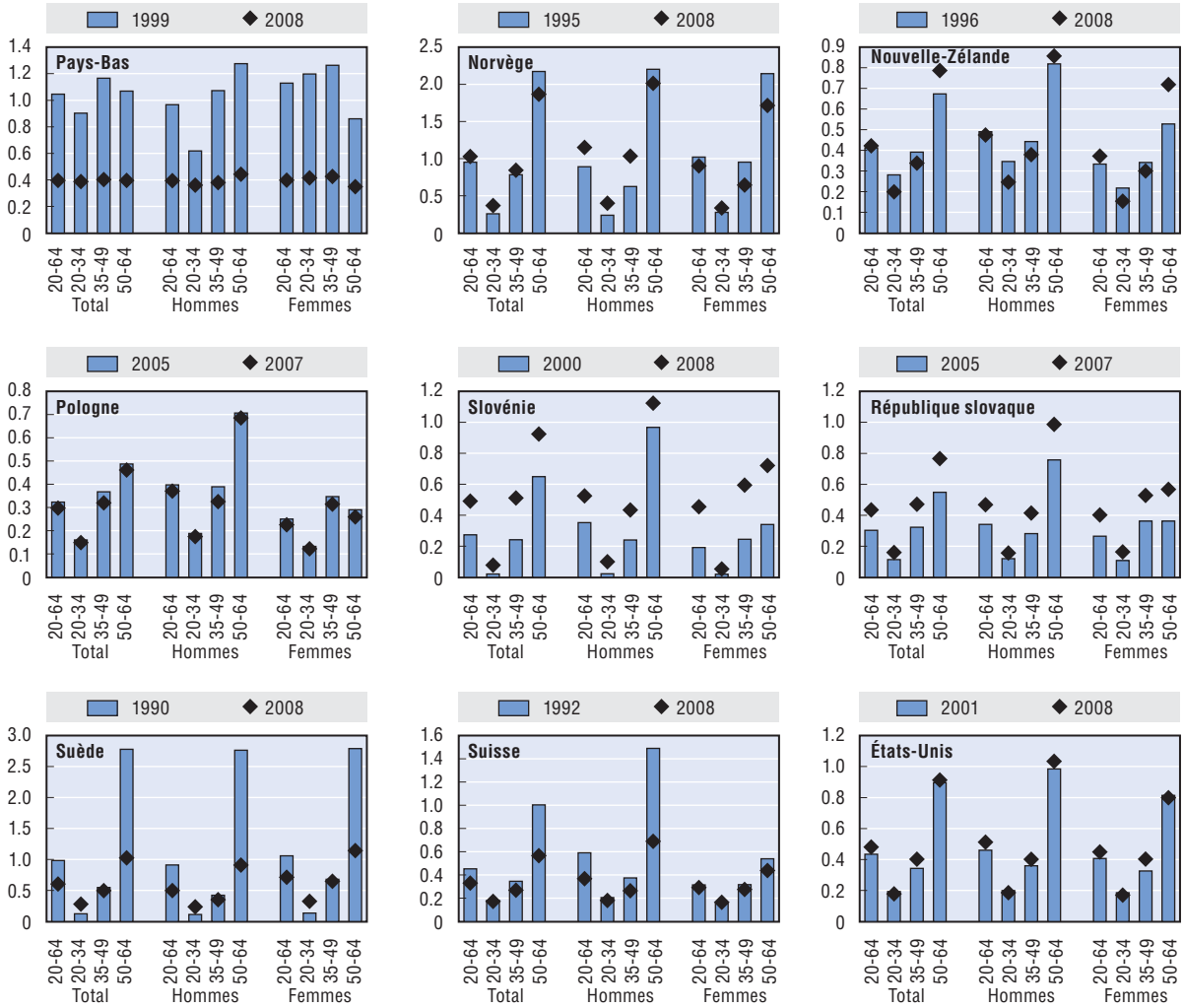
Graphique 2.A1.4. **La structure par âge des entrées dans les régimes d'invalidité varie considérablement d'un pays à l'autre**

Nouvelles demandes de prestations d'invalidité par âge et par sexe en pourcentage de la population du groupe d'âge respectif, première et dernière année disponibles



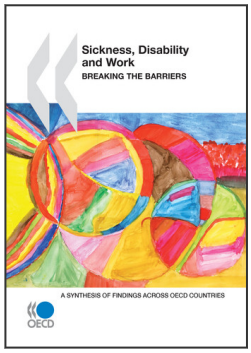
Graphique 2.A1.4. **La structure par âge des entrées dans les régimes d'invalidité varie considérablement d'un pays à l'autre** *(suite)*

Nouvelles demandes de prestations d'invalidité par âge et par sexe en pourcentage de la population du groupe d'âge respectif, première et dernière année disponibles



Note : Pour les définitions, voir graphique 2.15.

Source : Données fournies par les autorités nationales.



Extrait de :

Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers

A Synthesis of Findings across OECD Countries

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/9789264088856-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Grandes tendances et résultats en matière de maladie et de handicap », dans *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers : A Synthesis of Findings across OECD Countries*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/9789264088870-4-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. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.