

# ASPECTS DE LA SECURITE SOCIALE

*Rapport dans le cadre du troisième  
Programme de recherche pluriannuel sur l'assurance invalidité (PR-AI3)*

## ***Jeunes atteints dans leur santé : mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité***

*Aperçu des réformes menées, d'expériences faites et  
d'enseignements tirés dans cinq pays*

*Rapport de recherche n°3/17f*



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Département fédéral de l'intérieur DFI  
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV  
Office fédérale des assurances sociales OFAS

L'Office fédéral des assurances sociales publie dans sa série « Aspects de la sécurité sociale » des travaux conceptuels et des rapports de recherche ou d'évaluation sur des sujets d'actualité dans le domaine de la sécurité sociale pour les rendre accessibles au grand public et stimuler la discussion. Les conclusions et les recommandations présentées par les auteurs ne reflètent pas forcément l'opinion de l'Office fédéral des assurances sociales.

**Auteurs:** Prins, Rienk  
Rienk Prins Consultancy  
Fazantenkamp 447  
NL-3607 XG Maarssen  
Tel. +31 (0) 612 479 223  
E-mail: [rienkprinsnl@gmail.com](mailto:rienkprinsnl@gmail.com)

**Renseignements:** Office fédéral des assurances sociales  
Effingerstrasse 20  
CH-3003 Berne

Martin Wicki (Recherche, évaluation et statistique)  
Tel. +41 (0) 58 462 90 02  
E-mail : [martin.wicki@bsv.admin.ch](mailto:martin.wicki@bsv.admin.ch)

Christina Eggenberger (Domaine Assurance-invalidité)  
Tel. +41 (0) 58 462 92 15  
E-mail : [christina.eggenberger@bsv.admin.ch](mailto:christina.eggenberger@bsv.admin.ch)

**ISSN:** 1663-4659 (rapport électronique)  
1663-4667 (version imprimée)

*Traduit de l'original anglais*

**Copyright:** Office fédéral des assurances sociales, CH-3003 Berne  
Reproduction d'extraits autorisée – excepté à des fins commerciales – avec mention de la source ; copie à l'Office fédéral des assurances sociales.

**Diffusion:** OFCL, vente des publications fédérales, CH-3003 Berne  
[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)

**Numéro de commande:** 318.010.3/17f

# **Jeunes atteints dans leur santé : mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité**

**Aperçu des réformes menées, des expériences faites et  
des enseignements tirés dans cinq pays**

Le 1<sup>er</sup> novembre 2016

Rienk Prins

Collaboration :

Tobias Carstensen, Danemark

Sara Hultqvist, Suède

Michael Fuchs, Autriche

Sarah Woodin, Royaume-Uni

Edwin de Vos, Pays-Bas

**Rienk Prins Consultancy**

Maarssen (Pays-Bas)



## **Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales**

Depuis quelque temps, la limitation de l'accès des jeunes adultes aux rentes d'invalidité se trouve souvent sous les feux de l'actualité médiatique. La question est également débattue au niveau politique comme le montrent les nombreuses prises de position sur le développement continu de l'assurance-invalidité. La pratique à l'étranger, en particulier au Danemark, est régulièrement citée à titre d'exemple.

Pour disposer d'informations avérées sur la structure et le fonctionnement de différents modèles prévoyant un âge minimal pour l'octroi d'une rente, une étude a été menée dans cinq pays dotés d'un système de sécurité sociale comparable au nôtre : le Danemark, la Grande-Bretagne, l'Autriche, la Suède et les Pays-Bas. À l'instar de la Suisse, ces cinq pays ont pour objectif d'insérer sur le marché primaire de l'emploi les jeunes personnes atteintes dans leur santé plutôt que de leur octroyer une rente.

Il faut être très prudent lorsque l'on compare les systèmes sociaux au niveau international, car les structures, les modalités de financement et le droit aux prestations de la sécurité sociale varient beaucoup d'un pays à l'autre. Il est donc rarement possible de transposer tels quels les résultats d'études de ce genre. Cela dit, un examen approfondi des approches et solutions innovantes adoptées par d'autres pays est intéressant et particulièrement utile en vue du développement continu et de l'optimisation des assurances sociales en Suisse.

Les résultats de notre étude montrent que la limitation de l'accès des jeunes aux rentes d'invalidité influence grandement les autres institutions de l'État social et, partant, l'interaction des assurances sociales, de l'aide sociale ainsi que des systèmes de santé et d'éducation. De grands défis se posent en particulier à la coopération interinstitutionnelle, élevés, étant donné qu'il faut continuer de garantir l'existence des jeunes personnes en l'absence d'une rente. Ainsi, les cinq pays qui ont limité l'accès à la rente des jeunes atteints dans leur santé ont parallèlement renforcé leurs offres de formation et leurs mesures d'intégration sociale et professionnelle en faveur de ce groupe d'assurés. Comme ces changements sont récents, il faudra attendre plusieurs années avant de savoir s'ils produisent les effets recherchés et si les jeunes personnes concernées ont réussi à s'intégrer sur le marché du travail. Les premiers résultats donnent une image mitigée : si certaines mesures semblent être efficaces à court terme, d'autres engendrent de nouvelles difficultés.

Une conclusion intéressante est que les cinq pays ont opté pour une amélioration de l'intégration sur le marché primaire de l'emploi et un renforcement de la coopération interinstitutionnelle, deux démarches qui étaient également au cœur des révisions de l'AI réalisées ces dernières années. En Suisse, des études menées par l'OFAS ont permis de constater que les efforts d'intégration ne sont pas encore suffisamment rigoureux pour une partie des jeunes souffrant de troubles de la santé. Il n'est toutefois pas certain que l'introduction d'un âge minimal pour l'octroi d'une rente permette de remédier à cette situation. Cela ressort de la présente étude. Le développement continu de l'AI s'oriente vers un renforcement des moyens déployés pour améliorer la formation des jeunes assurés et leur intégration professionnelle. Il faudra, ici comme à l'étranger, attendre un certain temps pour juger de l'impact de ces mesures.

Stefan Ritler, vice-directeur

Responsable du domaine Assurance-invalidité



## **Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen**

Zahlreiche Medien haben in jüngster Zeit das Thema der Zulassungsbeschränkung von jungen Erwachsenen zu Invalidenrenten aufgegriffen. Auch im politischen Diskurs ist das Thema präsent, wie zahlreiche Stellungnahmen zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung zeigen. Dabei wurde jeweils auf Beispiele anderer Länder – allen voran Dänemark – verwiesen.

Um fundiertes Wissen darüber zu schaffen, wie solche Systeme mit Mindestrentenalter ausgestaltet sind und funktionieren, wurden im vorliegenden Bericht fünf mit der Schweiz vergleichbare (Renten-)Systeme beleuchtet und dargestellt: Dänemark, Grossbritannien, Österreich, Schweden und die Niederlande. Allen Systemen gemeinsam ist das Ziel, junge, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen im ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, statt ihnen Renten auszurichten.

Bei Länder- und Systemvergleichen ist grundsätzlich grosse Vorsicht geboten, da sich die Sozialsysteme in ihrem Aufbau, der Finanzierungsart oder den Zugangsberechtigungen stark unterscheiden. Entsprechend können die Erkenntnisse selten direkt übertragen werden. Nichtsdestotrotz kann es interessant und lehrreich sein, andere Länder mit verschiedenen, neuen Lösungsansätzen genauer zu studieren. Dies auch gerade im Hinblick auf die stetige Weiterentwicklung und Optimierung der Systeme und Vorgehensweisen in der Schweiz.

Die fünf europäischen Länderstudien zeigen, dass Zugangseinschränkungen zu Invalidenrenten für Junge andere sozialstaatliche Einrichtungen stark tangieren und damit das Zusammenspiel zwischen zahlreichen Akteuren wie Sozialversicherungen, Sozialhilfe, Bildungs- oder Gesundheitssystem beeinflussen. Dies stellt hohe interinstitutionelle Kooperationsanforderungen, da der Lebensunterhalt dieser jungen Menschen auf irgendeine Art gesichert bleiben muss. Die betrachteten Länder bauten gleichzeitig mit der Beschränkung des Rentenzugangs für junge Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen Alternativen zur Rente aus, namentlich Angebote zur verstärkten sozialen und beruflichen Eingliederung und Bildung dieser Personen. Ob diese Fokusänderung erfolgreich sein wird und die berufliche Integration dieser gesundheitlich beeinträchtigten jungen Personen gelingen wird, lässt sich erst in einigen Jahren beantworten, denn die im Rahmen dieser Studie dargestellten Reformen sind fast durchwegs noch jüngeren Datums. Erste Resultate ergeben ein durchgezogenes Bild: einige Massnahmen scheinen rasch zu greifen, andere ziehen Folgeprobleme nach sich.

Auffällig ist, dass die Reformen in den betrachteten Ländern überall auf eine verbesserte berufliche Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt abzielen und die verstärkte interinstitutionelle Kooperation anstreben, genau wie dies die IVG-Revisionen der letzten Jahre auch in der Schweiz anstreben. Dass dies bei einem Teil der jungen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch zu wenig konsequent geschieht, haben unsere Forschungsstudien gezeigt. Ob der Druck zur Verstärkung dieser Anstrengungen durch das Festsetzen eines Mindestrentenalters tatsächlich erhöht werden kann, lässt sich mit diesem Bericht noch nicht abschliessend beurteilen. Die Weiterentwicklung der IV geht den Weg, die Mittel, um junge Menschen in die Ausbildung und die Arbeitswelt zu bringen, zu verstärken. Auch hier wird erst nach einer gewissen Zeit beurteilt werden können, wie sich diese Massnahmen auswirken werden.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung





## **Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

Recentemente numerosi media hanno ripreso il tema della limitazione della concessione di rendite d'invalidità ai giovani adulti. Questo tema è presente anche nel dibattito politico, come dimostrano molteplici pareri espressi nel quadro della consultazione sull'ulteriore sviluppo dell'assicurazione invalidità, che rimandano a esempi di altri Paesi, primo fra tutti la Danimarca.

Al fine di avere conoscenze fondate sull'organizzazione e sul funzionamento dei modelli che prevedono un'età minima per la concessione di una rendita, nel presente rapporto sono stati illustrati cinque sistemi (di rendita) comparabili a quello della Svizzera, ossia quelli di Danimarca, Regno Unito, Austria, Svezia e Paesi Bassi. L'obiettivo comune a tutti i sistemi è integrare nel mercato del lavoro primario le persone giovani con problemi di salute, invece di versare loro una rendita.

In linea di massima, il confronto fra Paesi e sistemi richiede grande prudenza, dato che i sistemi sociali sono molto diversi fra loro per struttura, modalità di finanziamento o condizioni di diritto. Pertanto le conoscenze possono essere trasferite direttamente soltanto di rado. Ciononostante può essere interessante e istruttivo studiare in modo più approfondito altri Paesi con approcci diversi e innovativi, anche e soprattutto nella prospettiva dello sviluppo e del perfezionamento costanti dei sistemi e delle procedure in Svizzera.

Gli studi sui cinque Paesi europei indicano che le limitazioni della concessione di rendite d'invalidità ai giovani toccano da vicino anche altri organi dello Stato sociale e influiscono così sull'interazione fra numerosi attori come le assicurazioni sociali, l'aiuto sociale, il sistema di formazione o il sistema sanitario. Ciò implica la necessità di un'elevata cooperazione interistituzionale, dal momento che bisogna continuare a garantire in qualche modo il sostentamento di questi giovani. Parallelamente alla limitazione della concessione di rendite ai giovani con problemi di salute, i Paesi presi in esame hanno sviluppato alternative alla rendita, in particolare strumenti volti a rafforzare la formazione e l'integrazione sociale e professionale di queste persone. Ci vorrà ancora qualche anno per sapere se questo cambiamento di prospettiva avrà successo e se l'integrazione professionale di questi giovani con problemi di salute avrà esito positivo, visto che le riforme considerate nell'ambito del presente studio sono quasi tutte di recente introduzione. I primi risultati mostrano un quadro in chiaroscuro: alcune misure sembrano efficaci in tempi rapidi, mentre altre hanno ripercussioni negative.

È significativo che tutte le riforme attuate nei Paesi presi in considerazione mirano a una migliore integrazione nel mercato del lavoro primario e a una maggiore cooperazione interistituzionale, ovvero gli stessi obiettivi perseguiti anche in Svizzera con le revisioni AI degli ultimi anni. Dagli studi svolti al riguardo è emerso che per una parte dei giovani con problemi di salute le misure sono adottate in modo ancora troppo poco sistematico. Al momento, il presente rapporto non permette di valutare in via definitiva se fissando un'età minima per la concessione di rendite aumenterebbe effettivamente la pressione per il rafforzamento degli sforzi in tal senso. L'ulteriore sviluppo dell'AI va nella direzione di potenziare i mezzi per inserire i giovani nella formazione e nel mondo del lavoro. Anche in questo caso, sarà possibile valutare gli effetti delle misure previste soltanto dopo un determinato lasso di tempo.

Stefan Ritler, vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità



## Foreword by the Federal Social Insurance Office

Various media have reported recently on the topic of restrictions on access to invalidity pensions for young adults. As numerous statements on the further development of invalidity insurance show, the topic has also been subject to political debate. Here, other countries – in particular Denmark – were taken as examples.

In order to create a solid base of knowledge as to how such systems with a minimum pensionable age are structured and function, this report examines and presents five (pension) systems that are comparable to the Swiss system: Denmark, UK, Austria, Sweden and the Netherlands. All systems aim at integrating young people whose health is impaired into the labour market instead of paying them a pension.

Considerable caution must be exercised when comparing countries and systems, as the social security systems vary greatly in terms of their structure, financing and access entitlements. Consequently, the findings can rarely be transferred directly. Nevertheless, it can be interesting and informative to take a closer look at other countries with different, new approaches. This is particularly the case with a view to the ongoing development and optimisation of systems and processes in Switzerland.

The five European country studies show that access restrictions to invalidity pensions for young people impact heavily on other social security systems, thus influencing the interplay between numerous players such as social insurance, social welfare, educational and healthcare systems. This places high demands on inter-institutional cooperation, as the livelihoods of these young people have to be safeguarded in some way. At the same time as restricting access to pensions, the countries under consideration developed alternatives to pensions for young people with health impairments, such as ways to increase their social and professional integration and improve their education. Whether this shift in focus and the professional integration of these young people with health impairments will succeed can only be seen in several years' time, as the reforms presented in this study are almost all recent. The first results are presenting a mixed picture: several measures seem to be having a rapid effect, while others entail follow-on problems.

What stands out is that the reforms in the countries under consideration all aim at improving integration into the primary labour market and at stepping up inter-institutional cooperation, similar to the IV revisions in recent years in Switzerland. Our research studies have shown that this is not being pursued systematically enough among some of the young people with health impairments. It is not possible, on the basis of this report, to say whether pressure to step up these efforts can be increased by setting a minimum pensionable age. The further development of the IV system aims to expand the resources needed to help young people enter training and the workforce. Here too, it will take some time before we see how effective these measures are.

Stefan Ritler, Vice-Director

Head of Invalidity Insurance Domain



## Table des matières

<b>Abréviations</b> .....	<b>III</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>V</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>IX</b>
<b>Riassunto</b> .....	<b>XIII</b>
<b>Summary</b> .....	<b>XVII</b>
<b>1 Introduction</b> .....	<b>1</b>
1.1 <i>Objectif du projet et contexte</i> .....	1
1.2 <i>Méthodologie</i> .....	1
1.3 <i>Elaboration des sujets à traiter</i> .....	3
1.4 <i>Pays et réformes choisis</i> .....	3
<b>2 Aperçu des réformes : contextes, contenus et axes</b> .....	<b>5</b>
2.1 <i>Introduction</i> .....	5
2.2 <i>Aperçu des réformes</i> .....	5
2.3 <i>Contexte des réformes</i> .....	6
2.4 <i>Axes des réformes : mesures prises</i> .....	7
<b>3 Mise en œuvre et organisation</b> .....	<b>9</b>
3.1 <i>Introduction</i> .....	9
3.2 <i>Mise en œuvre</i> .....	9
3.3 <i>Coopération et coordination</i> .....	10
3.3.1 <i>Quelques (sources de) problèmes commun(e)s</i> .....	10
3.3.2 <i>...et de nombreuses différences entre les pays</i> .....	11
<b>4 Impact, enseignements et nouveaux développements</b> .....	<b>15</b>
4.1 <i>Introduction</i> .....	15
4.2 <i>Impact</i> .....	15
4.3 <i>De premiers enseignements</i> .....	18
4.3.1 <i>Dépendance aux rentes et emploi</i> .....	18
4.3.2 <i>Quelques caractéristiques fondamentales des réformes</i> .....	18
4.4 <i>Perspectives</i> .....	20
<b>Fiches d'information par pays</b> .....	<b>21</b>
4.5 <i>Danemark</i> .....	22
4.6 <i>Suède</i> .....	26
4.7 <i>Autriche</i> .....	30
4.8 <i>Royaume-Uni</i> .....	37
4.9 <i>Pays-Bas</i> .....	44
<b>Appendice : Liste des experts nationaux et coordinateur</b> .....	<b>51</b>

Les rapports par pays seront publiés sur le site

<https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/publikationen/etudes--expertises.html>



## Abréviations

AE	compensation d'activité ( <i>aaktivitetsersättning</i> ; Suède)
AtW	Accès au travail ( <i>Access to Work</i> ; programme du Royaume-Uni)
ESA	allocation travail et soutien à l'emploi ( <i>employment and support allowance</i> ; Royaume-Uni)
Fit2Work	programme emploi basé sur la prévention secondaire (Autriche)
IAPT	Améliorer l'accès aux psychothérapies ( <i>Improving Access to Psychological Therapies</i> ; programme du Royaume-Uni)
IBA	formation professionnelle intégrative ( <i>Integrative Berufsausbildung</i> ; Autriche)
LAI	loi sur l'assurance-invalidité (Suisse)
LSS	loi relative à l'assistance et aux services en faveur des personnes atteintes de certaines infirmités fonctionnelles ( <i>lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade</i> ; Suède)
NEET	Jeune(s) sans emploi, ne suivant ni études ni formation (acronyme de <i>not in employment, education or training</i> )
NI fund	caisse nationale d'assurance ( <i>National Insurance fund</i> ; Royaume-Uni)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAS	Office fédéral des assurances sociales (Suisse)
PIP	prestation pour l'autonomie personnelle ( <i>Personal Independence Payment</i> ; programme du Royaume-Uni)
SMS	autorité fédérale au service des personnes en situation de handicap ( <i>Sozialministeriumservice</i> ; Autriche)
SPE	Service public de l'emploi
STAR	Fondation du travail ( <i>Stichting van de arbeid</i> ; Pays-Bas) ; organisme consultatif national composé de représentants des partenaires sociaux
SWOT	outil d'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (acronyme de <i>strengths, weaknesses, opportunities and threats</i> )
UWV	agence chargée de la gestion des assurances sociales des employés ( <i>Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen</i> ; Pays-Bas)
WAJONG	Loi sur les prestations d'invalidité pour les jeunes handicapés ( <i>wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten</i> ; Pays-Bas)
WC	Choix du travail ( <i>Work Choice</i> ; programme du Royaume-Uni)
WMO	Loi sur l'accompagnement social des personnes dépendantes ( <i>wet maatschappelijke ondersteuning</i> ; Pays-Bas)





## Résumé

### *Contexte et but de l'étude*

L'augmentation de la proportion de jeunes qui entrent dans le système des rentes d'invalidité inquiète. Cela vaut en particulier pour les jeunes atteints dans leur psychisme. Dans ces conditions, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est très intéressé à connaître les enseignements qui sont tirés de réformes entreprises dans d'autres pays. La présente étude examine différentes réformes mises en œuvre à l'étranger qui se focalisent entièrement ou dans une mesure importante sur des mesures visant à prévenir la dépendance (des jeunes) aux rentes d'invalidité.

### *Méthodologie et rapports produits*

Le projet a été réalisé entre mai et octobre 2016. Les pays choisis sont cinq pays d'Europe occidentale dans lesquels un changement de cap et des réformes pertinentes ont eu lieu : le Danemark, la Suède, l'Autriche, le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Dans chacun de ces pays, un expert indépendant a réuni des informations sur la base d'un canevas commun. Cinq rapports nationaux ont ainsi été produits, ainsi que la présente synthèse. Celle-ci compare les réformes, leur contexte, des aspects de la mise en œuvre, les effets produits et les leçons tirées. Elle contient aussi des fiches d'information par pays qui résument les réformes, leur contexte, leur impact et les enseignements.

### *Pays et réformes*

Pays et réformes choisis pour la présente étude :

- a. Le *Danemark* a introduit des restrictions d'âge pour prétendre à la rente d'invalidité et un programme de soutien spécial ; ces mesures ont été mises en œuvre en janvier 2013.
- b. La *Suède* a restreint l'accès à la rente d'invalidité dès 2003 : les personnes de moins de 30 ans ne peuvent plus prétendre qu'à une allocation temporaire.
- c. Récemment (2014), l'*Autriche* a renforcé le principe « la réadaptation prime la rente » (*Rehabilitation vor Pension*), durci les conditions du droit à la rente d'invalidité et introduit des indemnités de réadaptation. En 2011, elle avait introduit un dispositif de services préventifs.
- d. Le *Royaume-Uni* a introduit des mesures visant à stopper l'entrée des jeunes et d'autres catégories de personnes dans le système de prestations d'invalidité. Elles incluent l'adaptation des seuils donnant droit aux prestations financières et des programmes d'activation et de soutien ciblés.
- e. Les *Pays-Bas* ont réformé en 2010 leur système d'allocations d'invalidité pour les jeunes en situation de handicap. L'objectif était de réduire la dépendance aux prestations financières, de développer l'activation et de fluidifier le passage des écoles (spécialisées) vers le marché du travail.

### *Objectifs des réformes*

L'objectif déclaré de certaines réformes était de stopper ou de réduire l'admission de *jeunes* atteints dans leur santé dans les prestations financières d'invalidité octroyées à long terme (rentes), comme par exemple en Suède (2003) et au Danemark (2013). Dans de nombreux pays, les réformes étaient censées répondre à l'échec de *mesures antérieures* ou un rapprochement explicite a été fait entre la volonté de réforme et l'augmentation des *problèmes psychiques* chez les jeunes demandeurs de prestations d'invalidité. Dans trois pays, des *mesures d'austérité* et le besoin de réduire la croissance des dépenses des assurances sociales faisaient partie des raisons d'agir.

### *Différences s'agissant des mesures introduites*

Dans de nombreux pays, un élément de la réforme est le durcissement des critères donnant droit aux prestations d'invalidité (rente) et l'adaptation des conditions de paiement. Un deuxième axe important est l'introduction (ou l'amélioration) des mesures de soutien pour accroître la participation sociale et l'emploi des *jeunes* atteints dans leur santé. Cela peut inclure des programmes de soutien spéciaux, l'intervention à un stade précoce de la maladie (si des indemnités maladie sont versées par ex.) ou des mesures préventives telles que des services de conseil individuel ou pour les entreprises (Autriche).

### *Mise en œuvre*

Les réformes appellent des changements considérables pour l'accomplissement des tâches courantes. A titre d'exemple : *de nouvelles équipes de terrain ou de nouveaux gestionnaires de cas, ou encore de nouveaux outils* sont souvent *nécessaires*. Deuxièmement, *l'acceptation et l'utilisation* des nouvelles mesures est souvent lente et demande du temps. Troisièmement, la mise en place de nouvelles procédures, des nouveaux outils ou des nouvelles prestations de service est souvent accompagnée de *problèmes initiaux d'organisation*, comme par exemple : manque d'effectifs (ou d'expertise) ou sensibilisation insuffisante du public aux nouveaux services proposés (campagnes d'information, etc.).

Des *complexités* ou des *points faibles au niveau de l'administration (publique)* ont également été observées. Par exemple : le cloisonnement strict de la réadaptation médicale (qui a souvent lieu pendant le congé maladie) et de la réadaptation professionnelle (à laquelle il est souvent procédé après stabilisation de l'état de santé). Des *différences régionales* ou les *responsabilités financières* dans de nouvelles coopérations méritent attention également. Un point faible cité fréquemment est *la prise en compte (insuffisante) du rôle et des besoins des employeurs*.

### *Impact des réformes*

- a. La modification des conditions du droit aux rentes d'invalidité réduit en général les taux d'inscription et d'entrée des jeunes dans le système (ex. : Autriche, Danemark, Suède).
- b. Les taux d'accès à l'emploi varient selon le groupe cible. Ces taux (ou les taux de retour au travail) sont souvent (très) bas. Mais dans certains pays (ex. : Autriche, Royaume-Uni), les taux de placement sont nettement meilleurs pour les jeunes atteints dans leur santé et sans emploi.

- c. Il n'en demeure pas moins qu'une proportion considérable de jeunes en situation de handicap continue, après avoir participé à un programme spécifique, à dépendre de certaines prestations, par exemple les indemnités maladie (Suède) ou l'aide sociale (Autriche).

#### *Enseignements concernant l'organisation et la coordination*

Aucune des réformes analysées ne se contente de modifier un seul dispositif : plusieurs programmes ou mesures sont introduits *simultanément*. De plus, les réformes n'ont pas lieu en vase clos. *Le contexte institutionnel et les paradigmes prédominants* dans les politiques gouvernementales peuvent changer en même temps (mesures d'austérité et suppression des ateliers protégés au Royaume-Uni par ex.). De plus, les nouvelles structures organisationnelles ont *besoin de temps* pour apprendre à travailler dans le nouveau cadre (nouvelles attributions, coopération et coordination [y c. conditions financières]). Des problèmes de coordination ont également été rapportés au sein des (nouvelles) équipes interdisciplinaires : les acteurs des organismes d'assurance sociale, des services de l'emploi, du système de santé, des communes ou des prestataires de services sont souvent attachés à leurs procédures, attributions ou priorités « traditionnelles » s'agissant des catégories de clients. Par ailleurs, dans certains pays (fidèles à une longue tradition), les mesures de réadaptation médicale continuent à jouer un rôle prédominant tandis que la réadaptation professionnelle ou la recherche d'emploi sont négligés dans les programmes de soutien individuel au client.

#### *Perspective*

Dans certains pays, les dernières réformes sont encore trop récentes pour décider de nouveaux réaménagements. Dans d'autres, des révisions sont en cours ou sont envisagées dans le monde politique. De plus, des changements dans la composition peuvent venir modifier l'agenda politique. Les réaménagements participent souvent d'un projet plus vaste (axé sur la politique de l'emploi ou de l'inclusion sociale en général ou nouveau train de réformes des politiques d'assurance sociale par ex.). Dans certains pays, il est prévu de développer certains éléments de réformes introduites. A titre d'exemple, on peut signaler des modèles de soutien dont l'efficacité a été prouvée seront incorporés à plus large échelle aux programmes d'activation des jeunes atteints dans leur psychisme (Royaume-Uni). En Autriche, la prévention sera revalorisée : il est prévu de développer les prestations de conseil pour les employés en incapacité de travail (congé maladie) et leurs employeurs.



## Zusammenfassung

### *Hintergrund und Zielsetzungen der Studie*

Der zunehmende Anteil junger Menschen (insbesondere solcher mit psychischen Problemen) bei den Neuzugängen in die Invalidenversicherung gibt Anlass zur Besorgnis. Deshalb ist das Bundesamt für Sozialversicherungen äusserst interessiert an den Erfahrungen, die andere Länder mit Reformen gemacht haben. Diese Studie befasst sich mit verschiedenen Reformen, die umgesetzt wurden und die sich ausschliesslich oder massgeblich auf Massnahmen zur Prävention der Abhängigkeit von einer IV-Rente bei jungen Menschen konzentrierten.

### *Methodik und Ergebnisse*

Das Projekt wurde zwischen Mai und Oktober 2016 durchgeführt. Dazu wurden fünf westeuropäische Länder ausgewählt, in denen entsprechende Reformen und politische Änderungen vollzogen wurden: Dänemark, Schweden, Österreich, das Vereinigte Königreich und die Niederlande. In jedem dieser Länder sammelte ein unabhängiger Experte respektive eine unabhängige Expertin Informationen in einem einheitlichen beschreibenden Format. Das Ergebnis sind fünf Länderberichte sowie die vorliegende Vergleichsstudie, in der die Reformen, deren Hintergründe, Aspekte der Umsetzung sowie Ergebnisse und Erkenntnisse miteinander verglichen werden. Ausserdem enthält die Vergleichsstudie Fact Sheets zu den einzelnen Ländern mit einer Zusammenfassung der Reformen, Kontexte, Auswirkungen und Erkenntnisse.

### *Länder und Reformen*

In der vorliegenden Studie werden die folgenden Länder und ausgewählten Reformen behandelt:

- a. *Dänemark* führte im Januar 2013 altersabhängige Beschränkungen für den Anspruch auf Invalidenrenten sowie ein spezielles Förderprogramm ein.
- b. *Schweden* setzte bereits 2003 altersabhängige Beschränkungen für den Bezug von Invalidenrenten um: Personen unter 30 Jahren haben nur vorübergehend Anspruch auf solche Leistungen.
- c. *Österreich* stärkte vor wenigen Jahren (2014) den Grundsatz «Reha vor Pension», verschärfte die Kriterien für den Anspruch auf eine Invalidenrente („Invaliditätspension“) und führte ein «Rehabilitationsgeld» und Präventivdienste (2011) ein.
- d. *Das Vereinigte Königreich* leitete verschiedene Massnahmen ein, um den Zustrom zur Invalidenversicherung (von jungen Menschen und anderen Kategorien) zu stoppen. Dazu gehören eine Anpassung der Schwellenwerte für den Anspruch auf IV-Renten sowie neue besondere Aktivierungs- und Förderprogramme.
- e. Die *Niederlande* verfügen über ein spezielles Invaliditätsrenten-System für junge gesundheitlich beeinträchtigte oder behinderte Menschen, das 2010 einer Reform unterzogen wurde. Das Ziel bestand darin, die Abhängigkeit von Invalidenrenten zu vermindern, die Aktivierung zu stärken und den Übergang von der (Sonder-)Schule in den Arbeitsmarkt zu verbessern.

### *Zielsetzungen der Reformen*

Einige der untersuchten Reformen zielten ausdrücklich darauf ab, den Zustrom von *jungen* Menschen mit Gesundheitsproblemen zu langfristigen finanziellen Invaliditätsleistungen (Renten) zu stoppen oder zu vermindern, so beispielsweise in Schweden (2003) und Dänemark (2013). In vielen Ländern sind die Reformen (auch) durch den *mangelnden Erfolg früherer Massnahmen* begründet oder stehen explizit im Zusammenhang mit der Zunahme von *psychischen Gesundheitsproblemen* bei jungen Menschen, die Anspruch auf Invaliditätsleistungen erheben. In drei Ländern zählten *Sparmassnahmen* und der dringende Bedarf, die wachsenden Kosten der Sozialversicherungen zu senken, ebenfalls zu den Gründen für eine Reform.

### *Unterschiede bei den Reformmassnahmen*

In vielen Ländern gehören restriktivere Anspruchskriterien für den Bezug von Invaliditätsleistungen (Rente) sowie Anpassungen der Auszahlungsbedingungen zu den Bestandteilen der Reform. Ein weiteres wichtiges Element ist die Einführung (oder Verbesserung) von Massnahmen und Bestimmungen, mit denen *junge* Menschen mit Gesundheitsproblemen auf dem Weg hin zu einer Erwerbsbeteiligung und Beschäftigung unterstützt werden sollen. Beispiele dafür sind spezielle Förderprogramme, Frühintervention in der Anfangsphase einer Erkrankung (z. B. wenn Krankengelder bezogen werden) oder präventive Massnahmen wie etwa Beratung für Einzelpersonen und Betriebe (Österreich).

### *Umsetzung*

Die *praktische Umsetzung* von Reformen erfordert umfassende organisatorische Anpassungen. Erstens werden oft *neue organisatorische Strukturen, Einsatzteams oder fallführende Personen (Case Managers)* sowie *neue Instrumente* benötigt. Zweitens dauert es in der Einführungsphase häufig etwas länger, bis neue Massnahmen *akzeptiert und genutzt* werden, und drittens ist die Einführung von neuen Verfahren, Instrumenten oder Bestimmungen meist mit *anfänglichen organisatorischen Problemen* wie etwa Personal-mangel (oder fehlendem Fachwissen) verbunden. Zudem sind die neuen Dienstleistungen und Angebote in der Öffentlichkeit im Allgemeinen noch zu wenig bekannt (Informationskampagnen).

Hinzu kommen einige *grundlegendere Schwierigkeiten* oder *Schwächen, die mit der (öffentlichen) Verwaltung zusammenhängen*. Dazu gehört die strikte Trennung zwischen medizinischer Rehabilitation, die oft während der krankheitsbedingten Absenz erfolgt, und der beruflichen Eingliederung, die meist nach der Stabilisierung des Gesundheitszustands einsetzt. Zudem müssen *regionale Unterschiede* oder *finanzielle Zuständigkeiten* in neuen Kooperationsstrukturen beachtet werden. Eine häufig erwähnte Schwäche in der Konzeption und Umsetzung von Reformen betrifft die *Rolle und die Bedürfnisse der Arbeitgeber; beides wird vernachlässigt*.

### *Auswirkungen der Reformen*

- a. Eine Veränderung der Anspruchskriterien für Invalidenrenten führt in der Regel zu weniger Anträgen und Eintritten von jungen Menschen in dieses System (z. B. Österreich, Dänemark, Schweden). Allerdings braucht es dennoch (alternative) Leistungen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Aktivierungsprogrammen.
- b. Die beruflichen Eingliederungsquoten sind je nach Zielgruppe unterschiedlich hoch. Der Anteil der in den Arbeitsmarkt vermittelten oder an den Arbeitsplatz zurückkehrenden Personen ist oft (sehr) tief. In einigen Ländern (z. B. Österreich, Vereinigtes Königreich) wurden jedoch deutlich bessere Vermittlungsquoten in den Arbeitsmarkt für zuvor arbeitslose junge Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beobachtet.
- c. Ein erheblicher Anteil der jungen gesundheitlich beeinträchtigten oder behinderten Menschen ist aber auch nach der Teilnahme an einem besonderen Förderprogramm weiterhin von einer Leistung wie etwa Krankengeld (Schweden) oder Sozialhilfe (Österreich) abhängig.

### *Erkenntnisse zur Organisation und Koordination*

Reformen betreffen nicht nur ein einzelnes Leistungssystem, sondern schliessen immer die *gleichzeitige Einführung verschiedener Massnahmen* mit ein. Ausserdem finden Reformen nicht isoliert statt: Der *institutionelle Kontext* oder *Leitparadigmen* der Regierungspolitik können sich parallel dazu ebenfalls verändern. Dazu gehören Sparmassnahmen oder die Abschaffung von geschützten Werkstätten (Beispiel aus dem Vereinigten Königreich). *Neue organisatorische Strukturen* erfordern zudem Zeit, bis sie in einem veränderten Kontext funktionieren und wirksam werden können, etwa wenn neue Zuständigkeiten oder neue Formen der Kooperation und Koordination (einschliesslich finanzielle Bedingungen) zur Anwendung kommen. Auf Koordinationsprobleme weisen auch (neue) multidisziplinäre Teams hin: Akteurinnen und Akteure von Sozialversicherungsbehörden, Arbeitsämtern, Gesundheitsbehörden, Gemeinden oder Leistungserbringern hängen oft an ihren eigenen Verfahren, Verantwortungsbereichen oder «traditionellen» Prioritäten bezüglich der Klientengruppen. Ausserdem wird in einigen Ländern (traditionsgemäss) bei der individuellen Betreuung immer noch hauptsächlich auf medizinische Rehabilitationsmassnahmen gesetzt, während Massnahmen in den Bereichen berufliche Bildung oder Stellensuche weniger zum Einsatz kommen.

### *Ausblick*

In gewissen Ländern sind die getroffenen Massnahmen noch «zu frisch», um schon jetzt über allfällige Anpassungen zu entscheiden. In anderen Ländern hingegen werden Revisionen oder gewisse Änderungen bereits auf politischer Ebene diskutiert oder umgesetzt. Eine neue Regierungszusammensetzung kann die Agenda ebenfalls beeinflussen. Anpassungen sind oft ein Bestandteil umfassenderer Reformpakete (die sich allgemein auf die Beschäftigungspolitik oder die Politik zur sozialen Eingliederung konzentrieren oder andere Teile von Sozialversicherungsreformen betreffen). In einigen Ländern werden spezifische, im Rahmen der Reform eingeführte Elemente zudem auf weitere Bereiche ausgedehnt. So werden beispielsweise unterstützende und fördernde Modelle, die

nachweislich gute Ergebnisse bringen, zukünftig bei der Aktivierung von jungen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen breiter eingesetzt (Vereinigtes Königreich). In Österreich wird die Rolle der Prävention gestärkt, indem die beratende Unterstützung für erwerbstätige Personen, die arbeitsunfähig (krankgemeldet) sind, und ihre Arbeitgeber intensiviert wird.



## Riassunto

### *Contesto e obiettivo dello studio*

L'aumento della quota dei giovani (in particolare di quelli con problemi di salute psichica) che entrano nel sistema delle rendite dell'assicurazione invalidità è fonte di preoccupazioni. Pertanto, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali svizzero è particolarmente interessato a conoscere le conseguenze delle riforme attuate in altri Paesi. Il presente studio indaga diverse riforme realmente attuate e focalizzate, nella loro integralità o in modo preponderante, su misure volte a prevenire la dipendenza da una rendita d'invalidità (tra i giovani).

### *Metodo e prodotti*

Il progetto è stato svolto da maggio a ottobre del 2016. Sono stati selezionati cinque Paesi dell'Europa occidentale nei quali hanno avuto luogo riforme e svolte politiche sul tema: Danimarca, Svezia, Austria, Regno Unito e Paesi Bassi. In ogni Paese, un esperto indipendente si è occupato di raccogliere informazioni seguendo un formato descrittivo comune. Ne sono derivati cinque rapporti nazionali e il presente rapporto comparativo. Quest'ultimo contiene un confronto fra le riforme, i contesti in cui esse si sono inserite, i diversi aspetti della loro attuazione, i risultati e gli insegnamenti che si possono trarre. Inoltre, contiene «schede informative» che riassumono riforme, contesti, impatto e insegnamenti.

### *Paesi e riforme*

I Paesi e la selezione di riforme presi in considerazione nel presente studio sono esposti di seguito.

- a. *Danimarca*: questo Paese ha introdotto restrizioni di età per la richiesta di prestazioni d'invalidità nonché uno speciale programma di assistenza, provvedimenti entrambi attuati a gennaio del 2013.
- b. *Svezia*: già nel 2003 questo Paese ha introdotto restrizioni di età per la rendita d'invalidità, in quanto le persone di età inferiore ai trent'anni potevano richiedere soltanto una prestazione temporanea;
- c. *Austria*: recentemente (nel 2014) il Paese ha irrigidito il principio della priorità dell'integrazione sulla rendita («Reha vor Pension»), ha reso più severe le condizioni del diritto alla rendita d'invalidità e ha introdotto un «assegno d'integrazione», dopo aver istituito (nel 2011) dei servizi di prevenzione.
- d. *Regno Unito*: questo Paese ha introdotto varie misure per arrestare la presa a carico di persone (giovani e appartenenti ad altre categorie) da parte dell'assicurazione invalidità. Queste misure comprendono l'adeguamento delle soglie per aver diritto alle prestazioni nonché programmi specifici di assistenza e incentivazione del comportamento attivo.
- e. *Paesi Bassi*: in questo Paese il programma speciale di prestazioni d'invalidità dedicato ai giovani interessati è stato riformato nel 2010 al fine di ridurre la dipendenza dalle prestazioni, incentivare il comportamento attivo e migliorare il passaggio dalla scuola (speciale) al mercato del lavoro.

### *Obiettivi delle riforme*

Alcune riforme, come ad esempio quelle attuate in Svezia (2003) e in Danimarca (2013), miravano esplicitamente ad arrestare o a ridurre la presa a carico dei *giovani* con problemi di salute da parte dell'assicurazione invalidità sul lungo periodo. In diversi Paesi le riforme sono state giustificate (anche) dallo *scarso successo di misure precedenti*. In altri casi, le riforme erano esplicitamente connesse all'aumento di *malattie psichiche* tra i giovani che richiedono prestazioni d'invalidità. In tre dei Paesi presi in esame, sono state adottate come motivazioni per le riforme anche le *misure di austerità* e la necessità di ridurre le crescenti spese legate alle assicurazioni sociali.

### *Differenze tra le misure delle riforme*

In molti Paesi, l'inasprimento dei criteri per aver diritto a una prestazione d'invalidità (rendita) e l'adeguamento delle condizioni di pagamento sono elementi importanti delle riforme. Inoltre, una caratteristica chiave delle riforme è l'introduzione (o il miglioramento) di misure e disposizioni per sostenere i *giovani* con problemi di salute in un processo di partecipazione e integrazione nel mondo del lavoro. Tra queste rientrano ad esempio programmi speciali di assistenza, l'intervento tempestivo nello stadio iniziale della malattia (p. es. in caso di ricorso a prestazioni di malattia) o misure preventive come consulenza «individuale» e «di gruppo» (Austria).

### *Attuazione*

Innanzitutto, l'*applicazione* delle riforme *nella realtà quotidiana* richiede cambiamenti preparatori considerevoli, come ad esempio la *necessità di nuove strutture organizzative, gruppi operativi o case manager e nuovi strumenti*. In secondo luogo, nella fase di attuazione spesso serve tempo prima che le nuove misure siano *accettate e utilizzate*. In terzo luogo, avviare le nuove procedure, i nuovi strumenti o le nuove disposizioni spesso implica *problemi organizzativi iniziali*, come la carenza di personale (o di competenze tecniche) o una promozione pubblica insufficiente (p. es. campagne di informazione) sui nuovi servizi e provvedimenti.

Sono state altresì individuate alcune *complessità o debolezze di fondo a livello di amministrazione (pubblica)*, come la rigida distinzione fra riabilitazione medica, che spesso ha luogo durante le assenze per malattia, e integrazione professionale, che avviene sovente dopo la stabilizzazione dello stato di salute. Inoltre, bisogna prestare attenzione alle *differenze regionali* o alle *responsabilità finanziarie* nelle nuove strutture di cooperazione. Un punto debole spesso menzionato nell'impostazione e nell'attuazione delle riforme riguarda *il ruolo e i bisogni (spesso trascurati) dei collaboratori*.

### *Impatto delle riforme*

- a. In generale, le modifiche alle condizioni del diritto alle prestazioni d'invalidità si traducono in una riduzione delle richieste e dei tassi di presa a carico dei giovani (p. es. in Austria, Danimarca, Svezia). Tuttavia, restano comunque necessarie prestazioni (alternative) per i partecipanti ai programmi d'incentivazione al comportamento attivo.
- b. I tassi d'integrazione nel mondo del lavoro risultano variare a seconda del gruppo target. I tassi di collocamento e rientro al lavoro sono spesso (molto) bassi, anche se

in alcuni Paesi (p. es. Austria e Regno Unito) si sono riscontrati tassi di collocamento considerevolmente migliori tra i giovani con limitazioni dovute a ragioni di salute che non erano occupati.

- c. Ciononostante, al termine della partecipazione a un programma specifico, una parte consistente di giovani invalidi mostra di essere ancora dipendente da qualche tipo di prestazione, come ad esempio prestazioni di malattia (in Svezia) o assistenza sociale (in Austria).

#### *Insegnamenti su organizzazione e coordinamento*

Le riforme non riguardano soltanto un particolare tipo di prestazioni, ma prevedono «sempre» l'introduzione di diverse misure *contemporaneamente*. Inoltre, le riforme non hanno luogo in modo isolato: il *contesto istituzionale* o i *paradigmi ispiratori* delle politiche governative possono cambiare simultaneamente, come nel caso delle misure di austerità e dell'abolizione dei laboratori protetti (esempio proveniente dal Regno Unito). Va poi considerato che *serve tempo affinché le nuove strutture organizzative* imparino a operare nel nuovo contesto, ovvero con nuove responsabilità e forme di cooperazione e coordinamento inedite (comprese le condizioni finanziarie). Sono stati segnalati problemi di coordinamento anche da (nuovi) gruppi multidisciplinari: attori degli organi delle assicurazioni sociali, degli uffici del lavoro, dell'ambito sanitario o dei comuni oppure fornitori di servizi spesso vincolati alle proprie procedure, responsabilità o priorità «tradizionali» per quanto concerne le categorie di clienti. Inoltre, in alcuni Paesi (sulla base di una lunga tradizione) le misure di riabilitazione medica sono ancora predominanti nell'assistenza individuale al cliente, a fronte di un limitato ricorso alla formazione professionale o alla ricerca di impiego.

#### *Prospettive*

In alcuni Paesi le misure attuate sono ancora troppo recenti per poter parlare di adeguamenti; in altri, invece, revisioni o adeguamenti sono in fase di studio a livello politico o sono già in corso. Inoltre, i cambiamenti nella composizione del governo potrebbero modificare le priorità. Gli adeguamenti sono spesso parte di pacchetti di riforme più ampi (incentrati sull'occupazione o, in generale, sulla politica di inclusione sociale oppure parti di riforme nel settore delle assicurazioni sociali). È stato altresì rilevato che in alcuni Paesi si procederà a un ampliamento di elementi specifici attuati nel quadro delle riforme. Ad esempio, i modelli di assistenza che, sulla base di prove scientifiche, hanno mostrato buoni risultati saranno applicati su scala più ampia per incentivare il comportamento attivo dei giovani affetti da problemi psichici (Regno Unito). Infine, in Austria, verrà rafforzato il ruolo della prevenzione aumentando la consulenza destinata alle persone occupate che presentano un'incapacità al lavoro e ai loro datori di lavoro.



## Summary

### *Background and aim of the study*

There is concern on the growth of the proportion of young persons in the inflow in the disability pension scheme (in particular those with mental health related problems). Therefore, the Federal Insurance Office Switzerland is very interested to know about lessons from reforms in other countries. This study explores various reforms which actually have been implemented and - solely or substantially – focused on measures to prevent disability pension dependency (in young persons).

### *Methodology and products*

The project has been carried out between May and October 2016. Five West European countries have been selected where relevant reforms and policy changes took place: Denmark, Sweden, Austria, United Kingdom and the Netherlands. In each country an independent expert collected information according to a common descriptive format. The products are: five national reports and this comparative report. Our report includes a comparison of reforms, their backgrounds, implementation aspects, outcomes and lessons. It also contains “fact sheets” summarizing reforms, their context, impact and lessons.

### *Countries and reforms*

The countries and selection of reforms covered in this study include:

- a. *Denmark*: this country introduced age related restrictions as to claiming disability benefits and a special support programme; both were implemented January 2013;
- b. *Sweden* already in 2003 introduced age restrictions for disability pension take up: persons aged under 30 were only eligible to a temporary disability benefit;
- c. *Austria* recently (2014) strengthened the principle “Reha vor Pension” (“Rehabilitation goes before disability pension”), tightened eligibility criteria for disability pension, introduced a “rehabilitation allowance” and (2011) introduced prevention services;
- d. *United Kingdom* introduced various measures to stop the inflow into disability benefits (by young persons and other categories). They include change of eligibility thresholds and specific activation and support programmes;
- e. The *Netherlands* the special disability benefit programme for young persons with disabilities has been reformed 2010, aiming at less benefit dependency, more activation and better (special) school - labour market transfer.

### *Aims of reforms*

Some reforms explicitly aimed to stop or reduce the inflow of *young* persons with health conditions into long term disability benefits, e.g. Sweden (2003) and Denmark (2013). In many countries reforms were motivated (too) by a *lack of success of earlier measures*. Or reforms were explicitly connected to the growth of *mental health problems* in young persons claiming disability benefits. In three countries *austerity measures* and the need for reduction of growing social insurance expenditures were also reasons for reforms.

### *Variations in reform measures*

In many countries the strengthening of eligibility criteria for disability benefit (pension) receipt and adaptations of payment conditions is one of the reform elements. Secondly, an important reform feature includes the introduction (or improvement) of measures and provisions to support *young* persons with health conditions towards participation and employment. This may include: special support programmes, early intervention during the initial stage of sickness (e.g. when receiving sickness benefits), or preventive measures like “individual” and “company” counselling (Austria).

### *Implementation*

The *daily operation* of reforms requires considerable organizational changes, e.g. there often is a *need for new organizational structures, operational teams or case managers* and *new tools*. Secondly, in the implementation stage the *take up and utilization* of new measures often goes slowly and takes time. Thirdly, starting up the new procedures, tools or provisions often implies *initial organizational problems* like a lack of staff (or expertise), or insufficient public promotion (e.g. information campaigns) on the new services and provisions.

But also some more *basic (public) administrative complexities* or *weaknesses* have been identified, like strict separation between medical rehabilitation (often taking place during sick leave) and vocational rehabilitation (often: after stabilization of health condition). Also *regional differences* or *financial responsibilities* in new cooperation structures need attention. A frequently mentioned weakness in reform design and implementation regards *the (neglected) role and needs of employers*.

### *Impact of reforms*

- a. Changing eligibility criteria for access to disability benefits in general shows to reduce applications and inflow rates of young persons (e.g. Austria, Denmark, Sweden). But (alternative) benefits still are needed for participants in an activation programme;
- b. Rates on inflow into employment show to vary, depending on target group. Rates on job placement or return to work often are (very) low. But in some countries (e.g. Austria, United Kingdom) also considerably better job placement rates were found for young persons with health restrictions that were out of employment;
- c. Notwithstanding, at the end of participation in a specific programme a considerable proportion of young persons with disabilities shows to be further depending on some kind of benefit, e.g. sickness benefits (Sweden) or social assistance (Austria).

### *Lessons on organization and coordination*

Reforms do not regard just one particular benefit scheme, but “always” comprise the introduction of different measures *at the same time*. Moreover, reforms do not take place in isolation: the *institutional context* or *leading paradigms* in governmental policies may change simultaneously, like austerity measures and abolishment of sheltered workshops (example from United Kingdom). Furthermore, *new organizational structures need time* for learning to work in the new context, e.g. when applying new responsibilities, cooperation and coordination (including financial conditions). Coordination problems also were

reported from (new) multidisciplinary teams: actors from social insurance agency, employment office, health care, municipality or service providers often are attached to their own procedures, responsibilities, or “traditional” priorities in client groups. Moreover, (based on a long tradition) in some countries medical rehabilitation measures still are predominant in individual client support, compared to a low use of vocational training or job search.

### *Outlook*

In some countries measures taken still are “too fresh” to decide on adaptations, whereas in other countries revisions or adaptations are politically considered or ongoing. Also changes in government composition may change the agenda. Adaptations often are part of wider reforms packages (focusing on employment or social inclusion policy in general, or part of reforms in social insurance). It also was noted that in some countries specific implemented reform elements will be expanded. E.g. supporting models with - evidence based - good results will on a wider scale be applied in the activation of young persons with mental health conditions (United Kingdom). And in Austria the role of prevention will be enhanced, by increasing the counselling support for employed persons who are work incapacitated (“sick listed”) and their employers.





## 1 Introduction

### 1.1 Objectif du projet et contexte

La loi régissant l'assurance-invalidité en Suisse – la LAI – est en cours de révision. Les réformes envisageables font l'objet de discussions. Préoccupés par la proportion croissante de jeunes – et spécialement de jeunes atteints dans leur psychisme – qui entrent dans le système en Suisse, des experts proposent de relever l'âge minimum pour prétendre à la rente d'invalidité. Ils se réfèrent au Danemark où l'accès à la rente d'invalidité a été restreint récemment pour les personnes de moins de 40 ans (2013). De plus, des mesures d'activation ont été mises en place pour cette catégorie d'assurés. La Suède, quant à elle, avait déjà introduit antérieurement (2003) une prestation d'invalidité spéciale (la « compensation d'activité ») et un programme de soutien pour les jeunes en arrêt maladie. Ces mesures avaient aussi pour but d'améliorer et accélérer la guérison et de prévenir la dépendance à la rente d'invalidité.

L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est très intéressé à connaître les enseignements qui ont été tirés de réformes ciblées sur les jeunes et visant à prévenir le handicap et la dépendance aux rentes d'invalidité. Il veut notamment des informations sur le contexte et le genre de mesures prises, sur la façon dont elles ont été conçues, sur les programmes ou accords spécifiques qui ont été élaborés, sur l'impact des mesures et sur les enseignements qui peuvent être tirés après quelques années de mise en œuvre.

S'agissant du groupe cible et des réformes à examiner, ont été retenues des mesures (nouvelles) qui se concentrent sur les jeunes en âge de travailler (personnes de 16 à 30 ans par ex.). De plus, il devait s'agir uniquement de réformes à l'échelon national qui avaient déjà été mises en œuvre. Ainsi, les projets pilotes et autres expérimentations ne sont pas au cœur de la présente étude. Il peut néanmoins en être fait mention, notamment en relation avec de nouveaux développements après la mise en œuvre d'une réforme.

### 1.2 Méthodologie

Au regard des délais serrés, il s'agissait de réaliser une enquête relativement succincte et concise donnant un éclairage transnational sur les éléments cités. L'enquête est principalement descriptive ; elle n'inclut pas de recommandations et présente de façon « neutre » les avantages et les inconvénients des mesures examinées en tenant compte des contextes nationaux.

Dans ces conditions, il était indispensable de choisir des pays d'Europe occidentale qui avaient procédé à des réformes pertinentes. Les informations réunies pour chaque pays et chaque réforme retenue devaient être récentes, valides et comparables. Une méthodologie commune était nécessaire, de même qu'une approche flexible dans les méthodes de collecte des données. On connaissait l'existence d'études d'évaluation pour

un pays : la Suède. Dans d'autres pays, les réformes sont relativement récentes. Il s'agissait donc surtout de réunir des informations « nouvelles » (notamment pour ce qui concerne la mise en œuvre et l'impact des réformes) tout en sachant que la culture des chercheurs, les statistiques disponibles, l'accessibilité des principaux acteurs, etc. pouvaient différer selon les pays.

La méthode utilisée pour la présente étude s'est avérée fructueuse et efficace en d'autres circonstances. Pour chaque pays, qui a mis en œuvre une réforme intéressante, un expert connu a été invité à participer au projet et à produire un rapport national. Rien Prins Consultancy a assuré la coordination et a établi le rapport final.

Il s'agissait donc d'abord de choisir les pays avec des réformes pertinentes (cf. point 2.2). Puis, un spécialiste familiarisé avec les sujets et le groupe cible, qui avait réalisé des rapports d'évaluation ou qui avait travaillé dans des réseaux d'experts internationaux, a été approché dans chacun des cinq pays retenus. L'appendice au présent document contient la liste des experts nationaux qui ont participé à l'enquête.

Au début du projet, les experts nationaux ont reçu un questionnaire (dont ils avaient pu commenter l'esquisse) incluant les points sur lesquels l'OFAS voulait des éclaircissements. Des instructions et un canevas pour les rapports nationaux leur ont également été transmis. Les experts pouvaient combiner différentes méthodes de recherche pour y répondre :

- a. Collecte et analyse de documentation (sur le système de prestations, les réformes, la mise en œuvre, etc.), de statistiques (taux d'admission dans les systèmes de prestations financières/de rentes par ex.) et de rapports (études d'évaluation, documents gouvernementaux sur les politiques menées, avis d'acteurs concernés, etc.)
- b. Des entretiens (téléphoniques) ont été menés avec des acteurs concernés ou d'autres experts (gestionnaires de rente d'invalidité, décideurs politiques, etc.) si nécessaire. Ils ont surtout servi à actualiser les informations sur les points forts et les points faibles des réformes, l'évaluation des politiques menées, les enseignements tirés ou les réformes en suspens.

Le projet a démarré à la mi-mai 2016. Un rapport intermédiaire qui résumait les principales constatations des rapports nationaux a été remis début juin 2016. Ces premiers résultats se rapportaient principalement au contexte et au contenu des réformes et mesures prises, à des questions de mise en œuvre, aux effets et aux enseignements tirés. La présente synthèse se base sur les versions finales des rapports nationaux et sur les retours de l'OFAS et des experts nationaux. Elle aborde aussi des sujets qui n'avaient pas été traités dans le rapport intermédiaire tels que les enseignements tirés en matière de coordination ou les développements en cours depuis le lancement des réformes. Le présent rapport et les rapports nationaux seront mis en ligne sous [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch) (> [Publications & services](#) > [Publications](#) > [Études, expertises](#)).

### 1.3 Elaboration des sujets à traiter

Les sujets à traiter ont été élaborés en coopération avec l'OFAS et les experts nationaux et un canevas commun a été créé pour la collecte des données. Pour chaque réforme à traiter, les experts se sont efforcés de réunir des informations sur sept aspects :

- a. Contexte (y c. ampleur du problème à régler) : par exemple, tendances s'agissant de la dépendance aux prestations des jeunes atteints dans leur santé ou handicapés
- b. Objectifs et cadre institutionnel et légal
- c. Contenu : programmes ou mesures concernant les allocations ou l'activation
- d. Mise en œuvre, y compris les acteurs concernés (agence de sécurité sociale, agence de placement, soins médicaux/réadaptation, communes, etc.)
- e. Evaluations : impact (sur la dépendance aux prestations, la participation au monde du travail) et opinions, avis et positions des parties prenantes
- f. Enseignements sur l'impact des mesures et leur mise en œuvre (par ex. conditions légales et organisationnelles requises pour réaliser des réformes, leçons pour la planification)
- g. Perspective : développements en cours (des politiques), alternatives considérées (y c. projets pilotes), réformes en suspens, etc.

Dans cette dernière partie, il s'agit de montrer les évolutions intervenues depuis la mise en œuvre (plus ou moins récente) des réformes analysées : changements politiques (nouvelles priorités gouvernementales), résultats (positifs ou décevants), mais aussi modifications du contexte (crise économique par ex.) qui pourraient avoir contribué à changer le regard sur les réformes

### 1.4 Pays et réformes choisis

L'étude se focalise sur des réformes et mesures qui ont été mises en œuvre à l'échelon national et qui concernent (spécifiquement ou aussi) les jeunes atteints dans leur santé. Le groupe cible est aussi bien les jeunes en emploi (et assurés) que ceux sans emploi (en formation, au chômage).

Pays et réformes analysées dans le cadre du présent projet :

- a. Le *Danemark* a introduit des restrictions d'âge pour prétendre à la rente d'invalidité ainsi qu'un programme de soutien spécial ; ces mesures ont été mises en œuvre en janvier 2013.
- b. La *Suède* a restreint l'accès des jeunes assurés à la rente d'invalidité dès 2003, les personnes de moins de 30 ans ne pouvant plus prétendre qu'à une allocation temporaire. De nouvelles mesures d'activation avaient également été mises en place pour cette catégorie de clients.
- c. Récemment (2014), l'*Autriche* a renforcé le principe « la réadaptation prime la rente » (*Rehabilitation vor Pension*), durci les conditions du droit à la rente d'invalidité et introduit une 'allocation de réadaptation'. En 2011, elle avait introduit un service d'information et de conseil pour la prévention secondaire sur le marché du travail.

- d. Le *Royaume-Uni* a introduit des mesures visant à stopper l'entrée de jeunes et d'autres catégories de personnes dans les rentes d'invalidité. Elles incluent l'adaptation des seuils donnant droit aux prestations financières et des programmes d'activation et de soutien ciblés (jeunes atteints dans leur santé mentale par ex.).
- e. Les *Pays-Bas* ont réformé en 2010 le régime spécial de rentes invalidité pour les jeunes en situation de handicap (système WAJONG) qu'ils connaissaient depuis de nombreuses années. L'objectif était de réduire la dépendance aux rentes d'invalidité, de développer l'activation et de fluidifier le passage des écoles (spécialisées) vers le marché du travail.

## 2 Aperçu des réformes : contextes, contenus et axes

### 2.1 Introduction

Les constatations faites lors de l'enquête sont résumées et discutées ci-après. Le présent chapitre donne d'abord un aperçu des différents genres de réformes choisies. Le contexte qui a présidé à l'élaboration des réformes et de leurs axes (combinaisons de mesures) est également décrit. Le chap. 3 sera consacré à leur mise en œuvre et le chap. 4 à leurs effets (impact) et aux enseignements tirés. Pour davantage d'information, veuillez-vous référer aux fiches et rapports par pays.

### 2.2 Aperçu des réformes

L'étude analyse huit réformes dans cinq pays :

Le *Danemark* a introduit deux réformes (2013) :

- dans les rentes d'invalidité : relèvement à 40 ans de l'âge minimum pour prétendre à une rente
- dans le système des emplois dits flexibles (*Flex Jobs* : emplois subventionnés temporairement) : assignation des personnes avec handicap âgées de moins de 40 ans à un programme d'activation spécial d'une durée de 5 ans au maximum ou à un emploi flexible. Des premières constatations sur la mise en œuvre et sur l'impact sont disponibles depuis peu.

Déjà en 2003, la *Suède* a relevé à 30 ans l'âge minimum pour prétendre à une rente d'invalidité. En remplacement, les personnes de 19 à 29 ans avec une capacité de travail réduite peuvent prétendre à une allocation appelée « compensation d'activité » pour une durée maximale de trois ans (mais renouvelable une fois). Les personnes concernées ont également le droit de participer à des activités sur mesure. Des évaluations ont été faites après la mise en œuvre.

L'*Autriche* a introduit une vaste palette de mesures pour prévenir les entrées dans une rente d'invalidité et pour améliorer la recherche d'emploi et le maintien en emploi des jeunes en situation de handicap. La présente étude se concentre sur :

- la réforme de la rente d'invalidité (2014) : durcissement des conditions du droit à la prestation financière et renforcement des services censés favoriser la réadaptation et la prévention de demandes d'allocations
- le programme *Fit2Work* (2011/2012) : interventions précoces pendant le congé maladie pour prévenir la perte de l'emploi et le décrochage prématuré. Le programme propose du conseil individuel et pour les entreprises.

Au *Royaume-Uni*, de nombreuses réformes ont été introduites, adaptées ou revues. Cela est notamment dû à un changement de priorités gouvernementales (mesures d'austérité, etc.) et à l'apparition de nouveaux modes de penser (ex. : « des allocations plus basses incitent à accéder à l'emploi »). Dans la présente étude, nous analysons :

- le programme « Accès au travail » (*Access to work* ; 1994, révision en 2010) : soutien pratique au travail proposé aux employés handicapés et visant le maintien en emploi ou l'accès au travail indépendant
- le programme « Choix du travail » (*Work choice* ; 2010) : son but est d'aider les personnes sans emploi reconnues handicapées à accéder à l'emploi.

En 2010, les *Pays-Bas* ont révisé leur Loi sur les prestations d'invalidité pour les jeunes handicapés (WAJONG). Le but de la réforme était de renforcer l'activation des jeunes en situation de handicap. A cet effet, les nouveaux clients sont triés à l'entrée et assignés à un des trois sous-programmes suivants :

- octroi d'une rente sans autre mesure (personnes avec un handicap grave et une capacité de gain faible)
- assignation au programme « emploi » (plan de réinsertion sur mesure, services et offres d'emploi du service de l'emploi)
- assignation au programme « éducation » (jeunes de plus de 18 ans qui sont toujours scolarisés ou en études)

Le système a été soumis à une nouvelle révision substantielle en 2015.

Dans certains pays, les mesures analysées ne s'adressent pas spécifiquement aux *jeunes atteints dans leur santé* mais aux personnes handicapées *de toutes les classes d'âge*. En outre, certains pays avaient mis en place d'autres mesures qui ciblent un public plus élargi de jeunes ou handicapés (sans emploi, avec des problèmes multiples, encore en formation, etc.). Pour ces dernières mesures, nous nous sommes efforcés d'en évaluer la pertinence pour les jeunes avec des problèmes de santé.

Entre les pays, on trouve d'importantes différences s'agissant de l'ancienneté des réformes et de l'information disponible en matière d'évaluation. Cependant, des premières tendances et conclusions peuvent être esquissées quant aux politiques introduites et à leurs effets observés.

### 2.3 Contexte des réformes

Malgré des différences considérables entre les réformes et le genre de mesures mises en place, on peut néanmoins faire quelques observations générales :

1. Certaines réformes ont expressément été introduites dans une optique « assurance sociale » : l'objectif était de stopper ou de réduire l'admission de *jeunes atteints dans leur santé* dans les rentes d'invalidité, par exemple en Suède (2003) et au Danemark (2013). Dans d'autres pays, les réformes visaient aussi les jeunes atteints dans leur santé, mais avaient pour but d'améliorer la participation à l'emploi d'un nombre plus important de catégories de personnes présentant des restrictions de santé (meilleur accès à l'emploi et maintien en emploi).
2. Dans la plupart des pays, les réformes analysées ont été motivées par l'*échec de mesures antérieures*. Parmi les objectifs spécifiques qui avaient été manqués, on peut citer : réduire les admissions dans les rentes d'invalidité, stopper

les décrochages du marché du travail, améliorer la mobilisation des capacités de travail (résiduelles) des jeunes en situation de handicap ou encore améliorer l'accessibilité et la participation des (jeunes) personnes avec handicap aux services et programmes proposés. En Autriche, il a été constaté que le principe « la réadaptation prime la rente » – un principe de base de l'assurance sociale – était insuffisamment appliqué. Les réformes devaient donc (aussi) contribuer au développement d'interventions ponctuelles, menées à titre préventif, et améliorer la gestion des cas de maladie à long terme.

3. Dans plusieurs pays (Autriche, Danemark, Royaume-Uni), les réformes ont été liées à l'augmentation – en termes absolus et relatifs – des *problèmes psychiques* chez les jeunes bénéficiaires de rentes d'invalidité, la sous-utilisation des instruments à disposition et les problèmes rencontrés sur le marché du travail par les personnes atteints dans leur psychisme.
4. Dans deux pays (Pays-Bas, Royaume-Uni), des *mesures d'austérité* et le besoin de réduire la croissance des dépenses des assurances sociales ont fait partie des raisons d'agir (objectifs supplémentaires ou sous-jacents). En Autriche, la situation financière de l'assurance-maladie et des rentes (coûts croissants imputables aux indemnités maladie) a contribué à sensibiliser au besoin de procéder à des réformes.

A ces observations, il faut ajouter que des considérations plus générales relatives à des problèmes administratifs ont parfois été prises en compte lors de la préparation des réformes. En Autriche par exemple, il avait été constaté que des désaccords entre les acteurs publics (caisses de compensation et services publics de l'emploi) produisaient des évaluations contradictoires de l'incapacité de travail : ainsi, l'agence pour l'emploi (*Arbeitsmarktservice*) avait considéré comme valides de nombreux demandeurs d'emploi reconnus comme inaptes au travail par le service de l'emploi. Les procédures d'évaluation étaient longues et redondantes et le client était ballotté entre les autorités. Ces problématiques seront traitées plus avant dans les enseignements tirés des réformes (chap. 4).

## 2.4 Axes des réformes : mesures prises

Un point commun aux réformes dans les pays choisis est le durcissement des critères donnant droit à une prestation d'invalidité (rente) et l'adaptation des conditions de paiement. Voici quelques mesures prises dans différents pays :

- a. Relèvement de l'âge minimum pour prétendre à une rente d'invalidité et remplacement par un régime moins généreux. Par ex. : niveaux de prestation plus bas, prestations dépendantes de l'âge (Suède), limitation dans le temps des allocations (trois ou cinq ans au maximum) et réexamens périodiques.
- b. Le droit à une rente d'invalidité, non assortie d'autres mesures, est alors réservé aux jeunes qui ont un handicap grave (permanent) ou une capacité de gain faible (permanente), ou encore si le reclassement est inenvisageable.

- c. Plusieurs pays ont introduit des prestations spéciales telles que des indemnités versées pendant la durée de la réadaptation médicale (Autriche) ou une allocation pour aider les jeunes qui n'ont pas (encore) accompli ou achevé de formation générale ou professionnelle (Danemark, Pays-Bas, Suède).

Le deuxième axe des réformes ne concerne pas directement les prestations financières (conditions d'octroi, niveau des prestations) : il s'agit de l'introduction ou de l'amélioration des mesures de soutien pour accroître la participation et l'emploi des jeunes atteints dans leur santé, comme par exemple :

- a. Création d'équipes spéciales dans le cadre de réformes du processus de soutien (par ex. « équipes de réadaptation »)
- b. Introduction de programmes de soutien spéciaux avec une évaluation (interdisciplinaire) des besoins et des aptitudes, ainsi que d'un ensemble de services individualisés « sur mesure » visant à améliorer la formation, augmenter les capacités professionnelles, faciliter la recherche d'emploi, proposer un accompagnement en emploi, etc.
- c. Améliorer l'accès des jeunes en situation de handicap aux possibilités existantes. Exemples : accès facilité à un emploi flexible (Danemark) ou placement plus rapide en réadaptation médicale (stationnaire ou ambulatoire) (Autriche).
- d. Intervention plus rapide au début du processus de maladie (si des indemnités maladie sont versées). Le programme autrichien Fit2Work propose du conseil individuel (facultatif) pour les employés en congé maladie depuis plus de six semaines et pour les personnes sans emploi avec problèmes de santé.
- e. Ce programme propose aussi du conseil pour les entreprises (information, conseils et soutien pour l'employeur, formation des équipes aux défis posés par la maladie psychique au travail, etc.) Les réformes menées en Autriche, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni incluent différents types de soutien pour les employeurs qui engagent des apprentis ou des employés avec handicap.
- f. Quelques pays (Autriche, Royaume-Uni) proposent des programmes de soutien médicaux spéciaux pour les personnes (jeunes et plus âgées) atteintes dans leur psychisme (programme Accès individuel aux psychothérapies [*Improving access to psychological therapies*] au Royaume-Uni par ex.)

Enfin, deux pays ont étendu leur offre pour les jeunes en situation de handicap qui viennent d'achever leur *scolarité* ou sont en dernière année de scolarité. L'Autriche a ainsi créé des équipes spéciales chargées d'un processus dit de clarification (*clearing*), et a introduit des programmes de préparation à l'apprentissage pour les jeunes en situation de handicap en âge de scolarité. Les Pays-Bas ont, pour certaines catégories de jeunes en situation de handicap, remplacé le droit aux rentes d'invalidité par des mesures de soutien spécifiques visant à fluidifier la transition de l'école vers le marché du travail.



## 3 Mise en œuvre et organisation

### 3.1 Introduction

Le présent chapitre examine différents aspects de la mise en œuvre des réformes. Celles-ci entraînent souvent des changements à l'échelon administratif : nouvelle répartition des attributions entre les différents acteurs, création de nouvelles entités, nouveau financement, accords de coopération, etc. Elles génèrent des défis importants au niveau opérationnel : formation du personnel, disponibilité de prestataires de services, campagnes d'information visant à renforcer l'adhésion aux réformes ou la participation aux programmes, ou encore monitoring des tâches courantes et des indicateurs.

### 3.2 Mise en œuvre

S'agissant de l'accomplissement des tâches courantes dans les nouveaux programmes, les rapports nationaux mettent en évidence trois genres de problématiques de mise en œuvre :

Premièrement : *le besoin de nouvelles équipes de terrain ou de nouveaux gestionnaires de cas, ainsi que de nouveaux outils*. Pour mettre en œuvre la réforme, de nouvelles structures, de nouveaux instruments, de nouvelles procédures et de nouvelles attributions ont été créés dans la plupart des pays. Certains changements sont communs à plusieurs réformes :

- a. Création de nouvelles équipes ou entités (souvent interdisciplinaires) pour exécuter et/ou coordonner les (nouvelles) mesures. Par exemple : équipes de réadaptation (Danemark), agence de coordination (Suède), centres de compétence (Autriche).
- b. Amélioration de l'évaluation des besoins et de la demande dans différents domaines tels que l'éducation, la formation professionnelle, la santé ; parfois, cela concerne aussi la gestion des dettes, la promotion d'un mode de vie sain ou l'évaluation du droit à une prestation (particulière)
- c. Création de programmes individualisés et sur mesure incluant des mesures dans les différents domaines (y c. planification et monitoring de la progression)

Deuxièmement : *l'acceptation et l'utilisation* des nouvelles mesures par les groupes cibles. Les données disponibles à ce sujet varient fortement selon le pays. Au Danemark, il a été établi que les objectifs fixés pour la première année n'avaient pas été atteints pour certains éléments des programmes de soutien (plans individuels par ex.) mais que la participation à d'autres dispositifs avait été d'emblée forte (emplois flexibles par ex.).

Troisièmement : plusieurs rapports indiquent que la mise en place des nouvelles procédures, des nouveaux outils ou des nouvelles prestations de service a été ralentie par des *problèmes initiaux d'organisation* tels que le manque d'effectifs (ou d'expertise) ou

une sensibilisation insuffisante du public aux nouveaux services proposés (campagnes d'information, etc.).

Finalement : il faut ajouter que s'agissant de l'organisation des tâches de coordination, il existe parfois des différences *au sein même d'un pays*. Au Danemark par exemple, les équipes qui gèrent le nouveau processus de soutien « axé ressources » peuvent varier selon la commune. Certaines collectivités ont mis en place des *équipes (ou centres) ad hoc* tandis que, dans d'autres, la coordination a été confiée à des *gestionnaires de cas* placés et opérant auprès des services de l'emploi. Les évaluations montrent que les gestionnaires de cas affectés à une équipe ad hoc sont plus satisfaits que les autres et qu'ils sont mieux à même de gérer les problèmes et les surcharges (organisationnelles).

### 3.3 Coopération et coordination

Dans les pays qui ont conçu et mis en œuvre des réformes, des complexités ou des points faibles au niveau de l'administration ont également été observées. Nous ne nous intéresserons pas ici aux aspects financiers des réformes, mais aux expériences faites dans le domaine de la coordination et en rapport avec l'organisation de la coopération. La création ou l'adaptation de structures institutionnelles est souvent nécessaire lorsque la réforme prévoit, par exemple, une nouvelle répartition des attributions ou l'accomplissement (et le financement) de nouvelles tâches. Les rapports nationaux citent différents facteurs ou conditions qui ont compliqué ou en partie empêché la mise en œuvre des réformes (au début).

Certains problèmes organisationnels constatés sont communs à plusieurs pays. D'autres sont plus particulièrement spécifiques à un pays.

#### 3.3.1 Quelques (sources de) problèmes commun(e)s

Lors de la mise en œuvre de réformes, il faut souvent composer avec les *conséquences de la segmentation historique*, comme par exemple le cloisonnement strict de la réadaptation médicale (qui a souvent lieu pendant le congé maladie) et de la réadaptation professionnelle (à laquelle il est souvent procédé après stabilisation de l'état de santé). Or, il est souligné que les personnes atteintes dans leur santé ont tout spécialement besoin de prestations de service médicales et professionnelles intégrées. En Autriche, des projets pilotes visant à fournir des services intégrés ont été développés en cours de réforme. Dans d'autres pays également, le renforcement de la communication et de la coopération avec les fournisseurs de prestations médicales est qualifié de déterminant pour les jeunes clients atteints dans leur psychisme.

Dans de nombreux pays, *le système social est fragmenté*. L'établissement des relations coopératives requises par la réforme est parfois freiné par l'autonomie (plus ou moins importante) d'organismes publics auto-administrés. De plus, les entités concernées par la réforme peuvent être en désaccord sur l'opportunité de sous-traiter ou d'accomplir elles-mêmes telle ou telle tâche (évaluations, paiement des allocations, prestations de service, exécution, etc.). Des différences régionales sont également susceptibles de

compliquer la coopération et ont été rapportées s'agissant de l'offre de services médicaux et de santé psychique ou des fournisseurs – publics ou privés – de prestations de réadaptation, de formation professionnelle, de conseil individuel, etc.

En Autriche, le *groupe de pilotage centralisé* qui été mis en place (et qui est composé de représentants des ministères de la santé et des affaires sociales, des institutions d'assurance sociale, des services publics de l'emploi) est qualifié de crucial pour garantir la cohésion desdits acteurs institutionnels mais aussi pour régler les questions de coopération concrètes que soulève l'accomplissement des tâches courantes.

Certains rapports nationaux (le rapport autrichien par ex.) soulignent qu'il s'agit d'être *attentif à ne pas répéter d'anciennes erreurs* : sans coopération sérieuse, les nouvelles mesures de réadaptation risquent (comme antérieurement les indemnités temporaires d'invalidité) de servir de tremplin vers la rente d'invalidité.

En conclusion, *une meilleure communication et une meilleure collaboration* entre les acteurs concernés s'est avérée nécessaire dans le cas de nombreuses réformes, et ce :

- *au sein même* des assurances sociales publiques (une coopération renforcée peut être nécessaire par ex. entre le système de rentes d'invalidité et l'assurance-maladie pour détecter précocement les groupes présentant un risque élevé ou pour améliorer l'intervention précoce) ; et
- *entre* les assurances sociales (système de rentes d'invalidité par ex.) et d'autres acteurs tels que les fournisseurs de prestations médicales (réadaptation), les services de l'emploi (réinsertion professionnelle) et d'autres prestataires (formation, gestion des dettes, conseil sur le mode de vie, etc.).

### **3.3.2 ...et de nombreuses différences entre les pays**

Les nouvelles structures de coopération peuvent varier en ce qui concerne leur ampleur : pour certaines réformes, il suffit d'ajuster une tâche ou une poignée de tâches. D'autres nécessitent la réorganisation ou la mise en place de diverses activités telles que les évaluations (des besoins médicaux, de la capacité de travail ou des compétences professionnelles par ex.), l'élaboration et la mise en œuvre de plans individuels pour les clients, le monitoring, etc.

La Suède est le seul pays à avoir expressément pris des mesures politiques de « coordination financière » dans le domaine de la réadaptation professionnelle (introduction il y a une décennie). Le groupe cible sont les personnes (de toute classe d'âge) présentant des problèmes ou besoins multiples (somatiques, psychiques, sociaux, professionnels, etc.), et ayant besoin de services de plusieurs autorités. Ces services sont coordonnés par des agences ad hoc auxquelles les autorités concernées participent (contributions financières et mise à disposition de personnel). Les agences coordinatrices travaillent à l'échelon régional ou local et se composent d'experts de l'agence nationale d'assurances sociales, du service public de l'emploi, des communes et des administrations de comté. Les buts de la coordination financière sont :

- a. l'amélioration ou la restauration de la capacité de travail du client
- b. la prévention de cercles vicieux ou de zones grises inutiles entre les autorités
- c. le développement d'une collaboration fructueuse entre les autorités
- d. l'amélioration de l'efficacité de l'utilisation des ressources dans le système

En 2015, il existait 80 agences présentes dans 241 communes suédoises.

Dans certains pays, *le contexte local et la société civile* jouent un rôle très important également. Les expériences faites en Suède montrent que la présence d'organisations non gouvernementales (telles que clubs sportifs, églises et associations de bénévoles) dans les communes y favorisent la participation des clients à de nombreuses activités. L'offre d'activités est souvent moins développée dans les régions rurales (participation à des cours, des formations ou des activités sportives). Les clients disposent aussi de plus de possibilités dans les régions où l'offre de stages en entreprise est bonne – dans les secteurs privés et publics.

Au Royaume-Uni, les acteurs principaux des réformes ne sont pas les établissements publics d'assurance sociale, mais le gouvernement et des *prestataires privés* de différentes tailles. Le gouvernement les a chargés d'exécuter des tâches de coordination et de fournir des services aux personnes avec handicap (évaluations, aide à la recherche d'emploi et accompagnement en emploi par ex.). La mise en œuvre est régie par les principes d'organisation suivants: fonction importante assignée à de grandes organisations privées appelées « prestataires principaux » (*prime providers*), directives sur les services minimaux et gros contrats ou contrats à long terme. Mais au Royaume-Uni, les activités de coopération et de coordination ont aussi été affectées par des conflits et des développements controversés, par exemple la fermeture des ateliers protégés (Re-employ) et le licenciement de 1700 employés.

De nouveaux développements « impondérables » sont susceptibles de restreindre de façon considérable les possibilités d'évaluer de la mise en œuvre des réformes. Aux Pays-Bas par exemple, la restructuration de la gestion des services de l'emploi et de l'agence chargée des assurances sociales des employés (UWV) a eu une influence structurelle négative sur la coopération entre les organismes d'assurances sociales et les communes. Le nombre d'antennes de l'UWV a été ramené de 98 à 30 ; de plus, la façon de fournir les services a été réorganisée (transition d'une approche intégrée à une approche complémentaire et passage rapide à la cyberadministration/guichet électronique). Des problèmes de numérisation et de systèmes informatiques ont mis à l'épreuve la coopération entre les différents acteurs et fragilisé la fourniture des services (les taux de satisfaction de la clientèle ont fortement baissé entre 2010 et 2013).

Un dernier point faible fréquemment cité est le manque d'attention porté *au rôle et aux besoins des employeurs* lors de la conception de réformes. Souvent, il n'est pas suffisamment tenu compte de l'employeur (potentiel) et les réflexions sur son rôle sont peu élaborées. Cela a été constaté en Autriche par exemple, notamment par une étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Mais ce point faible n'est pas spécifique à l'Autriche. De manière générale, les nouvelles prestations

de service concernant la formation ou l'emploi des jeunes restent plus « axées sur l'offre » que sur la demande (du marché du travail).

Cependant, les employeurs néerlandais (leurs organisations) ont été chargés d'une mission structurelle pour stimuler l'emploi des (jeunes) personnes avec handicap. L'organisme d'assurance sociale, les partenaires sociaux et la Fondation du travail (*Stichting van de Arbeid*) ont encouragé les organisations d'employeurs et les syndicats à inscrire des mesures à cet effet dans les conventions collectives de travail. La proportion de conventions collectives qui incluent des programmes spéciaux pour l'emploi de jeunes en situation de handicap est ainsi passée de 19 % en 2010 à 46 % en 2014.



## 4 Impact, enseignements et nouveaux développements

### 4.1 Introduction

Le présent chapitre synthétise les constatations des rapports nationaux s'agissant de l'impact des réformes analysées sur la dépendance aux rentes et sur la participation à l'emploi et l'inclusion sociale. Il résume aussi les enseignements qui ont été tirés des effets et de la mise en œuvre des réformes. Dans la plupart des pays, les politiques ont continué à évoluer après la mise en œuvre des réformes ou l'évaluation de leurs effets ; certains développements récents seront présentés succinctement.

### 4.2 Impact

Les informations fournies par les rapports nationaux sur l'impact des réformes (admissions, emploi, dépendance aux prestations et mise en œuvre) varient considérablement selon le pays et la réforme. Cela ne s'explique pas uniquement par le caractère (très) récent de certaines réformes, qui limite les données empiriques à disposition. Cela s'explique aussi par les efforts consacrés à la recherche et au monitoring (statistiques) de l'application et des effets des nouveaux dispositifs, qui diffèrent selon le pays. Les principales constatations par pays sont présentées ci-après (pour le détail, veuillez vous référer aux rapports nationaux) :

#### *Danemark :*

- Les statistiques montrent une baisse considérable du nombre d'entrées dans l'assurance invalidité après l'introduction de la réforme.
- Faible taux de participation au programme de soutien les premières années (exception : accès à un emploi flexible)
- Selon les premières données : après avoir accompli le nouveau processus axé ressources, seul 2 % des clients ont accédé à un emploi sur le marché primaire du travail ; 14 % ont accédé à un emploi flexible et près de 50 % se sont vus octroyer une rente d'invalidité.
- Le nouveau programme a permis de développer le soutien personnalisé.
- La mise en œuvre a débuté de façon précipitée ; il aurait fallu plus de temps pour les préparatifs et le lancement.
- Des délais d'attente sont apparus en cours de programme en raison de problèmes de fonctionnement ou d'équipes de réadaptation qui tardaient à être constituées.
- Des gestionnaires de cas ont indiqué qu'il y a lieu de sensibiliser davantage le client à la participation attendue de lui au processus d'activation et à l'accès à l'emploi.

*Suède :*

- Les entrées dans les rentes d'invalidité ont baissé après la réforme.
- Hausse continue du nombre de clients qui entrent dans le nouveau dispositif compensation d'activité (*Aktivitetsersättning*); de plus, 90 % des personnes admises sont désormais des personnes chez qui des problèmes psychiques ont été diagnostiqués. Cette évolution de la structure de la morbidité n'avait pas été escomptée.
- Seule une petite proportion des clients accède au marché du travail. De nombreux clients ne quittent pas le système public d'assurance-maladie et continuent à dépendre de prestations sociales (aide sociale par ex.).
- Après quelques années, des facteurs tels que des contraintes de temps et de budget ont affecté l'exécution des programmes et sur le terrain, la priorité a été donnée à la mise à disposition des prestations financières au détriment des mesures d'activation.
- Les programmes de soutien personnalisé sont très hétérogènes. Il existe de grandes variations à l'échelon local s'agissant du contenu et de l'expertise proposée (l'activité la plus courante est probablement la pratique de sports...).

*Autriche :*

- Forte diminution du nombre de demandes de rentes et de personnes admises dans le système de prestations d'invalidité après la réforme (baisse de 70 %)
- Avant la réforme : les rentes octroyées aux personnes de moins de 30 ans étaient principalement des rentes temporaires soumises à réexamen ; après la réforme : la plupart des rentes n'ont pas été renouvelées à l'occasion du réexamen.
- Le nombre de jeunes admis en réadaptation est en hausse, mais cela vaut surtout pour la réadaptation médicale (pas pour la réadaptation professionnelle) étant donné qu'ils ne remplissent que rarement les conditions relatives à la « protection professionnelle » (*Berufsschutz*)<sup>1</sup>.
- La coopération entre les autorités demeure imparfaite, ce qui complique la mise à disposition des services.
- Très faible demande pour le conseil individuel destiné aux personnes en congé maladie (proposé par les institutions de sécurité sociale et le service public de l'emploi); le conseil individuel semble avoir un effet positif sur les personnes atteintes dans leur psychisme et sur la (ré)insertion professionnelle.
- Le conseil individuel requiert un suivi : or, un gestionnaire de cas prend le relai dans moins de 50 % des cas après la consultation préliminaire
- Le conseil pour les entreprises a un impact : il est susceptible de produire un changement d'attitude chez l'employeur (préservation de la santé, recrutement de personnes avec handicap, etc.).

---

<sup>1</sup> *Berufsschutz* (« protection professionnelle ») : L'examen de l'invalidité d'une personne s'occupe aussi de sa capacité potentielle d'exercer une activité moins exigeante. Pour les travailleurs qualifiés le nombre des métiers, dont une personne doit accepter est considérablement réduit. Ils peuvent seulement être placés en activité dans leur propre profession.



- L'évaluation de la formation professionnelle inclusive pour les jeunes en situation de handicap montre que deux tiers des apprentis qui ont terminé la formation ont, par la suite, été engagés par leur employeur.

#### *Royaume-Uni :*

- La participation au programme pour les jeunes en emploi reste très faible mais elle augmente.
- Les clients apprécient : 1) le soutien sur mesure proposé sur le lieu de travail et 2) qu'il soit tenu compte de leur avis et de leurs requêtes.
- Les organisations de défense des handicapés soutiennent que le programme rapporte plus qu'il ne coûte, mais on ne dispose guère de données.
- On a constaté un changement d'attitude des employeurs s'agissant de l'engagement de personnes avec handicap, de leur productivité, des arrêts maladie, etc.
- Programme pour les personnes sans emploi : effets favorables (57 % des participants de la première volée ont trouvé un emploi).
- Plusieurs points faibles ont été constatés dans la gestion et l'application du programme (qualité et quantité du travail accompli, évaluations de l'invalidité, etc.)
- Le débat sur les réformes a été affecté par des controverses publiques et l'attitude des médias (caractérisation des personnes handicapées, cas de fraude à l'assurance, suicide de clients atteints dans leur psychisme, etc.).

#### *Pays-Bas :*

- Chiffres en forte baisse dans la catégorie des clients touchant une rente : hausse substantielle du taux de demandes rejetées et baisse de 40 % des entrées (les premières années)
- Seul une petite partie des clients assignés au programme « emploi » (un sous-dispositif du système) ont accédé à un emploi sur la marché primaire du travail.
- Le programme « emploi » tend à négliger le soutien aux personnes atteints dans leur psychisme ; parmi les explications avancées : l'approche basée sur le placement et le soutien individualisés est trop chère (interdisciplinarité).
- Piètre gestion du système (ex. : erreurs dans l'assignation des clients aux trois sous-dispositifs du système [allocation, programme « emploi », programme « éducation »])
- Pratique de l'écrémage pour sélectionner les clients assignés au programme « emploi »
- Propositions d'emploi soumises par les organismes compétents aux participants au programme « emploi » : les candidats ne correspondent souvent pas aux besoins des employeurs.
- Les employeurs sont favorables aux subventions salariales (destinées à compenser le déficit de productivité)
- La réforme (et la réorganisation d'autres tâches et attributions) a produit une charge administrative considérable auprès des organismes compétents (services intégrés de l'agence d'assurance sociale et du service de l'emploi)

## 4.3 De premiers enseignements

### 4.3.1 Dépendance aux rentes et emploi

Nonobstant les différences entre les systèmes analysés et s'agissant des données empiriques disponibles dans les rapports nationaux, on peut tirer quelques enseignements généraux.

Pour ce qui est des effets des réformes, quatre conclusions peuvent être tirées :

- a. La modification des conditions du droit aux rentes d'invalidité en général réduit les taux d'inscription et d'entrée des jeunes dans le système (Autriche, Danemark, Suède).
- b. Pendant la participation à un programme d'activation, les clients continuent à avoir besoin de prestations financières complétant le revenu. Plusieurs pays (ex. : Suède, Danemark, Pays-Bas) indiquent que la dépendance aux prestations de ce type peut perdurer ; dans certains pays, la participation aux programmes d'activation peut durer jusqu'à trois voire cinq ans.
- c. Les taux d'accès à l'emploi produits par ces programmes spécifiques varient selon le groupe cible. Ces taux (ou les taux de retour au travail) sont (très) bas après certaines des réformes analysées. Mais dans certains pays (Autriche, Royaume-Uni), les taux de placement sont nettement meilleurs. Il s'agit alors de programmes ciblant les jeunes sans emploi avec problèmes de santé.
- d. Il n'en demeure pas moins que selon les observations faites, une proportion considérable de jeunes en situation de handicap continuent, après avoir participé à un programme spécifique, à dépendre de prestations sociales, comme par exemple les indemnités maladie (Suède) ou l'aide sociale (Autriche).

### 4.3.2 Quelques caractéristiques fondamentales des réformes

Aucune des réformes analysées ne se contente de modifier un dispositif particulier : plusieurs programmes ou mesures sont amendés ou introduits *simultanément*. Cela complique l'évaluation du succès des différents éléments des réformes et la tâche des acteurs chargés de mettre en œuvre et d'appliquer la nouvelle philosophie.

De plus, les réformes n'ont pas lieu en vase clos. *Le contexte institutionnel et les paradigmes prédominants* dans les politiques gouvernementales peuvent changer en même temps. Cela s'est produit de façon particulièrement visible au Royaume-Uni (mesures d'austérité, suppression des ateliers protégés, etc.) et aux Pays-Bas (décentralisation des tâches d'activation auprès des communes et, simultanément, coupes budgétaires).

Les acteurs concernés ont *besoin de temps* pour apprendre à travailler dans le nouveau cadre (*nouvelles structures ou organisations*). Tous les rapports nationaux produits dans le cadre de la présente étude mettent le doigt sur des problèmes dont il doit être tenu compte

lors de l'application de programmes d'activation pour les (jeunes) personnes avec handicap. Les points fréquemment soulevés sont :

- a. La répartition des attributions, la coopération et la coordination (y c. conditions financières). Une certaine coordination est primordiale pour augmenter l'efficacité et prévenir des cercles vicieux ou des zones grises entre les autorités. Seule la Suède s'est attaquée d'emblée à cette problématique (« coordination financière »).
- b. Des problèmes de coordination sont aussi susceptibles de se poser lors de la mise en place de (nouvelles) équipes interdisciplinaires censées intégrer les services proposés et fixer des priorités. Les collaborateurs des organismes d'assurance sociale, des services de l'emploi, du système de santé ou des communes sont souvent attachés à leurs tâches ou à leurs priorités « traditionnelles » s'agissant des catégories de clients.
- c. L'application des programmes dépend aussi des prestataires de services disponibles et de leur expertise. Dans certains pays, la disponibilité des experts et des infrastructures peut varier selon la région et ainsi ralentir la réforme ou entraîner des listes d'attente.
- d. Il a été constaté que certains pays, fidèles à une longue tradition, continuent à privilégier les mesures de réadaptation médicale par rapport à la réadaptation professionnelle et à la formation ou à la recherche d'emploi dans le cadre des programmes de soutien individuel au client.
- e. Finalement, il faut tenir compte, dans la plupart des pays, des facteurs et des développements « impondérables » lors de la mise en œuvre des réformes. Les acteurs concernés sont susceptibles d'être fortement entravés dans l'aménagement d'une réforme par des réorganisations simultanées dans des domaines d'activités proche, par des coupes budgétaires, des conflits publics ou comportements médiatiques, etc.

*Le contexte local* est également primordial. Cela vaut – comme mentionné précédemment – pour la disponibilité des experts et des prestataires de services de soutien, mais aussi pour les possibilités d'emploi proposées aux personnes avec handicap par les employeurs. L'OCDE a relevé (y c. pour des pays inclus dans la présente étude) que de nombreux programmes d'activation négligeaient le rôle et la participation des employeurs. Le travail précoce avec les employeurs et l'accompagnement en emploi pour les employeurs et superviseurs font défaut dans de nombreux programmes (exception : le programme autrichien Fit2Work). En revanche, de nombreux programmes prévoient des incitations financières pour l'employeur à engager des personnes avec handicap (subventions salariales ou pour l'adaptation du poste de travail par ex.). Cependant, certains rapports constatent que :

- a. Les incitations financières ne semblent pas avoir d'influence sur les décisions de l'employeur de recruter des personnes avec handicap.
- b. Plusieurs programmes (ceux qui se focalisent sur les stages en entreprise notamment) ont un effet plus favorable sur les employeurs s'agissant de leur disposition à engager des personnes avec handicap.

## 4.4 Perspectives

Dans certains pays, les dernières réformes sont encore trop récentes pour discuter sérieusement de l'opportunité de nouveaux réaménagements (ex. : Autriche, Danemark). De plus, les autorités sont conscientes que la mise en œuvre demande du temps. Dans d'autres pays, les réformes analysées dans la présente étude ont déjà été révisées ou le monde politique envisage des modifications. Les rapports nationaux incluent une partie consacrée aux nouveaux développements.

Dans le domaine de l'activation des jeunes atteints dans leur santé, on résumera ainsi les évolutions en cours :

*Premièrement* : comme cela a été signalé (cf. point 4.3.2), l'émergence de nouvelles idéologies dominantes ou une recomposition du gouvernement peut entraîner des modifications de l'agenda politique. Les nouvelles idées propagées s'adossent souvent à des considérations sur les tâches du gouvernement, la responsabilité individuelle et /ou responsabilisation (*empowerment*), le rôle des incitations financières. Les rapports sur le Royaume-Uni et sur les Pays-Bas, il est mentionné que ces développements sociétaux ont affecté les discussions sur de nouvelles réformes.

*Deuxièmement* : de nombreux programmes sont susceptibles d'être réaménagés au regard de leurs faibles effets actuels (sur les taux d'emploi) ou des processus de transfert en cours (renvoi du client d'un système de prestations à l'autre). Dans différents pays (Suède par ex.), des politiciens et d'autres acteurs concernés proposent des adaptations. Elles sont souvent incorporées à des trains de mesures participant d'un projet plus vaste (politique de l'emploi ou de l'inclusion sociale en général, ou nouvelles réformes des politiques d'assurance sociale par ex.).

*Troisièmement* : dans les pays concernés, il est prévu de développer certains programmes analysés dans la présente étude ou certains de leurs éléments (cela a été rapporté pour l'Autriche et le Royaume-Uni). Pour répondre au besoin d'attention accru des jeunes atteints dans leur psychisme, de « nouveaux » modèles de soutien dont l'efficacité a été prouvée seront incorporés (à plus large échelle) aux programmes d'activation dans plusieurs pays. L'approche du programme « Améliorer l'accès aux psychothérapies » (IAPT, Royaume-Uni) en est un exemple. Par ailleurs, une hausse des budgets nationaux pour les soins liés aux maladies psychiques est rapportée pour certains pays (ex. : Suède). En Autriche, la prévention sera revalorisée : il est prévu de développer le soutien pour les employés en incapacité de travail (prestations de conseil pour les personnes en congé maladie).

*Finalement* : certains rapports nationaux font état d'expériences menées à l'échelon régional et de projets pilotes en cours visant à améliorer les services pour les jeunes en situation de handicap. Il peut s'agir de modèles dont le but est d'améliorer/intensifier la recherche d'emploi des jeunes en âge de scolarité (ex. : Autriche) ou de mettre en place de nouvelles formes de coopération interdisciplinaire (au sein des « équipes de réadaptation » en Autriche ou des « agences coordinatrices » en Suède par ex.).

## Fiches d'information par pays

Pour chaque pays, une fiche a été établie qui résume les informations et les enseignements principaux des réformes analysées dans le rapport national correspondant. La taille des fiches varie selon le pays. Certaines traitent de programmes destinés aux personnes atteintes dans leur santé, qu'elles soient salariées ou sans emploi. D'autres fiches distinguent les deux catégories et rendent compte des mesures spécifiques prises. Ces mesures ciblent parfois les jeunes sans emploi (ex. : Pays-Bas), d'autres se focalisent sur les employés atteints dans leur santé (y c. les jeunes). Pour des informations détaillées, nous renvoyons aux rapports nationaux.

## 4.5 Danemark

### Introduction : le contexte danois (informations choisies)

Population : 5,6 millions d'habitants

Taux d'emploi dans la classe d'âge 20 à 64 ans (2015) : 76,5 %

Taux de chômage (août 2016) : 6,2 %

Taux de chômage chez les moins de 25 ans (août 2016) : 10,8 %

Dispositifs (sociaux) concernant les jeunes atteints dans leur santé ou en situation de handicap :

(1) rente d'invalidité, et (2) « processus axé ressources »

Prestations : remplacement du revenu

Cercle des bénéficiaires (potentiels) : 239 817 personnes ont touché une rente d'invalidité en 2013 mais leur nombre a baissé à 215 590 en 2015, consécutivement aux réformes présentées ci-après (source : office danois de la statistique).

Autorités/organisations responsables : les communes gèrent et octroient les rentes d'invalidité mais une autorité nationale spécialisée procède aux paiements mensuels.

Financement des prestations : à l'instar des autres prestations sociales, la rente d'invalidité repose sur l'impôt au Danemark. Le gouvernement rembourse les communes quand une personne accède à un emploi et sort du système des rentes d'invalidité (pour des précisions sur le mécanisme et les taux de remboursement, v. le rapport sur le Danemark).

### 1. Réformes analysées (informations clés)

Objet : Réforme du système des rentes d'invalidité, et réforme du programme des emplois dits flexibles (*Flex Jobs* ; emplois subventionnés temporairement)

But / cible : Restreindre l'accès à la rente d'invalidité pour les demandeurs (employés ou sans emploi) âgés de moins de 40 ans et, en remplacement, les assigner à un programme de soutien interdisciplinaire. Finalités : retour sur le marché du travail ou en formation des personnes connaissant des problèmes multiples et prévention de la demande de rentes d'invalidité par l'intégration plus poussée des services chargés de la santé, de l'emploi et de l'action sociale.

Introduction : Le 1<sup>er</sup> janvier 2013

## 2. Contexte

Une réforme majeure antérieure (2003) visait à réduire les entrées dans le système des rentes d'invalidité et à aider, au moyen de subventions, les personnes partiellement invalides occupant un emploi dit flexible (*flex job*). La réforme a échoué : les entrées dans le système sont restées nombreuses et le programme des emplois flexibles a eu pour effet le transfert de travailleurs réguliers vers des emplois subventionnés.

Lors de la préparation de nouvelles réformes, le nombre excessif de personnes sans emploi parmi les jeunes et parmi les personnes atteintes dans leur psychisme a suscité une attention particulière.

L'un des objectifs était de faciliter l'accès des personnes connaissant des problèmes de santé graves au programme des emplois flexibles et de le rendre plus attrayant pour celles qui travaillent un nombre d'heures réduit.

Le programme des emplois flexibles propose des emplois subventionnés. Exemple : si la personne à laquelle la commune a accordé un emploi flexible a une capacité de travail évaluée à 50 % et qu'elle travaille 20 heures par semaine, elle recevra de l'employeur un salaire pour la moitié de ces heures et, en complément, une prestation pour les dix dernières heures de la semaine.

## 3. Contenu (mesures, services, etc.)

La réforme ne se focalise pas sur les *jeunes*. Elle cible les personnes de 18 à 40 ans. Ses principaux éléments sont :

- a. « Processus axé ressources » : les demandeurs âgés de moins de 40 ans ne peuvent prétendre à une rente d'invalidité (à moins de souffrir d'un handicap grave). En remplacement, ils sont incorporés à un programme de soutien susceptible de les aider dans de nombreux domaines.
- b. Aide au placement dans un emploi flexible (emploi subventionné temporairement ; cinq ans au maximum). Après que le client ait occupé un emploi flexible pendant cinq ans, sa capacité de travail est réexaminée pour déterminer si elle a évolué (amélioration ou détérioration). S'il ne peut être placé ailleurs, il peut prétendre aux indemnités chômage ;
- c. Une allocation de formation est fournie aux personnes sans formation âgées de moins de 30 ans.

## 4. Mise en œuvre

Les jeunes clients (dont les problèmes sont souvent multiples) sont d'abord soumis à une évaluation de leur capacité de travail. L'évaluation est réalisée par une équipe interdisciplinaire, appelée « équipe de réadaptation », qui est intégrée dans l'organisation communale.

L'équipe est composée de gestionnaires de cas issus des services chargés de l'action sociale, de l'emploi et de la formation, ainsi que d'un coordinateur du système de santé.

Etape suivante : le centre de placement décide de l'octroi d'une rente d'invalidité (en cas de handicap grave), de l'assignation au programme des emplois flexibles ou de l'élaboration d'un plan de réadaptation.

Le plan de réadaptation peut prévoir du soutien dans les domaines de la formation, de l'emploi et de la santé. Il peut encore porter sur d'autres domaines (physiothérapie, consultations psychologiques, etc.). Le client est censé participer activement à l'élaboration et à la réussite du plan de réadaptation ;

En complément de ces mesures et services, le client peut toucher des indemnités maladie (s'il en remplit les conditions) ou une indemnité mensuelle correspondant au niveau de l'aide sociale. Le droit à ces prestations n'est pas soumis à une limite d'âge.

Les clients sans formation âgés de moins de 30 ans peuvent prétendre à une allocation de formation (le gouvernement voulait créer de fortes incitations pour les jeunes à commencer une formation).

La durée du processus de soutien est limitée à cinq ans. La limite s'applique au processus axé ressources et au programme des emplois flexibles. Après cinq ans, la capacité de travail est réexaminée.

La réforme prévoit aussi une meilleure coordination des services chargés de la santé, de l'emploi et de l'action sociale. Les modalités de coordination varient d'une commune à l'autre (recours à différentes équipes, désignation d'un gestionnaire de cas chargé de la coordination, etc.).

## 5. Impact

Effets :

L'objectif fixé au départ était d'ouvrir 14 500 programmes de soutien la première année (2013). Mais la sauce n'a pas pris : seuls 2298 processus axés ressources ont été décidés en 2013. L'année suivante, 9929 personnes ont été incorporées à un processus axé ressources.

Le nombre de personnes en emploi flexible est passé de quelque 54 000 au 4e trimestre 2012 à 58 000 après la mise en œuvre de la réforme (3e trimestre 2014).

Les statistiques montrent que le nombre de nouveaux bénéficiaires d'une rente d'invalidité a baissé depuis 2009. Il est passé de 17 102 à 14 621 au cours de la période 2009 à 2012 ; il a continué à baisser après la mise en œuvre de la réforme (5743 personnes).

En 2015, 609 processus axés ressources avaient été bouclés. 14 cas se sont soldés par un retour sur le marché du travail. Dans 314 cas, une rente d'invalidité a été octroyée et 84 personnes ont été transférées vers le programme des emplois flexibles. Aucun client n'avait commencé une formation. Ils n'abandonnent pas le système mais doivent s'inscrire de nouveau au procès de ressources.



## 6. Enseignements

Les politiciens ont été critiqués pour leur incapacité à convertir en davantage d'emplois réguliers les 19 000 processus axés ressources qui ont été ouverts (pour un coût de 630 millions de couronnes danoises). Les processus axés ressources ont seulement débouché sur la création de 130 emplois réguliers.

Les centres de placement et les communes sont unanimes sur le fait que la réforme et les nouvelles mesures ont un potentiel important, mais disent éprouver des difficultés à trouver leurs marques dans le nouveau cadre. Ils cherchent toujours la meilleure façon de travailler avec les équipes de réadaptation et de tirer avantage de leur expertise.

Tous les rapports d'évaluation montrent que la mise en œuvre a été plus longue que prévue et que les communes sont toujours en période d'apprentissage s'agissant de la façon de se mouvoir dans le nouveau paradigme.

Autres leçons tirées de la mise en œuvre :

- Le fonctionnement des équipes de réadaptation cause des délais d'attente.
- La coordination est difficile au sein des équipes de réadaptation en raison de différences de priorité et d'engagement (les équipes se composent de spécialistes de différentes disciplines/organisations).
- Le nouveau programme offre des possibilités intéressantes en matière de soutien personnalisé à offrir.
- Il y a lieu de mieux informer et de sensibiliser le client à la participation attendue de lui.

## 4.6 Suède

### Introduction : le contexte suédois (informations choisies)

Population : 9,7 millions d'habitants

Taux d'emploi dans la classe d'âge 20 à 64 ans (2015) : 80,5 %

Taux de chômage (août 2016) : 7 %

Taux de chômage chez les moins de 25 ans (août 2016) : 20,4 %

Dispositifs (sociaux) concernant les jeunes atteints dans leur santé ou handicapés : il existe différents systèmes pour cette catégorie hétérogène. Une prestation appelée « compensation d'activité » joue un rôle primordial. Elle donne une assise financière aux personnes reconnues incapables de travailler en raison de problèmes médicaux de longue durée. Un autre dispositif important est la Loi relative à l'assistance et aux services en faveur des personnes atteintes de certaines infirmités fonctionnelles (LSS). Elle régit différents types de services. Le système est administré par les communes.

Prestations : le remplacement du revenu est la règle dans le système de sécurité sociale suédois. La « compensation d'activité » se compose de deux parties. Dans la première, la prestation est fondée sur le principe du remplacement du revenu. La seconde, appelée « compensation garantie », vient en aide aux personnes dont le revenu assuré est insuffisant.

Cercle des bénéficiaires (potentiels) : les différentes composantes des systèmes suédois d'assurance sociale dépendent tantôt du lieu de domicile tantôt du lieu de travail. La « compensation d'activité » connaît plusieurs niveaux de compensation dont une partie dépend du lieu de travail et une partie du lieu de domicile. En définitive, toute personne âgée de 19 à 29 ans vivant en Suède est couverte (environ 1,2 million de personnes).

Autorités/organisations responsables : l'agence nationale de sécurité sociale (*Försäkringskassan*) est responsable de la « compensation d'activité ».

Financement des prestations : le système est financé par des cotisations sociales et par l'impôt. En 2014, par exemple, la part des cotisations sociales s'est élevée à 117 milliards et le financement basé sur l'impôt à 91 milliards de couronnes suédoises.

### 1. Réformes analysées (informations clés)

Objet : Introduction de la « compensation d'activité » (AE)

But / cible : Les jeunes de 19 à 29 ans – employés ou sans emploi – dont la capacité de travail est réduite d'au moins 25 % en raison de problèmes de santé de longue durée

Introduction : Le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (toujours en vigueur)

## 2. Contexte

Ce ne sont pas des préoccupations quant à l'augmentation du nombre de jeunes touchant une rente d'invalidité qui ont incité à introduire la réforme. Le nombre de jeunes allocataires (16 à 29 ans) était en effet stable. Cependant, il y avait besoin de tenir compte des spécificités de cette catégorie et de favoriser la participation des jeunes gravement handicapés à des activités porteuses de sens.

Ainsi est née l'idée de créer un système distinct pour les jeunes avec une incapacité de travail pour des raisons médicales : l'AE. Cette prestation a remplacé la rente d'invalidité pour assurer les personnes âgées de 19 à 29 ans contre le risque de pauvreté financière.

L'âge minimum d'admission est 19 ans. En Suède, pratiquement personne n'a encore un emploi rémunéré à 16 ans (« adolescence prolongée »). Les personnes de 16 à 19 ans sont censées être en formation.

Objectifs principaux : assoir la sécurité financière en cas d'incapacité de travail due à la maladie ou à un accident, mobiliser et augmenter la capacité de travail résiduelle des personnes invalides, encourager l'engagement social et la participation à des activités hors du domicile.

## 3. Contenu (mesures, services, etc.)

Deux types d'AE :

- a. La compensation « basée sur le revenu » : prestation dépendant de l'âge et destinée aux personnes que l'agence nationale d'assurances sociales a reconnues incapables de travailler en raison de problèmes de santé de longue durée. Le montant alloué (hors impôts) varie entre 840 euros (à 19 ans) et 940 euros. Le bénéficiaire a aussi droit à des mesures pour augmenter sa capacité de travail et pour lui permettre de participer à des activités.
- b. La compensation « pour scolarité prolongée » : prestation octroyée automatiquement – c'est-à-dire sans besoin de prouver l'incapacité de travail –aux personnes qui ont besoin de temps supplémentaire pour terminer leur formation.

Ainsi, les jeunes n'ont plus droit à la rente d'invalidité (permanente).

L'AE est accordée pour trois ans au maximum mais les bénéficiaires peuvent en demander le renouvellement (jusqu'à l'âge de 29 ans). Le droit aux prestations est réexaminé régulièrement (au plus tard après trois ans).

## 4. Mise en œuvre

L'AE est mise en œuvre par des agences « coordinatrices » au sein desquelles collaborent quatre acteurs : l'agence nationale d'assurances sociales, le service public de l'emploi, les communes et les administrations de comté au niveau régional.

Le but des agences est de proposer un soutien « sur mesure ». Il s'agit d'aider le client à augmenter sa capacité de travail, de prévenir les cercles vicieux ou les zones

grises entre les autorités, de promouvoir une bonne collaboration entre les autorités, d'augmenter l'efficacité de l'utilisation des ressources.

De nombreuses agences ont créé la fonction de « coordinateur d'activités ». Il s'agit d'une fonction distincte de la fonction traditionnelle de gestionnaire de dossier (accepter/rejeter les demandes d'AE). Cependant, l'octroi/la gestion des prestations financières est redevenue la tâche principale au fil du temps.

Les agences coordinatrices ont fait une priorité des jeunes atteints dans leur santé ou handicapés.

## 5. Impact

Le nombre de bénéficiaires de l'AE augmente constamment. A titre exemple, il est passé de 16 246 en 2005 à 37 599 en 2015. Les taux d'entrée dans le système sont supérieurs aux taux de sortie.

Une petite partie des clients accèdent au marché du travail. L'objectif de l'AE de faciliter l'accès des jeunes à l'emploi après une longue période d'invalidité/maladie n'a pas été atteint.

Désormais, près de 90 % des bénéficiaires de l'AE sont des personnes pour lesquelles des troubles psychiques ont été diagnostiqués. Le groupe cible défini au début, à savoir les personnes avec une infirmité congénitale grave, ne représente qu'une petite minorité. Ce changement dans la distribution des types de handicap n'avait pas été escompté lors de la mise en place du dispositif.

La hausse du nombre de bénéficiaires de l'AE et l'évolution dans la structure de la morbidité s'expliquent probablement par de multiples facteurs : augmentation du nombre d'élèves en école spécialisée, modifications de l'état de santé des jeunes, révisions des manuels de diagnostic et nouvelles habitudes des médecins, modification du marché du travail (emploi temporaire, relations instables) ou encore changement des normes et des comportements de la société en rapport avec les problèmes psychiques.

La variété des activités est potentiellement très grande (elles sont censées être sur mesure). L'activité la plus courante est probablement la pratique d'un sport (gymnastique).

La plupart des clients ne quittent jamais le système public d'assurance-maladie (auquel l'AE est incorporée) ou y sont réadmis après un passage par l'aide sociale. Une proportion minime accède au marché du travail : lorsqu'elles atteignent l'âge de 30 ans, environ six personnes sur dix sont transférées directement vers le régime des indemnités maladie permanentes (« compensation de maladie »).

Les conditions du droit à la compensation de maladie ayant été durcies, de nombreuses personnes tombent entre les mailles du filet lorsqu'elles atteignent l'âge de 30 ans. Elles ne remplissent plus les conditions requises tout en restant incapables de travailler.

## 6. Enseignements

Conclusions de différentes études d'évaluation et d'autres enquêtes sur la mise en œuvre :

- a. La fonction de coordinateur d'activités a été remplacée par celle d'« administrateur personnel ». Les programmes d'activités sont ainsi passés à l'arrière-plan.
- b. En raison de contraintes de temps, la priorité a été donnée à la gestion courante des prestations financières au détriment de la planification d'activités censées augmenter la capacité de travail. De plus, le client AE et son coordinateur d'activités entretenaient souvent peu de contacts.
- c. Le contexte local est déterminant pour le type de mesures et de services de soutien qui peuvent être proposées (existence de clubs sportifs, offre de cours du soir, etc.). Les possibilités offertes aux personnes avec handicap sur le marché du travail local sont cruciales également (stages par ex.).
- d. Le risque de tomber entre les mailles du filet à l'âge de 30 ans (transition AE-compensation de maladie) crée de l'anxiété depuis que le droit à la compensation de maladie est soumis à des conditions plus restrictives.
- e. Des effets de rétention (effets de *lock-in*) ont été observés. En effet, de nombreux jeunes touchant l'AE considèrent comme risqué d'accéder aux études ou à l'emploi (« Mes allocations seront-elles supprimées ? », « Que se passera-t-il si je ne suis pas à la hauteur ? »)
- f. Le ministère concerné propose des réaménagements qui permettent aux bénéficiaires de l'AE de combiner plus facilement la perception de la prestation avec un emploi/des études.

## 4.7 Autriche

### Introduction : le contexte autrichien (informations choisies)

Population : 8,6 millions d'habitants

Taux d'emploi dans la classe d'âge 20 à 64 ans (2015) : 74,3 %

Taux de chômage (août 2016) : 6,2 %

Taux de chômage chez les moins de 25 ans (août 2016) : 10,6 %

Dispositifs (sociaux) concernant les jeunes atteints dans leur santé ou handicapés :

(1) Assurance pension (*Pensionsversicherung* ; rentes d'invalidité, financement de la réadaptation médicale et reclassement<sup>2</sup>), (2) assurance-maladie (exécution de la réadaptation médicale), (3) Fit2work, un programme emploi basé sur la prévention secondaire, organisé et financé par le Sozialministeriumservice (SMS ; autorité fédérale au service des personnes ayant besoin d'assistance), (4) assurance-accidents, (5) inspection du travail, (6) programmes pour les personnes sans emploi (la plupart sont organisés et financés par le SMS et le service public de l'emploi)

Prestations :

- assurance pension : remplacement du revenu et financement de mesures de réadaptation
- service public de l'emploi : remplacement du revenu, reclassement et mesures d'activation
- assurance-maladie : remplacement du revenu, réadaptation médicale et contrôle des arrêts maladie

Cercle des bénéficiaires (potentiels) : effectif des rentes d'invalidité chez les moins de 30 ans : 1302 (2014)

Autorités/organisations responsables :

- assurance pension, service public de l'emploi, assurance-maladie : gouvernement fédéral et partenaires sociaux (avec des antennes locales et régionales)
- Fit2work : gouvernement fédéral, partenaires sociaux et autorités de la sécurité sociale
- programmes pour les personnes sans emploi : gouvernement fédéral et service public de l'emploi (dans la plupart des cas)

---

<sup>2</sup> Le reclassement n'est guère pertinent pour les jeunes car, dans la plupart des cas, ils ne disposent pas de la protection professionnelle et ne remplissent donc pas les conditions d'accès].

**Financement des prestations :**

- Financement basé sur les cotisations : rente d'invalidité, indemnités servies pendant la durée de la réadaptation médicale (*Übergangsgeld*), aide au reclassement, indemnités maladie, indemnités chômage
- L'aide au reclassement et les indemnités transitoires sont payées par l'assurance pension.
- Les indemnités maladie sont payées par l'assurance-maladie.
- Les indemnités chômage sont payées par le service public de l'emploi.

**Jeunes en emploi atteints dans leur santé****1. Réformes analysées (informations clés)**

- Objet : (1) Réforme de la rente d'invalidité  
(2) Programme Fit2Work
- But / cible : (1) Application du principe « la réadaptation prime la rente »  
(2) Prévention précoce de la perte de l'emploi et de la sortie prématurée de la vie professionnelle pour cause médicale
- Introduction : (1) En janvier 2014  
(2) Conseil individuel en 2011, conseil aux entreprises en 2012

**2. Contexte**

Des mesures prises antérieurement ont eu peu d'effets (introduction du principe « la réadaptation prime la rente » et limitation dans le temps des rentes octroyées aux jeunes). Les autorités intervenaient trop tard.

Inquiétudes au sujet de la hausse rapide du nombre de personnes atteintes dans leur psychisme qui demandent des prestations de maladie, d'invalidité ou de chômage et au sujet de la durée des absences maladie dues à des problèmes psychiques.

**3. Contenu (mesures, services, etc.)**

Réforme du système de l'assurance pension (pour les personnes nées en 1964 ou ultérieurement) ; pas d'âge minimum (entrée dans le système possible dès l'âge de 15 ans, en particulier pour les clients avec autorisation de travailler).

- a. Durcissement des conditions du droit à la rente d'invalidité : octroi uniquement si l'incapacité de travail est complète et si le reclassement est inenvisageable
- b. Développement des services de soutien à la réadaptation, introduction d'indemnités transitoires (servies pendant la durée de la réadaptation médicale)

- c. L'administration de l'assurance pension est chargée d'évaluer la capacité de travail des clients du service public de l'emploi et d'autres institutions d'assurance.

Fit2work : mesures d'intervention précoce pendant l'absence maladie ou auprès des sans-emplois

- a. Conseil individuel (facultatif) pour les employés en congé maladie depuis plus de six semaines et les personnes sans emploi atteintes dans leur santé
- b. Conseil pour les entreprises : informations, conseils et soutien pour l'employeur en rapport avec les signes avant-coureurs chez les groupes à risque ; formation des équipes de travail aux défis posés par la maladie psychique au travail ; adaptation des activités, processus, horaires, etc.

#### 4. Mise en œuvre

Réforme de la rente d'invalidité :

- a. Introduction auprès de l'assurance pension de centres de compétence chargés de procéder aux évaluations pour les services de l'emploi, etc. Développement d'outils servant de base aux activités de conseil des services de l'emploi (ex. : analyse du potentiel de carrière du client fondée sur l'évaluation de ses centres d'intérêt, de sa capacité de travail, etc.).
- b. Suppression des rentes temporaires ; les demandes de rente sont « converties » en demandes de réadaptation.
- c. Renforcement de la réadaptation médicale et des moyens qui lui sont alloués

Fit2Work :

- a. Conseil individuel (une invitation à y participer est adressée par l'assurance-maladie aux personnes sans emploi et aux employés en congé maladie depuis plus de six semaines ; le service est fourni par des spécialistes [privés] de la médecine du travail, de la psychologie et du travail social)
- b. Conseil pour entreprises (fourni principalement par des conseillers engagés par le Centre de formation et de réadaptation professionnelles [*Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum*] : l'exercice dure 3 à 8 jours selon la taille de l'entreprise. Conseils et informations sont donnés sur la mise en place dans l'entreprise d'un système de détection précoce, d'un employé délégué à l'inclusion, de mesures pour les groupes à risque.

#### 5. Impact

Rentes d'invalidité (conclusions après une à deux années) :

- baisse du nombre de demandes en 2014 : diminution de 69,5 % des entrées dans le système de clients de moins de 30 ans
- effectif des bénéficiaires de la rente d'invalidité âgés de moins de 30 ans : baisse de 48,3 % car pratiquement toutes les rentes temporaires ont été révisées



- pratiquement toutes les révisions effectuées après la réforme dans cette classe d'âge ont abouti à la suppression de la rente (renforcement du principe « la réadaptation prime la rente »)
- au cours des deux premières années : les économies réalisées sur le paiement de rentes d'invalidité équivalent à peu près aux dépenses pour la réadaptation et à l'insertion sur le marché du travail.
- le nombre de jeunes admis en réadaptation est en hausse. Apparemment, cela vaut surtout pour la réadaptation médicale (pas pour la réadaptation professionnelle). L'aide au reclassement est accordée dans de rares cas (lorsque les conditions relatives à la protection professionnelle » sont remplies) (2015).

Fit2work (premiers résultats) :

- a. 42 % des participants à Fit2work souffrent de troubles psychiques tandis que 37 % font état de problèmes physiques
- b. Conseil individuel : les informations les plus demandées sont d'ordre général.
- c. Faible participation : seul 4 % des clients invités par courrier de l'assurance-maladie à participer ont effectivement fait usage de cette possibilité ; cependant, la demande des personnes sans emploi est forte et des personnes viennent consulter spontanément ou sur conseil du médecin de famille.
- d. Le conseil individuel semble améliorer l'état de santé psychique des participants et la (ré)insertion.
- e. Le conseil pour les entreprises produit un changement d'attitude chez les employeurs s'agissant de la préservation de la santé de leurs employés et du recrutement de personnes avec handicap.

## **6. Enseignements** (premières leçons au vu du caractère récent des réformes)

Rentes d'invalidité (administration) :

- La réadaptation médicale et la réadaptation professionnelle sont toujours séparées (des services intégrés seraient nécessaires en cas de problèmes psychiques).
- Les programmes de reclassement devraient être mieux adaptés aux besoins du marché du travail et être accessibles aux jeunes atteints dans leur psychisme de façon chronique.
- Un système avec des autorités séparées pour l'évaluation, l'application et le paiement des prestations financières complique la coopération.
- L'OCDE a conclu qu'il manquait dans la réforme autrichienne une stratégie associant les employeurs et que les services de l'emploi ne comprennent souvent pas suffisamment les besoins des employeurs qui recrutent des travailleurs connaissant des problèmes de santé chronique.

**Fit2work :**

- OCDE : le conseil individuel et la gestion des cas doivent être mieux coordonnés avec le système de prise en charge des atteintes au psychisme et les médecins de famille.
- La politique d'invitation à participer aux consultations individuelles est perfectible.
- Le taux de suivi par les gestionnaires de cas après la consultation individuelle préliminaire est relativement faible (moins de 50 %).

**Jeunes sans emploi avec problèmes de santé**

Cette section est moins détaillée en raison de la multitude de programmes proposés (pas tous ciblés sur les jeunes en situation de handicap) et des informations disponibles.

**Première réforme analysée : procédure de *clearing*****1. Informations clés**

Introduction : en 2001 (révision en 2004) ; remplacement en 2012 par le programme Coaching pour les jeunes (*Jugendcoaching*) qui cible tous les jeunes à risque

Groupe cible : jeunes en situation de handicap, y compris ceux qui ont terminé leur scolarité (âge pas spécifié)

But : fluidifier au maximum la transition école-travail et l'entrée sur le marché du travail

Financement : fonds spéciaux du gouvernement fédéral et du Fonds social européen notamment

**2. Contenu (mesures, services, etc.)**

La procédure de *clearing* est gérée par une équipe ad hoc. Elle élabore avec le jeune concerné un paquet de mesures individualisées pour la dernière année de scolarité (ou l'année suivante). Le paquet inclut :

- profil des prédispositions et des aptitudes ; analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces)
- détermination et planification des besoins après la formation
- identification des perspectives professionnelles, plan d'évolution/de carrière
- activation et développement des réseaux à l'interface entre école et emploi

Le soutien est fourni par des travailleurs sociaux, des psychologues scolaires, des psychopédagogues et des conseillers pédagogiques pour les jeunes présentant des problèmes psychiques et comportementaux.

**3. Impact**

24 % des participants à la procédure de clarification ont conclu un contrat de travail régulier ou ont accédé à une place d'apprentissage sur le marché primaire du travail. Par ailleurs, 29 % ont été pris en charge dans un programme de soutien à la formation professionnelle ou placés en pré-apprentissage après la procédure de *clearing*.

La Commission européenne a inclus le programme dans la liste des bonnes pratiques pour examen par les pairs (peer-review).

**Deuxième réforme analysée : formation professionnelle intégrative (*integrative Berufsausbildung*)****1. Informations clés**

Introduction : en 2003 (révision en 2010)

Groupe cible : jeunes (âge non spécifié) qui ont un handicap ou des besoins spéciaux en matière d'éducation, n'ont pas terminé leur scolarité ou rencontrent tout autre obstacle au placement et ne sont pas en mesure de suivre un apprentissage régulier.

But : favoriser l'accès au marché du travail

**2. Contenu (mesures, services, etc.)**

Le service de l'emploi et le SMS fournissent aux apprentis un accompagnement social et psychologique ciblé pour qu'ils terminent leur formation. La formation professionnelle intégrative est financée par le SMS.

Les employeurs qui proposent des places d'apprentissage intégratives dans le marché primaire du travail peuvent solliciter une contribution auprès du service public de l'emploi. Des moyens sont aussi à disposition pour couvrir les frais supplémentaires spécifiques (ex. : charges salariales, adaptation du poste de travail).

**3. Impact**

Taux élevés d'apprentis qui terminent leur formation

Les évaluations faites montrent que deux tiers des personnes qui ont terminé la formation ont été engagées par leur employeur subséquentement.

**Autres réformes se focalisant sur certaines catégories de jeunes sans emploi, ne suivant ni études ni formation (jeunes *NEET*)**

Groupes cibles : différentes catégories de jeunes défavorisés, dont ceux qui ont un handicap ou un problème de santé. Les programmes les plus importants sont :

1. Coaching pour les jeunes : ce programme est proposé à l'échelon national depuis 2013. Il s'adresse à tous les jeunes menacés de décrochage qui ont moins de 19 ans (en cas de handicap ou de besoins spéciaux en matière d'éducation : moins de 25 ans)

2. Apprentissage garanti (*überbetriebliche Berufsausbildung*) : le groupe cible sont les jeunes qui ont terminé leur scolarité mais ne trouvent pas d'apprentissage régulier ou ont interrompu un apprentissage. L'objectif est d'assurer une transition école-emploi aussi fluide que possible et l'accès au marché du travail.
3. Prêt pour la formation (*AusbildungsFit*) : programme national de formation à faible niveau d'exigences destiné aux jeunes de moins de 21 ans (en cas de handicap : moins de 24 ans)
4. Ecoles-entreprises (*Produktionsschule*) : programmes scolaires non traditionnels préparant à la formation. Le but est que les participants se familiarisent avec différentes filières de formation et qu'ils rattrapent les aptitudes et qualifications qui leur manquent. Groupe cible : les personnes de 15 à 25 ans sans qualifications ni compétences sociales à la sortie de l'école et qui ne peuvent s'adapter à l'école aux mondes de l'école, de l'apprentissage ou du travail en leur état. Les 60 écoles-entreprises disséminées dans le pays proposent quelque 3000 places pour 4000 jeunes.

## 4.8 Royaume-Uni

### Introduction : le contexte au Royaume-Uni (informations choisies)

Population : 64,9 millions d'habitants

Taux d'emploi dans la classe d'âge 20 à 64 ans (2015) : 76,8 %

Taux de chômage (août 2016) : 4,8 %

Taux de chômage chez les moins de 25 ans (août 2016) : 14,6 %

Dispositifs (sociaux) concernant les jeunes avec atteintes à la santé ou handicapés :

- (1) Services, équipements et assistance : par ex. budgets individuels (pour de l'assistance personnelle et des adaptations) ;
- (2) Contribution à l'adaptation du logement au handicap (*Disabled Facilities Grant*) (cette allocation est particulièrement importante pour les personnes qui ont une déficience physique).
- (3) Accès au travail (*Access to Work ; AtW*) : programme spécial de services destiné aux personnes atteintes dans leur santé psychique
- (4) Allocation emploi et de soutien au travail (*Employment and Support Allowance ; ESA*) : remplacement du revenu
- (5) Crédit universel (*Universal Credit ;* en cours d'introduction) : remplacera six prestations financières dont l'ESA
- (6) Prestation pour l'autonomie personnelle (PIP) ; compensation des coûts supplémentaires dus à la déficience ;
- (7) Allocation de logement (*Housing Benefit*) : contribution aux frais de logement des personnes à bas revenu

Prestations : remplacement du revenu et services

Cercle des bénéficiaires (potentiels) :

PIP (2016) : 3,62 millions bénéficiaires

Allocation de logement (2016) : 4,68 millions

Crédit universel (2016) : 303 839 bénéficiaires (chiffre encore relativement bas car la prestation est en cours d'introduction), dont 120 000 sont en emploi (40 %) et 183 144 sans emploi (60 %) ;

ESA et prestation d'invalidité (2016) : 2,49 millions bénéficiaires

AtW : quelque 12 000 entrées par an dans le programme

Autorités/organisations responsables : le paiement des prestations de remplacement du revenu est géré par les centres Jobcenter Plus et les sources de financement sont nationales (ministère du travail et des pensions).

Financement des prestations :

Le système est fondé sur l'impôt et le principe de l'assurance. En matière d'allocations, on distingue les prestations contributives, les prestations non-contributives et les prestations sous condition de ressources.

Les *prestations contributives* et les coûts afférents sont financés par la caisse nationale d'assurance. Le financement se base sur des cotisations obligatoires sur le revenu perçues auprès de la plupart des employés et des employeurs. Les prestations couvrent les risques de vieillesse, de décès, d'incapacité de travail, de maternité et de chômage. Le taux de prélèvement est fixe dans la plupart des cas.

Les *prestations non-contributives* sont financées par les recettes fiscales générales et sont octroyées en fonction des circonstances individuelles (ex. : handicap, enfants).

Les *prestations sous condition de ressources* sont également financées par les recettes fiscales générales et servent de filet de sécurité. Il s'agit de : allocation de logement, allocation de chômage non-contributive (*Income-based Jobseeker's Allowance*), ESA non-contributive, complément de revenu pour les personnes sans emploi [*Income Support*], et rentes. Le système de santé publique (*National Health Service*) fournit des soins médicaux universels. Les prestations de soins sont financées par l'impôt et la caisse nationale d'assurance, et ne dépendent pas des contributions versées.

## Jeunes en emploi atteints dans leur santé

### 1. Première réforme analysée (informations clés)

Objet : Programme Accès au travail (AtW)

But / cible : Soutien pratique au travail proposé aux personnes handicapées (en emploi) visant à favoriser le maintien en emploi ou l'accès au travail indépendant

Introduction : En 1994 (révision en 2010)

Le programme n'est pas réservé aux jeunes mais le présent rapport se focalise, si possible, sur cette catégorie de clients et sur ceux atteints dans leur psychisme.

## 2. Contexte

Mesures visant à baisser les dépenses publiques en rapport avec la maladie et l'invalidité (programme d'austérité)

Postulat des nouvelles politiques : la réduction des prestations incitera leurs bénéficiaires à accéder au monde du travail.

Le programme AtW de 1994 a été critiqué parce qu'au début, il aidait un nombre limité de personnes, à savoir les personnes affectées d'un handicap physique ou de troubles sensoriels, alors que, sur le papier, il était aussi ouvert à d'autres catégories (personnes atteintes dans leur psychisme ou connaissant des déficiences intellectuelles ou cognitives ou encore des troubles du développement).

Délaissement des emplois protégés au profit d'un soutien individualisé à l'accès au marché primaire du travail. La baisse des budgets pour les ateliers protégés a entraîné la fermeture de nombreux sites de production proposant ce genre de places.

## 3. Contenu (mesures, services, etc.)

Bénéficiaires potentiels : toute personne de plus de 16 ans en emploi et qui ne soit pas bénéficiaires de prestations de non-emploi ;

Soutien pratique sur le lieu de travail tel que : assistance personnelle, adaptation des équipements, frais de déplacement au travail, intervenant spécialisé ou coach emploi, service d'aide en cas d'arrêt de travail (ou de difficultés au travail), sensibilisation des collègues à la situation des handicapés.

Le programme AtW finance un service spécifique de soutien sur le lieu de travail aux personnes atteintes dans leur psychisme (*Workplace Mental Health Support Service*). Il est géré par un ancien prestataire d'ateliers protégés (Remploi).

La prestation pour l'autonomie personnelle a remplacé l'allocation d'entretien pour handicapé (*Disability Living Allowance*) en tant que prestation principale destinée à compenser les frais supplémentaires dus au handicap dans la vie de tous les jours.

Réforme connexe ressortant d'autres domaines : programme « Améliorer l'accès aux psychothérapies » (*Improving Access to Psychological Therapies*, IAPT). Il s'agit d'un programme d'accompagnement médical pour les personnes atteintes dans leur psychisme (y c. les jeunes).

## 4. Mise en œuvre

Principales parties prenantes : candidats remplissant les conditions, agences locales du Ministère du travail et des pensions (Jobcentre Plus), employeurs, autres employés de l'entreprise et prestataires de services sous contrat (coachs emploi, évaluateurs, etc.)

Administration à l'échelon local. Les partenariats locaux sont considérés comme primordiaux.

Des évaluateurs indépendants – appelés *assessors* –, sous contrat auprès de Jobcentre Plus, inspectent le poste de travail, définissent les mesures nécessaires et mandatent les prestataires de services.

Conclusions du monitoring du projet : processus d'admission au programme méconnu, publicité pour le programme inadéquate de la part d'autres acteurs que le ministère du travail et des pensions

Des restrictions budgétaires récentes ont suscité de vives protestations parmi des personnes avec handicap, spécialement chez les sourds, qui dépendent des interprètes en langue des signes, dont les coûts sont relativement chers.

## 5. Impact

Les admissions dans le programme ont augmenté mais sont encore très peu nombreuses.

Les personnes atteintes dans leur psychisme sont sous-représentées dans le programme. Elles ne représentent que 4 % des participants (2013-2014). Il n'existe que peu de données sur la participation des jeunes atteints dans leur psychique.

Le programme AtW est très apprécié par les handicapés parce qu'il propose un soutien sur mesure sur le lieu de travail ; de plus, ils ont leur mot à dire sur le genre de soutien dont ils doivent bénéficier. Des évaluations montrent que le programme crée des conditions équitables par rapport aux employés valides : il permet aux personnes avec handicap d'avoir les mêmes chances de succès professionnel et d'accéder à un poste.

Des études générales sur le succès des mesures de retour au travail signalent que le soutien individuel sur mesure produit les meilleurs résultats.

Une évaluation plus ancienne du programme AtW (2009) avait montré qu'il avait contribué à ce que les employeurs soient mieux informés sur la façon d'aider leurs employés à se maintenir en emploi. De plus, les employeurs y signalaient une amélioration de la productivité, une baisse des arrêts maladie, etc.

Selon les (organisations de défense des) handicapés et certaines recherches, le programme AtW rapporte 1,48 fois ce qu'il coûte grâce aux recettes d'impôts générées et aux économies réalisées sur le paiement de prestations sociales. Mais le ministère a contesté ce chiffre. Sa valeur doit donc être considérée comme indicative.

L'OCDE s'est dite préoccupée par le manque d'intervention précoce (accompagnement au début de l'arrêt maladie visant à prévenir l'incapacité de travail à long terme).

Réformes connexes : résultats du programme de soutien des jeunes atteints dans leur psychisme (IAPT) :



- Objectifs : traitement de 15 % du groupe cible (personnes souffrant d'anxiété ou de dépression) et taux de rétablissement de 50 % chez les personnes qui terminent le traitement (sont considérées comme rétablies les personnes qui sortent du système de santé, qu'elles aient ou non un emploi)
- Le premier objectif a été atteint (15,6 %) au contraire du second (45,4 %).

### 6. Enseignements

Le manque d'information sur le programme restreint le nombre d'admissions. En outre, une approche moins cloisonnée serait souhaitable (collaboration interministérielle, budgets transversaux, etc.).

Des stratégies d'intervention précoce sont nécessaires pour les jeunes employés connaissant des problèmes psychiques.

L'approche sur mesure (soutien individuel tenant compte de la situation du client) est plus efficace que les approches générales non ciblées.

Selon de nombreux rapports, la recherche et les politiques menées ont une approche unilatérale. Pratiquement rien n'est entrepris du côté de la demande (promotion de bonnes pratiques de travail en faveur de la santé psychique par ex.).

## Jeunes sans emploi atteints dans leur santé

### 1. Deuxième réforme analysée (informations clés)

Objet : Programme Choix du travail (*Work choice, WC*)

But / cible : Soutien pratique aux personnes sans emploi handicapées au sens de la Loi sur l'égalité (*Equality Act 2010*)

Introduction : octobre 2010

Les participants au programme doivent être en âge de travailler (16 ans au minimum). Le présent rapport se focalise si possible sur la catégorie des jeunes.

### 2. Contexte

Le programme WC remplace des programmes antérieurs. Il a été introduit consécutivement à un changement de gouvernement et de perspective. Les objectifs étaient de réorganiser les relations entre le ministère et les prestataires de services, de stimuler la concurrence entre ces derniers et de créer des opportunités pour de nouveaux entrants (en substance : privatisation plus forte des services).

### 3. Contenu (mesures, services, etc.)

Les candidats au programme doivent avoir un problème de santé à long terme qui affecte leur capacité de travail, avoir besoin de soutien au travail et être aptes à

travailler au moins 16 heures par semaine (après avoir reçu de l'aide et des conseils pour développer leurs aptitudes).

Services proposés : conseil et soutien en amont, puis accompagnement en emploi à moyen et long terme pour les employés et les employeurs (jusqu'à deux ans)

Une incitation salariale WC a été introduite en juillet 2012 pour les jeunes handicapés mais le dispositif a été supprimé en août 2014 en raison de résultats mitigés.

#### 4. Mise en œuvre

Le ministère du travail et des pensions gère les contrats avec les « prestataires principaux ». Ces *primes providers* sont de grandes organisations qui sous-traitent à des prestataires à l'échelon local et régional (sociétés à but lucratif, entreprises sociales, organismes caritatifs, etc.).

Autres éléments : paiement des prestataires du programme WC en plusieurs étapes et en fonction des effets produits, prescriptions minimales sur les services à fournir (but : permettre l'innovation à l'échelon des prestataires locaux), contrats plus gros qu'antérieurement

Processus en trois étapes : évaluations, soutien à la recherche d'emploi, accompagnement en emploi

La mise en œuvre a entraîné une vaste restructuration. En même temps, il a été procédé à la fermeture des ateliers protégés (mesure contestée).

#### 5. Impact (selon différentes études d'évaluation et autres rapports)

57,3 % des personnes admises dans le programme WC ont trouvé un emploi (2014). Ce chiffre est très bon par rapport aux dispositifs antérieurs du Programme (Emploi [Work]). On constate les effets les plus importants chez les personnes avec le plus d'aptitudes. Les stages produisent de meilleurs résultats également.

Controverses publiques et comportement des médias (caractérisation des personnes handicapées dans les médias), incluant plusieurs cas d'échec bien documentés : décès de personnes déclarées aptes au travail peu après leur évaluation, augmentation du taux de suicide parmi les clients atteints dans leur psychisme.

Points faibles dans la gestion du programme et éléments critiqués : qualité et quantité du travail accompli, aptitude à la conduite et intégrité des dirigeants dans le secteur public, et augmentation des frais d'administration (évaluations par. ex.)

Processus en amont de l'admission dans le programme : le handicap du client est évalué par des sociétés privées d'expertises médicales avant l'admission dans une prestation financière ou un programme de soutien. L'organisation et les méthodes d'évaluation ont été vivement critiquées par différentes organisations et autorités (dont des organes de contrôle parlementaire tels que le *General Accounting Office*).

Les réformes ont été contestées à différents niveaux et des anomalies ont été découvertes. Il est par ex. trois fois plus fréquent que les personnes atteintes dans leur

psychisme soient sanctionnées (réduction des allocations) que soutenues dans la recherche d'emploi. Les sanctions ont aggravé les problèmes des clients (recherche d'emploi, maintien en formation, sans-abris, etc.). Développement en cours : transition vers plus de contraintes à rechercher un emploi et utilisation de stratégies psychologiques. Les activités visent à modifier les comportements, croyances et personnalité pour mettre plus de pression sur les clients, en interprétant par ex. les échecs sur le marché du travail comme le résultat de défaillances individuelles, et en imposant des sanctions (réduction des prestations) suite à certains actes.

La recherche montre que la réduction des prestations réduit les probabilités de trouver un emploi.

La plupart des mesures restent axées sur l'offre.

## 6. Enseignements

Les incitations salariales pour les employeurs à donner du travail aux jeunes ont été supprimées en 2014 car elles n'avaient pas d'effet sur le taux d'emploi. Des employeurs ont indiqué que la subvention, d'une valeur de 2'275 £, n'avait pas d'influence réelle sur les décisions de recrutement. Certains d'entre eux ont aussi critiqué le travail administratif et la bureaucratie qui en découlaient.

Les jeunes atteints dans leur psychisme ont besoin d'un soutien plus intensif que d'autres catégories de clients.

Les paiements incitatifs aux prestataires de services ne les incitent pas à soutenir les personnes qui en auraient le plus besoin (mais à pratiquer l'écémage).

L'efficacité des approches basées sur le placement et le soutien individualisés a été clairement démontrée par les chercheurs (OCDE). Les organisations qui ont utilisé cette approche dans le cadre du programme WC ont obtenu de meilleurs résultats. L'approche combine accompagnement en emploi et soutien en amont. Mais ce genre d'initiatives n'existent encore qu'à petite échelle.

Difficulté d'imputer la modification des taux d'emploi et de placement à des éléments particuliers d'un programme. Par ailleurs, les études d'évaluation ne sont pas toujours suivies d'effets (mise en œuvre d'adaptations).

## 4.9 Pays-Bas

### Introduction : le contexte néerlandais (informations choisies)

Population : 16,9 millions d'habitants

Taux d'emploi dans la classe d'âge 20 à 64 ans (2015) : 76,4 %

Taux de chômage (août 2016) : 5,8 %

Taux de chômage chez les moins de 25 ans (août 2016) : 11,3 %

Dispositifs (sociaux) concernant les jeunes atteints dans leur santé ou handicapés :

A. Remplacement du revenu :

- Loi sur les prestations d'invalidité pour les jeunes handicapés (WAJONG)
- Loi sur les aides publiques (WMO) = aide sociale

B. Autres :

- Financement spéciaux pour l'éducation
- Divers dispositifs : régime spécial de soins de jour pour les enfants, centres de psychothérapie pour enfants et adolescents (GGZ), assurance-frais médicaux exceptionnels (AWBZ)
- Aide à la mobilité
- Compensation des frais des enfants avec handicap vivant au domicile parental (TOG)

Prestations : remplacement du revenu et services

Cercle des bénéficiaires : 250 600 personnes sont admises dans le système WAJONG (183 900 sous l'ancien régime et 66 700 sous le régime de 2010) et 411 000 personnes touchent de prestations d'aide sociale WMO (fin 2014).

Autorités/organisations responsables depuis 2015 : les prestations et services WAJONG sont fournis par l'agence chargée de la gestion des assurances sociales des employés (UWV), sous la responsabilité du Ministère des affaires sociales et de l'emploi. L'aide sociale relève des communes.

Financement des prestations : les allocations et les services de soutien à l'emploi et à la réinsertion du système WAJONG sont financés par le fonds d'invalidité des jeunes handicapés (*Arbeidsongeschiedsfonds jonggehandicapten*). Ce fonds est alimenté uniquement par des contributions publiques. L'aide sociale est financée par des contributions publiques également. Les mesures WAJONG sont prises en charge par l'UWV et les mesures WMO par les communes.

### 1. Réforme analysée (informations clés)

Objet : Réforme de la loi sur l'emploi et le soutien à l'emploi des jeunes handicapés (WAJONG)

But / cible : Augmenter la participation au travail des jeunes en situation de handicap (employés et sans-emplois âgés de 18 à 27 ans). Les jeunes

qui sont admis dans le programme « emploi » du système WAJONG reçoivent un soutien intensif à la recherche d'emploi et au maintien en emploi. A l'âge de 27 ans, la capacité de gain résiduelle est (ré)évaluée et le cas échéant, une allocation WAJONG permanente est octroyée (jusqu'à l'âge de 67 ans).

Introduction : En janvier 2010

## 2. Contexte

Le nombre de jeunes atteints dans leur santé qui dépendent des prestations d'invalidité augmente constamment. Cela vaut aussi pour les jeunes en situation de handicap qui ont la capacité de travailler (partiellement). En 2001, 6200 prestations WAJONG avaient été octroyées au total ; en 2009, le nombre d'entrées dans le système WAJONG s'est élevé à 16 700. Cette année-là, 5 % des personnes de 18 ans avaient demandé et obtenu une prestation d'invalidité. Il y avait alors 200 000 bénéficiaires pour un coût annuel total de 2 milliards d'euros. Le doublement de ce montant était attendu jusqu'en 2040.

En 2009, 24 % des bénéficiaires WAJONG avaient un emploi (9 % auprès d'un employeur régulier et 15 % auprès d'une entreprise sociale). Il avait été estimé que 66 % de la population WAJONG serait capable de travailler (en tout cas partiellement).

Motivations pour l'activation de jeunes en situation de handicap : la plupart sont encore en phase de développement au vu de leur âge ; de plus, le travail est considéré comme bon pour la santé et pour la participation à la société.

Conséquence : il s'agit de mettre davantage l'accent sur les capacités des personnes que sur leurs incapacités.

## 3. Contenu (mesures, services, etc.)

Le système WAJONG date de 1986 et est géré par l'UWV (un organisme semi-public). Une version révisée de la loi a été introduite en 2010 pour répondre à l'afflux dans le système de jeunes en situation de handicap. Les droits acquis sous l'ancien régime (qui était principalement axé rentes) ont été maintenus. L'ancien et le nouveau régime prévoient la possibilité pour des personnes en emploi de toucher une prestation financière à titre de complément. Dans le régime de 2010, les clients sont triés à l'entrée selon leur situation :

- a. octroi d'une rente non assortie d'autres mesures (personnes avec un handicap grave entraînant l'incapacité de gagner moins de 35 % du salaire minimum réglementaire), *ou*
- b. assignation au programme « emploi » (plan de réinsertion et offres d'emploi soumises par le service de l'emploi ; possibilité de combiner revenu du travail et allocation partielle à titre de complément), *ou*
- c. assignation au programme « éducation » (personnes de 18 à 27 ans encore scolarisées ou commençant des études ; une allocation correspondant au maximum à 35 % du salaire minimum réglementaire est prévue)

Les allocations et services pour les jeunes en situation de handicap en (recherche d') emploi et leurs employeurs sont fournis et financés par l'UWV, sous la responsabilité du ministère des affaires sociales et de l'emploi.

Sous le nouveau régime, il est davantage misé sur l'outil du plan de réinsertion individualisé, lequel est focalisé sur les aptitudes, les droits, les obligations et les perspectives d'emploi du client. Le client assigné au programme « emploi » est tenu de collaborer à son plan de réinsertion et d'accepter tout emploi « convenable ».

Renforcement des incitations financières pour le client à travailler (en particulier : récompense en cas d'heures supplémentaires, réduction des prestations en l'absence de coopération)

Promotion d'une transition école-emploi plus fluide et de l'éducation axée emploi

Amélioration de l'accompagnement des employeurs grâce au nouveau dispositif de placements à l'essai sans versement de salaire, à des dispenses salariales, des subventions pour l'installation d'équipements fixes, et grâce au soutien proposé par les centres régionaux du service public de l'emploi).

Programme de changement des mentalités à l'égard des jeunes en situation de handicap : faire évoluer les comportements des parents, des enseignants, du personnel soignant, des communes, des employés et des employeurs.

#### **4. Mise en œuvre**

La mise en œuvre a été gérée par des groupes de travail dirigés par l'UWV.

Problèmes de mise en œuvre constatés par les premières études :

- a. Le taux d'assignation au programme « emploi » s'élevait à 54 %. Le département de la recherche de l'UWV a découvert ultérieurement que moins de la moitié d'entre eux (26 % des personnes admises dans le système WAJONG) étaient capables d'occuper un emploi régulier ou en seraient capables un jour.
- b. La majorité des efforts de réinsertion se concentraient sur ces 26 %.
- c. Les emplois proposés par les employeurs ne correspondaient pas aux capacités des candidats qui leur ont été soumis. L'UWV ne réussissait guère à soumettre aux employeurs des clients assignés au programme « emploi » aptes à occuper les emplois à pourvoir.
- d. L'UWV ne réussissait pas à faire face au travail d'appariement des jeunes handicapés avec des emplois réguliers adéquats en raison de réductions d'effectifs (mesures d'austérité).

## 5. Impact

La réforme de 2010 a eu des effets considérables sur l'entrée de jeunes en situation de handicap dans le système WAJONG :

- a. 7000 demandes d'admission ont été rejetées en 2010 (40 %). En 1999, le taux de rejet s'élevait à 33 %.
- b. Le nombre d'entrées dans le système est passé de 17 500 à 10 500 sous le nouveau régime. Toutefois, il a de nouveau augmenté en 2014 (15 200). L'UWV a imputé cette évolution à la hausse du chômage des jeunes et aux efforts des communes pour transférer des jeunes en situation de handicap du régime WMO vers le régime WAJONG.
- c. Dans les premières années sous le nouveau régime, seuls 13 % des personnes admises dans le système se sont vu octroyer une rente non assortie d'autres mesures, 54 % ont été assignés au programme « emploi » et 34 % au programme « éducation ».

Parmi les jeunes assignés au programme « emploi » sous le régime de 2010, 62 % ont un trouble du développement, 27 % une maladie psychique et 11 % une maladie physique. La catégorie des personnes avec trouble du développement souffre principalement d'atteintes (ultra) légères (29 %), de troubles du spectre autistique (13 %) ou de troubles du déficit de l'attention (10 %). Dans le programme « éducation », les personnes avec des difficultés d'apprentissage légères à moyennes sont surreprésentées.

Seul quelques centaines de personnes assignées au programme « emploi » ont accédé à un emploi régulier dans les années qui ont suivi l'introduction de la réforme. Les chiffres pour les jeunes en situation de handicap étaient nettement meilleurs sous l'ancien régime. Le nombre total de bénéficiaires WAJONG qui ont accédé à un emploi régulier est passé de 2800 en 2010 à 8000 en 2014, mais la majorité d'entre eux étaient soumis à l'ancien régime. L'UWV l'a imputé au rajeunissement des personnes admises dans le système.

Le taux d'emploi dans le système WAJONG, c'est-à-dire le taux des personnes (relevant de l'ancien ou du nouveau régime qui ont un emploi et touchent des allocations à titre complémentaire) a baissé : il est passé de 25 % en 2009 à 22 % en 2014. La moitié de ces personnes ont un emploi régulier.

Pérennité de l'emploi : presque tous les contrats sont temporaires. Des études antérieures avaient montré que 50 % des bénéficiaires WAJONG qui ont accédé à un emploi l'avaient perdu une année plus tard.

Mise en œuvre :

- Principaux services aux employeurs qui favorisent le placement : subventions salariales et dispenses salariales (les employeurs paient des salaires inférieurs

au salaire minimum pour les employés avec une rente d'invalidité), coach emploi et placements à l'essai.

- Les employeurs sont satisfaits des subventions salariales (destinées à compenser la productivité moindre des clients WAJONG qui accèdent à un emploi).
- Des « forums de l'emploi » (*werkpleinen*) ont été créés dans 35 régions pour faciliter les échanges entre clients, assurances sociales et employeurs qui ont des emplois à pourvoir.
- Plusieurs experts ont conclu que les personnes atteintes dans leur psychisme ne recevaient pas de soutien à l'emploi et de propositions d'emploi dans le cadre du programme « emploi » du nouveau régime WAJONG. Les approches basées sur le placement et le soutien individualisés n'ont pas été appliquées. Parmi les explications avancées : elles sont trop chères et exigent le concours de différents experts (interdisciplinarité).
- Le gouvernement et les partenaires sociaux étaient convaincus que la multiplication des stratégies pour l'emploi ne se solderait pas par davantage d'emplois pour les jeunes en situation de handicap. De l'avis du parlement, des employeurs, des entreprises sociales, et des communes, l'UWV a échoué à activer les jeunes en situation de handicap aussi bien sous l'ancien régime que sous le régime de 2010.
- Les syndicats et l'agence chargée de gérer le nouveau régime disent craindre que de nombreux jeunes en situation de handicap perdent le droit aux rentes et la possibilité de participer aux programmes d'activation, et qu'ils soient ainsi livrés à eux-mêmes. Cependant, les communes, les acteurs locaux du système de santé et de soins et les employeurs ont confiance dans le système après la nouvelle révision à laquelle il a été soumis (2015).

## 6. Enseignements

Le nombre total d'entrées dans le système a baissé de 10 % l'année de l'introduction du régime de 2010. Ainsi, les attentes étaient élevées. En 2013, la dépendance aux prestations WAJONG a recommencé à augmenter. Le nombre de personnes en emploi ou qui ont accédé à un emploi a baissé parmi les nouveaux arrivants dans le système et la durée des contrats s'est raccourcie. L'UWV l'a imputé à la crise et au chômage des jeunes élevé à l'époque.

L'UWV a beaucoup investi à partir de 2010 dans la conclusion d'accords et la création de réseaux avec les communes, les employeurs (locaux) et les acteurs des systèmes de santé et d'éducation pour réduire les interruptions de scolarité, stimuler la création d'emplois pour les jeunes en situation de handicap et plus généralement pour améliorer le placement.

Des employeurs publics et privés se sont engagés à créer 125 000 emplois pour les personnes avec handicap jusqu'en 2020 (inscription dans les conventions collectives de travail). Cette action est censée revaloriser le rôle des employeurs et stimuler l'emploi des personnes avec handicap.



Sous l'effet de la crise financière et de la contraction des budgets publics, la politique gouvernementale a changé s'agissant des méthodes pour réduire les dépenses pour les services de santé et les prestations destinées à compléter le revenu. Après 2010, l'idée d'inspiration néolibérale de décentraliser les systèmes de santé, d'aide sociale et de prestations a émergé. En 2015, la responsabilité des soins médicaux pour les jeunes atteints dans leur psychisme et pour la participation des jeunes en situation de handicapés qui ont une capacité de travail réduite a été entièrement transférée aux communes. Lors du processus de décentralisation, l'UWV a perdu la maîtrise des réseaux qu'elles avaient construits à grands frais (avec les écoles, les employeurs). Absorbées par leurs nouvelles obligations, les communes n'ont pas repris la balle au bond.

La WAJONG a été soumise une nouvelle révision en 2015, cinq ans seulement après la précédente. Sous ce régime, les nouveaux arrivants dans le système touchent la nouvelle rente WAJONG uniquement s'ils sont totalement invalides et en incapacité de travail permanente. En 2015, le nombre d'entrées dans le système a baissé de 75 %.



## Appendice : Liste des experts nationaux et coordinateur

**Danemark** : Tobias Carstensen a travaillé en tant que chercheur pour un institut de recherche privé pendant trois ans. Ses travaux ont porté sur l'éloignement durable du marché du travail pour cause de maladie, sur les bénéficiaires de prestations d'invalidité atteints dans leur psychisme et sur leur rapport au marché du travail. Il travaille actuellement aux archives nationales danoises en tant qu'archiviste.

**Autriche** : Michael Fuchs est chercheur au Centre européen de recherche en politique sociale à Vienne depuis 2000. Il a participé à et coordonné plusieurs projets de recherche nationaux et internationaux en rapport avec les politiques du marché du travail, la sécurité sociale et l'inclusion sociale sur mandat de la Commission européenne, de la Banque mondiale et de l'Organisation mondiale de la santé, ainsi que de ministères fédéraux et de gouvernements locaux en Autriche.

**Royaume-Uni** : Sarah Woodin est une chercheuse indépendante et chercheuse associée à l'Université de Leeds (Royaume-Uni). Elle a collaboré à de nombreux projets de recherche nationaux et transnationaux dans le domaine des politiques sociales, de l'emploi, du handicap et du genre (Réseau académique européen d'experts dans le domaine du handicap, Agence des droits fondamentaux de l'UE, programme Daphné, etc.).

**Suède** : Sara Hultqvist travaille pour le Nordic Centre for Welfare and Social Issues à Stockholm. Dans ce cadre, elle produit à l'intention du Conseil nordique des ministres des rapports fondés sur des travaux de recherche au sujet des assurances sociales dans les pays nordiques. Elle est aussi maître de conférences à l'école de travail social de l'Université de Lund (Suède).

**Pays-Bas** : Edwin Luitzen De Vos est propriétaire de la société Champ Research and Consultancy à Amsterdam. Il produit des publications sur la sécurité sociale, l'emploi, l'inclusion et les politiques actives du marché du travail. Il fait des travaux de recherche pour des organisations européennes (fondation EuroFound, programme TAIEX) et le Bureau international du travail et participe à des collèges d'experts sur le handicap et l'emploi (réseau GLADNET, fondation Leverhulme, Ecole des hautes études en santé publique, fondation Disability studies in the Netherlands).

**Coordination** : Rienk Prins a travaillé en tant que chercheur/consultant pour le groupe AStri Policy Research and Consultancy à Leiden (Pays-Bas) jusqu'à 2014. Il a coordonné des études transnationales dans les domaines de la sécurité sociale, des politiques du handicap et de l'insertion professionnelle, et a mis son expérience de consultant au service de projets de la Banque mondiale, de l'OCDE et de l'Union européenne.

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe  
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

**Autres rapports de recherche et expertises de la série  
«Aspects de la sécurité sociale»**

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana «Aspetti  
della sicurezza sociale»**

**Further research reports and expertises in the series  
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**