

Bureau international du Travail
Equipe d'Europe centrale et orientale

Réformer la protection des travailleurs: les pensions d'invalidité en transformation

Directeurs de publication: Elaine Fultz et Markus Ruck

Copyright © Organisation internationale du Travail 2001
Première édition 2002

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Elaine Fultz et Markus Ruck (directeurs de publication)
Réformer la protection des travailleurs: les pensions d'invalidité en transformation
Budapest, Bureau international du Travail, 2002

ISBN 92-2-231465-6

Egalement disponible en anglais: Reforming Worker Protections: Disability Pensions in Transformation (ISBN 92-2-113462-2, Budapest, 2002).

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: pubvente@ilo.org ou par notre site web: www.ilo.org/pblns

Imprimé en Hongrie

Table des matières

A propos des auteurs	7
Avant-propos	9
Section 1 Un aperçu comparatif des réformes des pensions d'invalidité en République tchèque, en Estonie et en Pologne	15
<i>Elaine Fultz</i>	
1. Introduction	15
2. Les caractéristiques des régimes d'invalidité antérieurs à la transition	16
3. Les premières années de la transition	20
4. Les réformes des pensions d'invalidité dans la seconde moitié des années 1990	25
5. L'impact initial des réformes	29
6. Conclusion	32
Section 2 La protection contre l'invalidité en République tchèque	37
<i>Jiří Biskup et Miriam Kotrusová</i>	
Introduction	37
1. L'héritage: les personnes handicapées avant 1989	40
2. La protection contre l'invalidité dans les premières années de la transition	51
3. La réforme du système de sécurité sociale pour les personnes handicapées	66

4. Conclusion	95
Bibliographie	99
Section 3 La protection contre l'invalidité en Estonie	103
<i>Lauri Leppik</i>	
1. La protection contre l'invalidité avant 1991	103
2. La protection contre l'invalidité dans les premières années de la transition	110
3. Les éléments essentiels de la réforme relative à l'invalidité	128
4. Conclusions	152
Bibliographie	155
Annexe	156
Section 4 La protection contre l'invalidité en Pologne	161
<i>Irena Wóycicka (coordinatrice), Anna Ruzik et Hanna Zalewska</i>	
Introduction	161
1. L'héritage: la protection contre l'invalidité avant 1989	162
2. La protection contre l'invalidité durant les premières années de la transition	169
3. Les éléments essentiels de la réforme de l'invalidité	181
4. Conclusion	214
Bibliographie	216
Annexe	221
Complément	235
Section 5 Les défis des politiques de pension d'invalidité: trois études de pays d'Europe de l'Ouest illustrant la bataille contre le surcroît d'invalides	247
<i>Ilene Zeitzer</i>	
1. Introduction	247

2. Les Pays-Bas	254
3. La Suède	278
4. Le Royaume-Uni	291
5. Modèles, leçons et politiques pièges	310
Bibliographie	316
Remerciements	319
Table des tableaux	323
Table des figures	329

A propos des auteurs

Jiří Biskup est actuellement directeur du Service des prestations de longue durée au sein du Département des prestations sociales du ministère tchèque du Travail et des Affaires sociales. Il était auparavant employé à l'Institut de recherche du ministère comme spécialiste en chef des politiques de retraite.

Miriam Kotrusová travaille comme chercheuse à l'Institut de recherche sur le travail et les affaires sociales, et s'occupe de la question des transformations du marché du travail, du chômage, et des politiques sur le marché du travail. Elle a auparavant enseigné le droit à Charles University.

Lauri Leppik est analyste indépendant en protection sociale. Il était auparavant conseiller en politiques de protection sociale au ministère estonien des Affaires sociales, et donnait des cours sur les affaires sociales à la Faculté de pédagogie de Tallinn. Il a également été membre de la Commission de réforme de la protection sociale du gouvernement estonien, et participé à l'élaboration de la réforme récente des pensions en Estonie, ainsi qu'à celle de la nouvelle loi sur l'assurance chômage.

Anna Ruzik est titulaire d'une maîtrise en méthodes quantitatives et en systèmes d'information de l'Université des sciences économiques de Varsovie, et elle y effectue son doctorat dans le domaine de l'analyse de l'offre de travail. Au cours des années 1998-2001, elle a travaillé au ministère du Travail et des Affaires sociales comme membre de l'équipe qui a préparé puis mis en œuvre les réformes de la protection sociale en Pologne.

Irena Wóycicka est directrice du Département de la protection sociale à l'Institut pour l'économie de marché de Gdansk, après avoir été Sous-secrétaire

d'Etat au ministère du Travail et des Affaires sociales. Elle est également membre du Conseil de surveillance de l'Institution de protection sociale polonaise (ZUS). Elle a pour spécialité le financement de la protection sociale, les projections en matière d'impact économique et social du vieillissement, et l'évaluation du système de protection sociale.

Hanna Zalewska est économiste et elle dirige le Département d'analyse statistique et de prévision de l'Institution de protection sociale polonaise (ZUS). Elle est le co-auteur d'études statistiques portant sur la protection sociale en Pologne, et centrées sur les questions suivantes: l'appréciation médicale de l'incapacité de travail, les pensions d'invalidité professionnelle, et la réadaptation médicale des pensionnés.

Ilene Zeitzer vient de prendre sa retraite pour fonder son propre cabinet de consultant après 25 années passées au sein de l'Administration de la sécurité sociale américaine. A l'Administration, elle était spécialiste des programmes internationaux pour les handicapés, et, à ce titre, elle a mené, et publié les résultats, de nombreux projets de recherche en matière de politiques comparées concernant les adultes et les enfants handicapés.

Avant-propos

Le présent ouvrage étudie la réforme des pensions d'invalidité entreprise dans le contexte des transformations économiques et politiques d'Europe centrale et orientale. Cet ouvrage a été réalisé dans le cadre d'un projet de l'OIT, *Renforcer la protection sociale en Europe centrale et orientale par la recherche et la coopération technique*, parrainé par le gouvernement français. Ce projet, dans sa composante de recherche, tente d'analyser la restructuration des régimes de protection sociale depuis 1989. Les études examinent, à la fois, la formation des politiques sociales dans les nouvelles démocraties multipartites de la région et l'expérience récente de la mise en place des réformes. Le présent volume a pour objectif général de fournir, aux pays qui sont encore au stade d'un débat sur les réformes, des informations pertinentes sur les expériences récentes et les résultats de l'action des pays voisins confrontés à des problèmes similaires. Ce livre est également fait pour conforter les partenaires sociaux des gouvernements dans leur rôle de participants à l'élaboration des politiques sociales.

La réforme des pensions d'invalidité est l'une des dimensions du rôle de pilotage permanent que s'efforce d'exercer l'OIT sur la restructuration de la protection sociale dans la région. Nous rendons compte ailleurs des résultats d'autres enquêtes, notamment des répercussions:

- de la réforme des pensions de vieillesse sur la protection de la retraite;
- des réformes de la sécurité sociale, entendue au sens large, sur la pauvreté et l'exclusion sociale;
- et des réformes des pensions, des allocations de maternité, des prestations familiales et de garde des enfants sur l'égalité entre les sexes.

Le présent volume décrit et évalue les changements qui ont eu lieu dans les régimes de pensions d'invalidité de trois pays avancés candidats à l'UE – la République tchèque, l'Estonie et la Pologne – durant la première décennie

de leur transformation.¹ Ces trois pays ont été sélectionnés en tant que représentatifs des niveaux élevé, moyen et faible de dépenses en matière de pensions d'invalidité: ils donnent ainsi une idée de l'éventail des questions liées à l'invalidité auxquelles sont confrontés les pays d'Europe centrale et orientale aujourd'hui. Le coeur du volume porte sur les pensions servies par des régimes d'assurance sociale nationale conçus pour remplacer les revenus perdus du fait d'une invalidité². Plutôt que d'analyser des handicaps spécifiques ou des notions générales d'invalidité, ces études suivent les changements survenus au cours du temps, se demandant comment les décideurs et les gestionnaires ont modifié divers éléments de la politique de compensation de l'invalidité – critères d'attribution, formules de calcul et niveau des prestations, incitations à travailler et soutien à la réadaptation professionnelle – en liaison avec les changements du marché du travail et de l'économie des pays où fonctionnent ces régimes de protection de l'invalidité. En vue de faciliter les comparaisons entre les trois pays, la présentation de chacun d'eux est ordonnée de la même manière. Toutes trois examinent:

- 1) la protection contre l'invalidité assurée aux travailleurs avant 1989;
- 2) les répercussions, sur les régimes, des modifications effectuées sur le marché du travail au début des années 1990;
- 3) les réformes votées plus tard au cours des années 1990 pour restructurer la protection contre l'invalidité, afin de répondre aux nouveaux problèmes et besoins suscités par les transformations; et
- 4) quand ils sont disponibles, les premiers résultats de ces tentatives.

Trois perspectives guident le travail présenté:

Premièrement, nous considérons que le meilleur point de vue pour aborder les questions de politiques pour les handicapés consiste à penser que l'invalidité est en partie le fruit d'une construction sociale. Autrement dit, qu'elle tire, dans un contexte spécifique, sa signification des technologies disponibles pour accomplir certaines tâches qui sont en relation avec les capacités et les

¹ The studies were undertaken and completed during 2001.

² D'autres prestations aux handicapés fournies dans ces pays, tels que l'aide sociale, les services sociaux et les indemnités d'accident du travail, sont examinées brièvement, en relation avec les régimes nationaux de pensions d'invalidité.

qualifications de la main d'œuvre, relation influencée par les valeurs, la médecine, et l'économie. Ainsi, l'idée qu'une société se fait de l'invalidité reflète son sens moral (par exemple, individualisme contre solidarité), la conception dominante de ce qu'est une thérapie médicale appropriée (par exemple, rendre plus service aux victimes d'une crise cardiaque en leur offrant le repos à vie ou un retour rapide à la vie active?) et les conditions économiques (par exemple le taux de chômage). Cette perspective est confortée par la grande divergence entre les taux d'invalidité au sein d'un groupe de pays dont les indicateurs de santé ne sont pas significativement différents, ainsi que par la réactivité maintes fois observée des taux d'attribution des pensions d'invalidité aux modifications du chômage³. Les présentes études en fournissent de nombreuses illustrations.

Deuxièmement, ces études reposent sur l'idée que la meilleure politique possible pour les personnes handicapées consiste à les aider à continuer ou à reprendre un travail⁴. Nous partons du principe que cette politique est optimale, tant du point de vue des handicapés que de la société en général. Il est clair que travailler n'est pas une option réalisable pour tous les handicapés. Il n'en reste pas moins que sélectionner ceux auxquels le marché du travail va convenir, étant donné les conditions économiques et les technologies actuelles, n'est pas un processus évident. Ce qu'on peut dire, c'est qu'on a de nombreuses preuves que le potentiel de travail des personnes handicapées dépasse, dans la plupart des pays, aujourd'hui, le nombre de ceux qui travaillent effectivement⁵.

³ Voir Organisation internationale du travail (2000) *Rapport mondial sur le travail, 2000: Revenu et sécurité dans un monde en changement* (OIT, Genève), pp.110–111.

⁴ *Rapport mondial sur le travail, 2000*, p.111.

⁵ Il existe deux indices importants. Premièrement, le chômage des handicapés est habituellement plus élevé que celui de l'ensemble de la population active, ce qui indique que les obstacles à leur activité rémunérée ne sont pas entièrement médicaux (voir le *Rapport mondial sur le travail, 2000*, p.108.) Deuxièmement, même si la divergence des définitions de l'invalidité entrave les comparaisons, on a des preuves que la gravité des handicaps parmi les principaux segments de la population handicapée au travail n'est pas significativement différente de celle de la population des pensionnés. Voir Organisation pour la coopération et le développement économiques (2000) *Transformer l'invalidité en capacité: des politiques pour faire progresser la sécurité de l'emploi et du revenu des personnes handicapées* (en cours de rédaction) (OCDE, Paris), Tableau 8.

Aussi, les présentes études portent une attention particulière aux liens qui lient les régimes de pensions, d'une part, et les systèmes de réadaptation professionnelle et d'aide à l'emploi, de l'autre, et elles se demandent si, et dans quelle mesure, les règles et les incitations en matière de pensions favorisent la réadaptation et le travail.

Enfin de notre point de vue, les pays d'Europe centrale et orientale en transition peuvent profiter de l'expérience récemment acquise par les pays d'Europe de l'Ouest en matière de gestion des régimes de pensions. Puisque la plupart de ces Etats, alors même qu'ils cherchent à faire progresser l'indépendance des personnes handicapées, luttent pour contenir les coûts des pensions d'invalidité, leur expérience n'offre pas de recette garantie en matière de politique à suivre. Néanmoins, leurs efforts, dans un contexte d'économie de marché, sont intervenus plus tôt; ils ont eu plus de temps pour mûrir (et, partant, pour réussir ou échouer), et incarnent des approches qui n'ont pas encore été tentées dans bien des pays d'Europe centrale. Pour faciliter leur examen, le chapitre final du présent ouvrage fournit une description des réformes récentes des pensions d'invalidité aux Pays-Bas, en Suède, et au Royaume-Uni. Ces approches diffèrent significativement l'une de l'autre et offrent donc un échantillon important de réformes.

Les études publiées dans ce volume sont l'œuvre de nombreux auteurs. Jiří Biskup, du Ministère tchèque du Travail et des Affaires sociales, Mariam Kotrusová, de l'Institut de recherche du ministère ont effectué les recherches portant sur l'expérience tchèque. L'analyse des efforts de réforme en Estonie est l'œuvre de Lauri Leppik, consultant indépendant et ancien conseiller spécial auprès du ministre estonien des Affaires sociales. Irena Wóycicka (coordinatrice), Anna Ruzik et Hanna Zalewska ont effectué l'étude polonaise sous les auspices de l'Institut de l'économie de marché de Gdansk. Ilene Zeitzer, consultante indépendante spécialisée dans les questions internationales des handicapés, a fourni l'analyse des réformes récentes survenues dans les trois pays d'Europe de l'Ouest. Le Bureau des programmes d'aide à l'emploi de l'Administration de la sécurité sociale américaine, où elle était employée lorsqu'elle a fait ces recherches, l'a déchargée d'autres obligations pour contribuer au projet. Nous exprimons notre gratitude pour ce soutien.

Nous tenons à remercier Mercedes Birck, membre de l'équipe de ce projet de l'OIT de Budapest, pour la contribution qu'elle a apportée en coordonnant

et en gérant les nombreux aspects de ce travail. Nous remercions également Miklós Vörös, qui a fourni l'aide éditoriale indispensable en donnant à ces études leur forme définitive.

Enfin, nous avons le plaisir de remercier le Gouvernement français ainsi que son ministère de l'Emploi et de la Solidarité, dont le soutien financier a rendu possible le présent travail. Nous apprécions la contribution du gouvernement français aux efforts qui sont faits pour renforcer la sécurité sociale en Europe centrale et orientale, et attachons un prix particulier au fait qu'il reconnaisse l'importance de la sécurité sociale pour la cohésion de la société.

Au Centre de l'OIT de Budapest, nous espérons qu'en mettant en lumière les évolutions récentes des politiques en matière de pensions d'invalidité, tant dans la région qu'en dehors, les présentes études vont contribuer à rendre les questions posées par l'invalidité plus visibles et à promouvoir, avec une prise en compte des contextes, l'analyse, la réflexion et les réformes dans les pays d'Europe centrale et orientale.

Petra Ulshoefer
Directrice
OIT, Budapest

Elaine Fultz
Spécialiste principale
en protection sociale
OIT, Budapest

Markus Ruck
Expert en
protection sociale
OIT, Budapest

Un aperçu comparatif des réformes des pensions d'invalidité en République tchèque, en Estonie et en Pologne

Elaine Fultz

1. Introduction

Alors que la plupart des pays d'Europe centrale ont effectué des changements majeurs dans leurs régimes de pensions de vieillesse au cours de la décennie écoulée, la refonte de leurs pensions d'invalidité a été d'ampleur bien moindre. Les problèmes des régimes de pensions d'invalidité ont généralement fait l'objet de bien moins de diffusion, et les réformes législatives, quand elles ont été votées, ont eu moins de portée et sont nées, dans la plupart des cas, comme un additif à la réforme, plus importante, des pensions de vieillesse. Ces réformes ont réussi à rendre les critères d'éligibilité plus pointus et ont eu des répercussions modestes sur les coûts des régimes. Par ailleurs, elles ont été moins efficaces pour encourager la réadaptation des titulaires de pensions et leur retour à l'emploi productif.

Le caractère limité de ces progrès contraste fortement avec la nécessité d'agir. La plupart des pays d'Europe centrale ont hérité de régimes de pensions d'invalidité qui étaient mal adaptés aux nouvelles économies qu'ils aspiraient à bâtir. Ces systèmes reposaient sur des définitions médicales de l'invalidité dont la corrélation avec l'aptitude réelle du demandeur à exécuter des tâches liées au travail, était incertaine. Les forts taux de chômage que connaissaient ces pays au début des années 1990 amena de nombreuses personnes atteintes de handicaps mineurs à demander une pension, augmentant ainsi les coûts des régimes. Dans le même temps, les transformations provoquèrent une

augmentation des troubles mentaux, ainsi que du nombre de pensionnés jeunes. En l'absence de programmes de rééducation professionnelle efficaces, ces évolutions vont faire peser une charge de plus en plus grande sur les budgets des Etats, et laisser ceux des pensionnés qui pourraient reprendre une vie productive, inutilement exclus et dépendants.

Cette analyse comparative des réformes des pensions d'invalidité en République tchèque, en Estonie, et en Pologne – combinée avec des études par pays et la présentation des réformes récentes en Europe de l'Ouest – vise à donner plus de visibilité à ces problèmes et à encourager les décideurs politiques et leurs partenaires sociaux à consacrer de leur attention et de leurs moyens à les résoudre.

Ces trois pays entamèrent le passage d'économies planifiées à des économies de marché avec des différences significatives en ce qui concerne tant la taille de leurs régimes de pensions d'invalidité par rapport à leurs populations respectives, que le niveau de leurs dépenses. Il reste que leurs réformes incluent des éléments qui répondent à des traits communs du passé qu'ils partagent et reflètent les défis communs de leur transformation. Suivant le même ordre que les trois études de cas nationaux qui suivent, la présente comparaison se penchera sur: (1) les caractéristiques des régimes d'invalidité antérieurs à la transition; (2) les répercussions des premières années de transition sur ces régimes; (3) les réformes entreprises; et (4) les premiers résultats, quand ils sont disponibles. La dernière partie identifie les problèmes laissés de côté et les zones possibles de réformes supplémentaires.

2. Les caractéristiques des régimes d'invalidité antérieurs à la transition

Les conceptions de l'invalidité qui prévalaient en Tchécoslovaquie, en Estonie, et en Pologne socialistes, reposaient largement sur les caractéristiques médicales des déficiences des demandeurs. Des commissions médicales étaient chargées d'établir si les conditions d'ouverture de droit pour une pension d'invalidité étaient remplies, et elles s'attachaient essentiellement aux signes cliniques, aux symptômes et aux diagnostics pour parvenir à leurs décisions. Elles attachaient peu de considération aux limitations réduisant effectivement la capacité du demandeur à exécuter certaines tâches, à son potentiel d'acquisition de nouveaux

savoir-faire ou à ses chances de retourner travailler dans un emploi ordinaire (et non pas protégé)¹. Dans le même temps, en l'absence de règles précises pour les guider, les décisions des commissions manquaient de fiabilité et de cohérence, et on estimait qu'elles remettaient, à titre de cadeau, le statut d'invalidité à des demandeurs capables en réalité de travailler. Cette perception était sans aucun doute renforcée par la tendance générale, de la part des commissions, à considérer les demandeurs avec sympathie (voir Leppik, partie 2.5.; Biskup et Kotrusová, partie 1.2.; et Wóycicka et coll., partie 2.1.1.; dans le présent ouvrage).

Le niveau des prestations reflétait les salaires et les années de travail antérieurs, à l'intérieur d'une fourchette (plafond et plancher de pension) qui rendait le régime redistributif en faveur des travailleurs à faibles revenus². En outre, dans les trois pays, les prestations variaient en fonction de la gravité de l'invalidité. En Tchécoslovaquie, il existait deux catégories: invalidité complète et invalidité partielle, ainsi que trois grandes classes de métiers reflétant le degré de risque de lésion ou de maladie³. En Estonie, il existait trois catégories: forte, moyenne, et faible, avec des niveaux de prestations correspondants. En Pologne aussi, il existait trois catégories: invalidité complète de ceux qui avaient besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie; invalidité complète de ceux qui pouvaient vivre seuls; et invalidité partielle.

Dans les trois pays, le taux de remplacement du salaire variait de façon significative. En Tchécoslovaquie, au cours des années 1980, la pension d'invalidité moyenne s'établissait entre 52% et 60% du salaire moyen, et la prestation maximale pouvait atteindre 95% (voir Biskup et Kotrusová, partie 1.2. et Figure 7, dans le présent ouvrage). En Estonie, au cours de la même

¹ De plus, comme on le verra, les régimes ne faisaient pas grand-chose pour adapter les lieux en général, afin de les rendre accessibles aux personnes handicapées, obstacle supplémentaire à l'emploi normal.

² Cela n'était bien sûr pas un trait exclusif des régimes d'invalidité des pays d'Europe centrale. On le retrouve également dans nombre de régimes au sein de l'OCDE.

³ De plus, il existait des pensions individuelles pour les membres du parti communiste. Ces deux formes de privilège furent éliminées du système de pensions tchécoslovaque au début des années 1990 (en 1990 et en 1992, respectivement), ce qui fit de la Tchécoslovaquie un des premiers pays en transition à prendre une telle mesure.

période, la prestation maximale égalait 60–70% du salaire moyen, et la prestation minimale (pour un handicap léger), environ 10% (voir Leppik, Tableaux 2 et 3 et le texte attendant, dans le présent ouvrage). En Pologne, de 1980 à 1988, la prestation moyenne fluctua entre 41% et 51% du salaire moyen (voir Wóycicka et coll., Tableau 2, dans le présent ouvrage).

Les salaires et les prix étant en principe contrôlés, les régimes ne procédaient pas à ces ajustements réguliers qui prennent en compte le changement du coût de la vie. En Tchécoslovaquie et en Pologne, l'inflation éroda néanmoins le pouvoir d'achat des pensionnés, au détriment, en particulier, de ceux qui touchaient une pension depuis longtemps (voir Biskup et Kotrusová, partie 1.1.; et Wóycicka et coll., partie 2.1.2.1.; dans le présent ouvrage).

Puisqu'ils étaient guidés par une conception de l'invalidité vue comme une déficience médicale relevant de l'individu, aucun des régimes ne fit grand-chose pour aménager l'environnement général afin de le rendre accessible aux personnes handicapées. Leur méthode consistait plutôt à leur procurer des emplois protégés. En Estonie, près de 30% de l'ensemble des pensionnés étaient employés dans des milieux de travail subventionnés; en Pologne, ce chiffre avoisinait 10%; en Tchécoslovaquie, 5%⁴. Les emplois étaient généralement organisés en ateliers ou en coopératives, souvent pour des personnes ayant des types de handicaps similaires, et fréquemment au sein d'institutions sociales. Les handicapés étaient donc, dans une large mesure, mis à l'écart de l'emploi courant.

Malgré ces similarités, au début de la transition, les trois régimes présentaient des différences majeures, en ce qui concerne tant la taille relative de leurs populations de pensionnés que leurs coûts. En Estonie, les titulaires de pensions d'invalidité constituaient 2,5% de la population; en Tchécoslovaquie, 4,2%; et en Pologne, 5,5%⁵. Les dépenses, en pourcentage du PIB, allaient de moins

⁴ En Pologne, 200 000 travailleurs handicapés étaient employés dans des coopératives subventionnées par l'Etat; en République tchèque, on comptait 21 000 de ces emplois protégés; et en Estonie, il y en avait environ 11 000 (voir Wóycicka et coll., partie 2.1.2.2.; Biskup et Kotrusová, Tableau 7; et Leppik, partie 1.2.; tous dans le présent ouvrage).

⁵ Comme ces trois pays continuaient tous à servir des pensions d'invalidité aux individus qui atteignaient l'âge de la retraite, ces chiffres comprennent les handicapés âgés autant que ceux en âge de travailler.

de 0,5% (Estonie) à 2,2% (Pologne), en passant par 1,5 % (Tchécoslovaquie)⁶ (voir Tableau 1). Ces pays représentaient (et continuent de représenter) un point élevé, un point moyen, et un point bas, du spectre des dépenses d'invalidité⁷.

Tableau 1
Titulaires d'une pension d'invalidité et dépenses
en matière de pensions d'invalidité
(Pologne, Tchécoslovaquie, et Estonie, 1988, 1989)

Pays	Titulaires d'une pension d'invalidité	Population	Titulaires d'une pension d'invalidité (% de la pop.)	Pensions d'invalidité (% du PIB)
Pologne, 1988	2 100 000 ⁸	38 000 000	5,5	2,2
Tchécoslovaquie, 1989	420 000	10 000 000	4,2	1,5
Estonie, 1989	40 700	1 570 000	2,6	< 0,5

Sources: Wóycicka et coll.; Biskup et Kotrusová; et Leppik; parties 1, dans le présent ouvrage; ainsi que Statistiques sur le travail de l'OIT (<http://laborsta.ilo.org/cgi-bin/brokersv8.ex>).

⁶ Le chiffre pour l'Estonie est une estimation, puisque aucune donnée n'est disponible pour les années qui précèdent immédiatement 1992. Le chiffre de 1992 était de 0,5% du PIB, et Leppik estime que les dépenses des années antérieures avaient été probablement légèrement inférieures.

⁷ Le taux de dépenses de la Pologne est élevé, non seulement par rapport aux deux autres pays mais aussi en comparaison de tous les pays d'Europe centrale et occidentale, tandis que l'Estonie a, vu les références internationales, de faibles dépenses, qui la placent, en proportion, en dessous de tous les pays de l'Union européenne, Irlande excepté. Même si l'on déduit les personnes en âge d'être à la retraite, le taux polonais, par rapport à la norme internationale, demeure élevé (voir Wóycicka et coll., Annexe Tableau 1; et Leppik, partie 2.5.; dans le présent ouvrage).

⁸ De plus, 370 000 paysans polonais recevaient une pension d'invalidité.

3. Les premières années de la transition

Les premières années de la transition ont vu deux changements importants: (1) une forte hausse des dépenses en matière de pensions d'invalidité, et (2) une diminution substantielle de l'emploi subventionné.

a. **Des dépenses d'invalidité accrues.** Dans les trois pays sans exception, le passage d'une économie planifiée à une économie de marché alla de pair avec des pressions contenues, mais qui furent exprimées et prises en compte, en faveur d'une amélioration des prestations de sécurité sociale, pensions d'invalidité et de retraite comprises. Le *Scénario de réforme économique* du gouvernement tchèque (juin 1990) désigna celles-ci comme une zone d'action clé:

... le système de protection sociale de l'ancien régime a mené à la lente paupérisation des pensionnés, sous l'effet d'un accroissement de la différence entre les salaires et les prestations sociales, qui étaient proches du seuil de pauvreté. L'une des conséquences du système communiste de protection sociale fut l'augmentation de l'écart entre les niveaux des pensions selon la période à laquelle elles avaient été attribuées (cité dans Biskup et Kotrusová, partie 2, dans le présent ouvrage).

Prenant un décret administratif pour agir vite, le nouveau gouvernement tchécoslovaque exigea que les pensions de vieillesse et d'invalidité soient revalorisées chaque fois que l'indice des prix augmentait de 10%⁹. Le gouvernement polonais exigea que toutes les pensions soient recalculées selon une nouvelle formule, et il institua une indexation automatique qui reflétait pleinement les hausses de salaires. En conséquence, la pension d'invalidité moyenne passa de 45% à 55% du salaire moyen sur deux ans entre 1989 et 1991 (voir Wóycicka et coll., Figure 2, dans le présent ouvrage). En Estonie, même avant l'éclatement de l'Union soviétique, le gouvernement s'était retiré du système de pensions soviétiques et avait commencé à travailler sur une nouvelle loi en vue de relever le niveau des pensions d'invalidité et de retraite, et d'assouplir les critères d'ouverture des droits (1990). Toutefois, une inflation galopante

⁹ Comme on l'a déjà noté, il agit rapidement dans ces premières années pour débarrasser le système de pensions de tous les privilèges instaurés par les communistes en matière de pensions, y compris pour les trois catégories de risque des prestations d'invalidité.

(1 100% en 1991) amena le Parlement à suspendre rapidement cette loi en faveur de pensions d'invalidité temporaires à taux uniforme. Cette mesure d'urgence resta en vigueur pendant sept ans, durant lesquels les pensions furent augmentées, sur la base de décisions *ad hoc*, dans des proportions assez généreuses. Leppik calcule que, pour les première et deuxième catégories d'invalidité (c'est-à-dire les déficiences les plus profondes), les pensions augmentèrent davantage durant la première moitié des années 1990, que ne le fit le salaire minimum; et celles des personnes les plus gravement handicapées augmentèrent de plus de 20% en termes réels. (Voir Wóycicka et coll., Tableau A6 en annexe; Leppik, Figure 5 et Tableaux 10 et 13; et Biskup et Kotrusová, Tableau 6 et Figure 7, ainsi que le texte attendant, dans le présent ouvrage.)

(Il est important de noter qu'au début des années 1990, les salaires et le PIB réels étaient en baisse dans ces pays. Même si, donc, l'indexation des pensions procurait une certaine protection, elle n'empêchait pas nécessairement une baisse de la valeur réelle des pensions).

Le chômage, également, incita les gens atteints de handicaps mineurs à demander des pensions en plus grand nombre. Comme les critères d'ouverture des droits en vigueur étaient imprécis, le taux d'acceptation des demandes était élevé¹⁰. La transition vit aussi une augmentation du nombre de demandes de pensions fondées sur des maladies mentales et de la part de travailleurs jeunes¹¹.

¹⁰ En Estonie, d'autres facteurs s'ajoutèrent, parmi lesquels une certaine libéralisation des prestations (c'est-à-dire la suppression de la période de travail préliminaire), un raccourcissement de la période d'indemnisation maladie, et un recul de l'âge de départ en retraite (Leppik, partie 2.5., dans le présent ouvrage). En République tchèque, l'augmentation du coût du régime a aussi été provoquée par la hausse de l'espérance de vie, qui s'est traduite par le fait que des retraités invalides ont continué à recevoir des prestations pendant plus longtemps. Cela était possible, puisque la loi tchèque autorise ceux qui se sont vu attribuer une pension d'invalidité avant l'âge de départ en retraite à continuer à la toucher au-delà de l'âge de départ en retraite (Biskup et Kotrusová, partie 3.2., dans le présent ouvrage).

¹¹ En Estonie, le nombre de cas de troubles mentaux fut multiplié par 6,5 entre 1990 et 1999 (Leppik, partie 2.5., dans le présent ouvrage). En Pologne, la proportion de pensionnés handicapés par des maladies mentales et des névroses passa de 8% à 11,7% entre 1990 et 1995 (Wóycicka et coll., Tableau 4, dans le présent ouvrage). Aucun nombre n'est disponible pour la République tchèque.

La Pologne et l'Estonie ont connu la croissance la plus forte du nombre de pensionnés, en gros 30% dans chacun des deux pays durant la deuxième moitié de la décennie¹². En République tchèque, où le chômage était, au début des années 1990, inférieur à celui qui sévissait dans la plupart des autres pays d'Europe centrale et orientale (3%), le nombre de pensionnés augmenta de 12% en tout, celui des titulaires d'une pension d'invalidité complète augmentant de 20% et celui des personnes partiellement handicapées baissant de 10% (voir Biskup et Kotrusová, Tableau 5 et texte qui le précède, dans le présent ouvrage)¹³.

Tableau 2
Titulaires de pensions d'invalidité et dépenses
en matière de pensions d'invalidité, 1990 et 1995

Pays	Titulaires de pensions d'invalidité			Dépenses en matière de pensions d'invalidité (en % du PIB)	
	1990	1995	Accroissement	1990	1995
Pologne	2 600 000	3 400 000	31%	2,60	4,30
Tch-slov.	429 000	480 000	12%	1,31	1,45
Estonie	40 500	53 000	31%	< 0,50	0,80

Sources: Wóycicka et coll., Tableau A5 en annexe; Leppik, Figure 2; ainsi que Biskup et Kotrusová, Tableau 5, dans le présent ouvrage.

La combinaison de l'augmentation des prestations et de l'importance du nombre de pensionnés causa une hausse significative des dépenses. Durant les années 1990–95, la Pologne et l'Estonie connurent des augmentations de dépenses de l'ordre de 65%, les dépenses passant de 2,6% à 4,3% du PIB en

¹² En Pologne, entre 1990 et 1995, leur nombre passa de 2,6 à 3,4 millions (Wóycicka et coll., Tableau A5 de l'annexe, dans le présent ouvrage). En Estonie, il passa de 40 500 à 53 000 (Leppik, Figure 2, dans le présent ouvrage).

¹³ Le nombre disproportionné de pensions d'invalidité complète constituait le prolongement d'une évolution antérieure.

Pologne, et de moins de 0,5% à 0,8% en Estonie. En République tchèque, où le chômage était plus faible, l'augmentation fut moins prononcée, les dépenses passant de 1,31% à 1,45% du PIB. (Voir Wóycicka et coll., Tableau A6 en annexe; Leppik, Tableau 13; ainsi que Biskup et Kotrusová, Tableau 6; dans le présent ouvrage.)

b. L'emploi protégé en baisse. Tandis que les dépenses pour les pensions d'invalidité augmentaient, l'emploi en atelier protégé institué par les gouvernements précédents disparut presque totalement. Plusieurs facteurs liés sont responsables de cette disparition: le retrait des subventions publiques à ces entreprises; une chute de la demande pour leurs produits à mesure que nombre de leurs entreprises clientes fermaient leurs propres portes; et leur manque en général de compétitivité, dû en partie à la faiblesse du niveau d'instruction, de la qualification et de la productivité de leurs travailleurs handicapés (voir Biskup et Kotrusová, partie 2.3.; et Wóycicka et coll., Figures 11 et 12; l'un et l'autre dans le présent ouvrage). En Pologne, le nombre d'emplois dans des coopératives spéciales pour handicapés tomba de 200 000 à 80 000 en la seule année 1990 (voir Wóycicka et coll., partie 2.1.2.2., dans le présent ouvrage). En Tchécoslovaquie (et en République tchèque par la suite), la fermeture et le dégraissage des coopératives industrielles causa une chute d'environ 60% dans le nombre d'employés handicapés (voir Biskup et Kotrusová, Tableau 7, dans le présent ouvrage)¹⁴. Le recul de l'emploi protégé fut également significatif en Estonie, bien qu'il n'y ait pas de statistiques disponibles.

Deux des Etats firent très tôt des efforts pour contrebalancer ces diminutions. En 1991, la Tchécoslovaquie et la Pologne votèrent toutes les deux des lois instituant des quotas d'emplois qui s'appliquaient à toutes les entreprises de l'économie, excepté aux plus petites, exigeant par-là que leurs effectifs comprennent une certaine proportion de personnes handicapées¹⁵. En Tchécoslovaquie, le quota était de 4,5% de l'effectif de toute entreprise affiliée, plus 0,5% de personnes gravement handicapés, soit un total de

¹⁴ Le nombre d'employés handicapés baissa, passant approximativement de 13 000 à 5 000. Parmi les handicapés profonds, l'hémorragie fut d'environ 65%, d'approximativement 3 000 à 1 000.

¹⁵ En Pologne, ce contingentement s'appliquait aux entreprises ayant 50 employés ou plus, en Tchécoslovaquie, il s'appliquait à celles ayant plus de 20 employés.

5%¹⁶. En Pologne, le quota représentait 6% des employés de chaque entreprise couverte (voir Wóycicka et coll., partie 2.1.2.2.; et Biskup et Kotrusová, partie 2.3., l'un et l'autre dans le présent ouvrage). La loi tchécoslovaque, toutefois, ne contenait aucune sanction en cas de manquement. (Des sanctions furent incluses huit ans plus tard, en 1999, dans un amendement à la loi en question). En Pologne, l'amende s'élevait à 40,65% du salaire moyen, pour chaque employé handicapé que la société n'était pas parvenue à employer. Les sommes ainsi prélevées étaient déposées dans un fonds d'Etat utilisé pour financer la réadaptation et l'emploi. Dans le même temps, fut autorisé un nouveau type d'emploi subventionné, l'Institution de travail subventionné, ou SWE, qui aboutissait à une ségrégation moindre que les anciennes coopératives¹⁷. Ces nouvelles SWE étaient les principales destinataires des fonds provenant du système de quotas et d'amendes.

Plus tard dans les années 90, le gouvernement estonien, tout en rejetant l'alternative des quotas, prit des mesures pour encourager l'emploi des personnes handicapées par le secteur privé. Avec le soutien des principaux groupes de défense des handicapés, il institua à la place deux sortes d'incitations à embaucher des travailleurs handicapés pour les employeurs: (1) une subvention directe durant toute l'année suivant l'embauche; et (2) le paiement d'une partie de la part patronale des cotisations sociales de cette personne (voir Leppik, partie 3.7., dans le présent ouvrage). Le soutien assuré par ces deux mesures fut d'ampleur modeste¹⁸.

¹⁶ De plus, le gouvernement tchécoslovaque chercha à faire progresser l'emploi des handicapés, à la fois par des mesures actives sur le marché du travail – par exemple, des emplois subventionnés dans les secteurs public et privé et de nouveaux emplois spéciaux – et par de nouvelles protections légales – par exemple, l'interdiction d'employer pour une durée déterminée, de mettre à l'essai, et de licencier, sans notification préalable à l'agence pour l'emploi locale, les personnes handicapées.

¹⁷ De manière spécifique, les institutions de travail subventionné, ou SWE, étaient obligées d'avoir au moins 40% de travailleurs handicapés et au moins 10% de travailleurs atteints de handicaps profonds ou moyens, là où les anciennes coopératives accueillait exclusivement des handicapés (voir Wóycicka et coll., partie 2.1.2.2., dans le présent ouvrage).

¹⁸ La subvention est égale au salaire minimum pendant les six premiers mois et à la moitié de ce salaire pendant les six mois restants. Les cotisations sociales s'élèvent à 33% du salaire, et l'Etat les paie en totalité sur les 700 premiers EEK. Le salaire minimum est de 1 850 EEK (2002).

4. Les réformes des pensions d'invalidité dans la seconde moitié des années 1990

Au milieu des années 1990, quand leurs économies eurent acquis une certaine stabilité, les gouvernements des trois pays firent voter des lois de réforme de l'invalidité. L'objectif principal était de contenir l'augmentation des coûts et de renouveler les procédures d'attribution de manière à ce qu'elles saisissent mieux les cas authentiques d'inaptitude au travail. Ces lois avaient pour noyau commun (1) de rendre les critères plus pointus et d'accroître la cohérence des décisions prises; et (2) de mettre le remplacement des revenus perdus au centre des fonctions des régimes d'invalidité, en éliminant certains éléments d'assistance sociale. En outre, chaque réforme comprenait des traits distinctifs qui reflétaient, ou répondaient à, des conditions nationales particulières. Ces réformes furent introduites progressivement dans les trois pays. La République tchèque et la Pologne agirent en 1995 et en 1997, l'Estonie en 1998, 1999, et 2000.

a. **Des critères d'attribution plus pointus.** Les gouvernements des trois Etats répondirent à la perception répandue que les critères d'attribution des pensions d'invalidité étaient «flous» et «non objectifs», en prêtant une attention accrue à la dimension fonctionnelle du handicap. Il ne suffisait plus de diagnostiquer les déficiences médicales d'un individu; il fallait désormais déterminer également s'il existait réellement, ou non, une incapacité fonctionnelle. Il s'agissait là d'un changement majeur de perspective, et celui-ci s'est révélé difficile à réaliser dans les trois pays sans exception. Néanmoins, il indiquait une nouvelle orientation politique visant à lier l'appréciation de l'invalidité à la capacité, ou à l'incapacité, qu'a le demandeur de répondre aux exigences concrètes d'un emploi. En Estonie, les pensions d'invalidité furent remplacées par des pensions d'incapacité de travail qui, à la différence des premières, étaient censées prendre en compte les capacités restantes du pensionné. En République tchèque, l'invalidité fut redéfinie comme une diminution de la capacité de gagner sa vie et, en conséquence, une nouvelle procédure d'évaluation mesure la perte de la capacité de travail en pourcentage. En Pologne, la pension d'invalidité, désormais rebaptisée pension d'inaptitude au travail pour souligner son lien avec la capacité fonctionnelle, ne fut plus accessible qu'aux personnes

atteintes d'une diminution fonctionnelle démontrée¹⁹. Les réformes polonaises firent aussi passer la responsabilité de déterminer si les conditions requises étaient remplies de commissions médicales à des médecins individuels, centralisèrent la supervision de ces derniers, et instituèrent de nouvelles exigences en ce qui concerne leurs études et leur formation²⁰. Elles autorisèrent le lancement d'une campagne de publicité par l'organisme de protection sociale, le ZUS, contre les médecins qui délivraient à tort des certificats justifiant des congés de maladie, et dont certains servaient de base à des demandes d'invalidité. (Voir Biskup et Kotrusová; Leppik; et Wóycicka et coll., partie 3; dans le présent ouvrage.)

En Estonie et en Pologne, le changement de définition s'accompagna d'une réduction du nombre de catégories, qui passèrent de trois à deux, et d'importantes initiatives pour reclasser les bénéficiaires en conséquence. En Estonie, ce reclassement transféra aussi les pensionnés d'invalidité qui avaient atteint l'âge du départ en retraite, au régime de pensions de vieillesse²¹.

b. Un accent mis sur le remplacement du revenu. Le second objectif commun à ces trois pays consistait à limiter la vocation du régime de pensions d'invalidité au remplacement du revenu perdu du fait d'un handicap. Dans chacun des pays, cela impliquait de réassigner les fonctions d'assistance sociale à d'autres agences ou programmes. En Estonie, le gouvernement chercha à faire en sorte que la formule de calcul des pensions d'invalidité reflète plus

¹⁹ Un critère d'attribution fonctionnel avait existé dans le système polonais avant 1997. Néanmoins, les médecins du ZUS regardaient principalement l'état de santé de la personne, plutôt que son degré réel d'inaptitude au travail. Après la réforme de 1997, le critère fonctionnel devint le facteur décisif.

²⁰ De manière spécifique, la loi exigea que les experts médecins fussent des spécialistes. Préférence est accordée à ceux qui ont pour spécialité les maladies internes, la chirurgie, la neurochirurgie, la psychiatrie, la médecine du travail et la médecine sociale. Ils doivent également être formés à des disciplines déterminées par le médecin en chef du ZUS.

²¹ Dans les deux autres pays, les personnes qui se voient attribuer une pension d'invalidité avant l'âge du départ en retraite peuvent continuer à la toucher indéfiniment, aussi longtemps qu'elles demeurent handicapées; et les personnes handicapées qui sont en phase de demande de liquidation et qui remplissent les conditions, tant pour une prestation d'invalidité que de vieillesse, se voient verser celle des deux qui est la plus avantageuse pour elles.

étroitement l'accumulation des cotisations versées et, dans le même temps, il créa un nouveau régime de prestations sociales en vue d'indemniser les handicapés de certaines dépenses supplémentaires (par exemple, pour du matériel de transport spécialisé, des accessoires technologiques, ou les services de soins d'une tierce personne). La réforme tchèque élimina les compléments de pensions qui avaient été fournis pour répondre aux besoins liés à l'invalidité²². (Toutefois, ces derniers continuent à être payés en vertu de la loi préexistante, qui va rester en vigueur parallèlement à la nouvelle loi jusqu'en 2005. Il est prévu que ces compléments soient finalement fournis par le système d'aide sociale.) En Pologne, la réforme de 1997 sépara la tâche d'appréciation des conditions d'ouverture du droit à une pension d'invalidité de la tâche similaire relative aux autres services et allocations liés à l'invalidité. Cette dernière responsabilité fut transférée du ZUS à des Commissions de certification d'invalidité nouvellement instituées et placées sous la supervision du Plénipotentiaire du gouvernement pour les handicapés. (Voir Biskup et Kotrusová; Leppik; et Wóycicka et coll., partie 3, dans le présent ouvrage.)

c. **Éléments distinctifs.** Chacune des réformes contenait également des éléments qui visaient à répondre à des situations nationales distinctes. La Pologne, celui des pays ayant les plus hauts taux de pensionnés et de dépenses, adopta plusieurs mesures de maîtrise des coûts. La plus importante de celles-ci a consisté à transférer la base de l'indexation des pensions des salaires aux prix, changement qui s'applique aussi bien au régime vieillesse qu'au régime invalidité. Si les salaires réels augmentent dans l'avenir comme prévu, les pensions vont progressivement devenir inférieures aux salaires, et même si les pensionnés sont toujours protégés contre l'inflation, ils ne bénéficieront pas de la hausse du niveau de vie que connaîtront les salariés. Les réformes polonaises ont aussi rendu plus facile, pour le ZUS, la possibilité de mettre fin aux droits à pension. Dans un renversement majeur de la procédure normale, elles ont supprimé le droit d'appel administratif dans les cas où un travailleur se voit refuser une prestation (même si le recours en justice a été,

²² En outre, le gouvernement a favorisé le développement d'un large éventail de services sociaux pour les handicapés, et préparé un projet de loi créant un système de chèques qui permettraient à ces personnes de choisir leur propre prestataire (pas encore déposé).

lui, conservé), ainsi que l'obligation, pour le ZUS, de notifier à l'ayant droit sa décision avant de mettre fin au paiement de certaines pensions temporaires. Pour favoriser une hausse des niveaux de réadaptation et de retour au travail, a été créée une nouvelle pension de formation, qui sert une prestation plus élevée durant une période définie. Le ZUS s'est aussi vu accorder une autorité plus large pour payer la réadaptation fonctionnelle de pensionnés d'invalidité.

La réforme estonienne se distingue par l'effort qu'elle fit initialement pour faire dépendre beaucoup plus étroitement les pensions d'invalidité des cotisations accumulées par les travailleurs. Cette réforme fut élaborée parallèlement à une réforme majeure des pensions de vieillesse ayant les mêmes objectifs, et elle aurait signifié des prestations généralement moindres pour les travailleurs devenant handicapés tôt dans leur carrière. A mesure que ce projet était débattu, les tensions entre les objectifs concurrents de lier plus étroitement les prestations aux cotisations, d'une part, et d'assurer des prestations convenables, de l'autre, menèrent à des amendements multiples. L'inquiétude des parlementaires, qui craignaient que la formule de calcul proposée n'aboutisse à des pensions inadaptées pour les jeunes travailleurs handicapés, les amena à ajouter des garanties au projet de loi. A un stade avancé du débat, il fut démontré que lier le niveau des prestations aux cotisations aboutirait à réduire la pension de presque tout le monde. D'autres garanties furent encore ajoutées, et on institua un plancher, en dessous duquel les pensions ne pouvaient pas descendre. Il fallut établir ce plancher à un niveau si élevé que plus de la moitié des pensionnés en vinrent à recevoir la même somme. Ainsi, l'objectif d'offrir des prestations convenables l'emporta sur l'objectif concurrent de lier plus étroitement les prestations aux cotisations accumulées. Ce dernier objectif ne fut atteint que pour les personnes ayant des revenus relativement élevés.

Les réformes tchèques continrent moins de dispositions supplémentaires que les réformes des deux autres pays, peut-être parce que le régime tchèque connut des tensions financières moins graves au début des années 1990 et que le gouvernement tchèque avait fait voter des modifications plus importantes que ses deux homologues durant cette période²³. En plus de changer la définition

²³ Comme on l'a noté plus haut, les trois catégories de risque furent supprimées, de même que les pensions personnelles, suppressions qui mirent tous les travailleurs sur un pied d'égalité au sein du régime.

de l'invalidité et le processus de décision d'attribution pour insister sur la capacité fonctionnelle des demandeurs, (comme on l'a décrit plus haut), les réformes limitèrent les gains que les pensionnés partiellement handicapés avaient le droit de tirer d'une activité rémunérée (voir Biskup et Kotrusová, partie 3.3., dans le présent ouvrage). Cette règle était le prolongement logique de la nouvelle conception selon laquelle les niveaux des pensions doivent être établis pour indemniser la perte de capacité de gagner sa vie.

5. L'impact initial des réformes

Dans le sillage de leurs réformes, les trois pays ont vu des changements dans les taux d'attribution de nouvelles pensions d'invalidité, dans le nombre des pensionnés, et dans les dépenses de pensions. Durant les années 1996–2000, le nombre d'attributions de pensions nouvelles diminua dans deux des trois pays, de 20% en République tchèque, et de presque un tiers en Pologne²⁴. Comme le montre le Tableau 3, les réformes tchèques ont également contribué à corriger le déséquilibre qui existait auparavant entre les pensions partielles et complètes. En ce qui concerne les dépenses, la Pologne les vit chuter, de 4,2% à 3,8% du PIB, principalement du fait des restrictions apportées à l'ajustement des pensions au coût de la vie. En République tchèque, en revanche, les dépenses augmentèrent, passant de 1,45% à 1,75% du PIB (Voir Tableau 4). Biskup et Kotrusová attribuent largement cette hausse à la longévité croissante des pensionnés. (Tout accroissement de la longévité a des répercussions directes sur les dépenses en République tchèque, puisque, comme on l'a noté plus haut, les pensions d'invalidité liquidées avant l'âge légal de la retraite peuvent être servies jusqu'au décès du pensionné²⁵.) En Estonie, la nature récente des réformes (1998–2000) exclut toute évaluation significative de leurs répercussions. Ce qu'on peut dire, néanmoins, c'est que la redistribution initiale des pensionnés selon les nouvelles catégories établies par la réforme,

²⁴ En Pologne, l'évolution fut volatile. La quantité de pensions attribuées annuellement fut de 154 800 en 1997, de 141 100 en 1998, de 152 800 en 1999, et de 102 400 en 2000 (voir Wóycicka et coll., Tableau A4 en annexe, dans le présent ouvrage).

²⁵ Voir Biskup et Kotrusová, partie 3.2., dans le présent ouvrage.

s'est traduite par une baisse nette d'environ 2000 personnes, soit en gros 3% (voir Leppik, partie 3.8., dans le présent ouvrage).

Tableau 3
Pensions d'invalidité nouvellement attribuées: 1990, 1996,
et dernière année connue

Pays	1990	1996	Dernière année
Rép. tchèque	38 000	50 000	40 000 (2000)
(Complète)	(23 000)	(23 000)	(17 500)
(Partielle)	(15 000)	(27 000)	(22 500)
Estonie	5 600	9 300	11 600 (1999)
Pologne	241 400	151 600	102 400 (2000)

Sources: Biskup et Kotrusová, Figure 5; Leppik, Tableau 9; et Wóycicka et coll., Tableau 4 de l'annexe, dans le présent ouvrage.

Les réformes n'ont pas fait, néanmoins, progresser le retour des personnes handicapées au travail. En Pologne, durant les années 1998–2000, le ZUS attribua la nouvelle pension de formation à moins d'un demi pourcent de tous les nouveaux pensionnés²⁶. Dans le même temps, la Pologne connaissait une chute énorme de 40% du nombre de personnes handicapées occupant un emploi ordinaire (et non pas protégé)²⁷. Les origines de cette chute sont sûrement multiples, mais celle-ci reflète en partie l'inefficacité des efforts du ZUS en matière de réadaptation, celle du système de quota et d'amende, ainsi que celle des programmes d'emploi et de formation que ces amendes alimentent (voir Wóycicka et coll., partie 3.2. pp.11–14)²⁸.

²⁶ Wóycicka et coll. suggèrent que ce résultat peut être dû au caractère limité de la durée de la pension, à une pénurie aiguë d'emplois possibles pour des handicapés, ou à l'effet financièrement dissuasif du niveau élevé de la pension ordinaire par rapport au salaire auquel une personne handicapée peut prétendre.

²⁷ Cette chute se produisit durant les années 1995–2000.

²⁸ Les recettes des amendes sont utilisées par le Fonds d'Etat pour la réadaptation professionnelle (PFRON) afin de financer différentes formes de réadaptation professionnelle et d'emploi pour les personnes handicapées.

Tableau 4
Dépenses de pensions d'invalidité en pourcentage du PIB:
1990, 1995, et 2000

Pays	1990	1995	2000
Pologne	2,60	4,30	3,80
Rép. tchèque	1,31	1,45	1,75
Estonie	< 0,50	0,80	1,10

Sources: Wóycicka et coll., Tableau 6 en annexe; Leppik, Tableau 13; et Biskup et Kotrusová, Tableaux 6 et 11, dans le présent ouvrage.

L'on trouve un tableau pareillement décourageant en République tchèque et en Estonie. Dans le premier pays, le niveau d'inactivité parmi les handicapés graves augmenta d'à peu près 10% durant les années 1990–95, passant de 71% à 79%. Dans cette même population de handicapés graves, la proportion de ceux qui travaillaient effectivement baissa de presque 40%, passant de 25,2% à 15,4% (voir Biskup et Kotrusová, Tableau 13, dans le présent ouvrage)²⁹. Des précautions similaires à celles de la Pologne furent également mises en oeuvre. Il n'en demeure pas moins instructif que, ni la hausse de la demande générale de main d'œuvre en République tchèque à la fin des années 1990, ni l'amendement à la loi des quotas, prévoyant des sanctions en cas de non-respect, ne parvinrent à faire augmenter le taux d'activité des handicapés. En Estonie, début 2001, l'activité des titulaires d'une pension d'invalidité s'établissait à environ 10%, soit environ un tiers du taux de la fin des années 1980, à la fin de l'époque communiste (voir Leppik, parties 1.2. et 3.8., dans le présent ouvrage).

²⁹ En République tchèque, mesurer l'activité rémunérée chez les pensionnés est compliqué par deux facteurs: (i) l'emploi de définitions sensiblement différentes de l'invalidité dans les enquêtes et les programmes concernant la main d'œuvre, d'une part, et dans le régime de pensions, de l'autre, et (ii) une chute du nombre de personnes qui se considèrent comme handicapées dans le premier cas, phénomène attribué par l'étude à la réticence qu'ont les employeurs à embaucher des handicapés (voir Biskup et Kotrusová, partie 3.4., dans le présent ouvrage).

6. Conclusion

Comme ces études le montrent, les nouveaux gouvernements tchèque, estonien et polonais, ont hérité de l'époque communiste des régimes de pensions qui insistaient sur les aspects médicaux de l'invalidité par opposition à ses dimensions fonctionnelles. Ces régimes avaient également en commun des critères d'attribution imprécis, qui donnaient naissance à des variations non voulues dans l'appréciation de l'invalidité. Ils ne favorisaient aucune rééducation professionnelle destinée à permettre aux pensionnés de regagner ou de conserver un emploi non protégé. Dans les premières années de la transition, cette situation causa une hausse des dépenses de pensions, dans la mesure où des travailleurs légèrement handicapés, confrontés au chômage, utilisèrent les régimes comme des refuges. (Ayant un chômage moindre, la République tchèque connut à un moindre degré cette évolution.) De plus, les efforts des nouveaux gouvernements pour réparer les effets de l'inflation passée et améliorer le niveau des pensions augmentèrent encore davantage les coûts. Lorsque, au milieu des années 1990, les économies de leurs pays devinrent plus stables, les trois gouvernements firent voter des trains de lois réformant l'invalidité. De portée limitée en général, ces réformes visaient à remodeler les critères d'attribution pour les rendre plus pertinents et plus précis, à réduire les coûts, et à exclure les prestations de type aide sociale (les services en nature compris), celles-ci étant considérées comme n'ayant rien à voir avec le remplacement de revenus perdus pour cause d'invalidité. Bien que les réformes aient eu un certain impact pour ce qui est de réduire le taux d'attribution de pensions nouvelles et, en Pologne, pour ce qui est de réduire le niveau des dépenses, elles n'ont eu aucun effet perceptible pour ce qui est d'encourager la réadaptation des pensionnés et leur retour au travail.

Ce dernier résultat n'est pas tout à fait surprenant, puisque, dans deux des trois pays, la rééducation professionnelle ne constituait pas un objectif explicite. Seules les réformes polonaises contiennent des dispositions qui visent directement ce but, et ces mesures, toutes positives et utiles qu'elles sont, sont loin de s'attaquer à tout l'éventail de facteurs qui influencent la décision d'un titulaire de pension d'invalidité d'essayer de retourner au travail. De manière très notable, elles ne tentent pas de faire du travail une alternative financièrement attrayante à la condition de bénéficiaire de prestations. En l'absence d'une telle réforme, les pensionnés ayant une certaine capacité de travail restante,

mais une faible qualification (et, partant, une faible capacité de gain) ne sont guère incités à chercher du travail (voir Wóycicka et coll., Tableau 6, dans le présent ouvrage). Ces réformes ne donnent pas non plus aux pensionnés, comme incitation à travailler, une voie claire et sûre pour regagner le statut de bénéficiaire de prestations, au cas où leur tentative de recommencer à travailler échouerait³⁰.

En outre, les facteurs défavorables à la réadaptation professionnelle qui se trouvent au sein des régimes de pensions, sont renforcés par les obstacles du contexte général offert par ces trois pays. Leurs systèmes éducatifs servent toujours moins bien les handicapés que les autres citoyens et leur procurent des niveaux d'instruction et de qualification plus faibles (voir Wóycicka et coll., Figure 11; et Biskup et Kotrusová, Figures 3 et 4, dans le présent ouvrage). Des systèmes modernes de rééducation professionnelle sont toujours en cours d'élaboration. Ces dernières années, des progrès significatifs ont été faits en matière de réadaptation à base communautaire et de services sociaux contribuant à une plus grande indépendance des handicapés, mais il s'agit là aussi d'un domaine qui est toujours en voie de développement. Des campagnes d'éducation du public, pour modifier les attitudes des employeurs ou du grand public, quoiqu'en progrès, sont encore un phénomène relativement récent, tout comme le sont les lois en matière de droit des citoyens, qui interdisent la discrimination au travail ou favorisent l'égalité des chances³¹.

Pris dans son ensemble, cet état de choses peut offrir un programme d'action dans les pays étudiés ici, ainsi que dans d'autres qui ont fait des progrès limités dans la réforme de l'invalidité. Il est clair que ce programme va au-delà de la seule réforme des pensions. La réforme des pensions n'en reste pas moins un

³⁰ En outre, ce n'est qu'en Estonie que les réformes exigèrent que les titulaires d'une pension d'invalidité qui atteignent l'âge de la retraite soient transférés du statut de handicapé à celui de retraité. Dans les deux autres pays, le mélange permanent de pensionnés en âge de travailler et de pensionnés en âge d'être à la retraite sur les registres de la pension d'invalidité, rend plus compliquée la tâche de concevoir des incitations au travail pour les titulaires d'une pension d'invalidité en âge de travailler.

³¹ Une tentative récente est constituée par le projet Phare *Consensus* sur la prévention de l'exclusion sociale des personnes handicapées (1999–2000). Accroître l'emploi des personnes handicapées était au centre du projet, qui comprenait une campagne de sensibilisation du public.

élément essentiel, indispensable à la stimulation et au renforcement des progrès sur d'autres fronts. Elle peut, en créant des dispositifs incitant les pensionnés à utiliser la totalité de leur potentiel restant, servir de moteur au changement dans le domaine de la rééducation professionnelle, ainsi que, par des mécanismes de paiement et de remboursement, favoriser des types de services de réadaptation plus adaptés et plus économes.

Pour plusieurs raisons, la nécessité d'agir sur ces questions est assez pressante. Premièrement, le renforcement des critères d'attribution va, selon toute probabilité, rapporter encore davantage d'économies aux régimes de pensions d'invalidité. Dans le même temps, néanmoins, il va rejeter certains travailleurs handicapés vers d'autres programmes publics dont les coûts vont nécessairement croître en conséquence. Des économies apparentes dans un domaine vont se traduire par des coûts accrus ailleurs. Deuxièmement, le chômage et le retrait de la vie active sont en hausse parmi les handicapés dans les trois pays sans exception. Même la phase de croissance économique en République tchèque à la fin des années 1990 n'a pas renversé cette tendance. En l'absence de mesures énergiques pour permettre aux handicapés qui le peuvent de reprendre une activité rémunérée, une quantité croissante d'entre eux va en arriver à dépendre exclusivement des pensions publiques. Qui plus est, dans les années qui viennent, tous les pays d'Europe centrale vont connaître un vieillissement de leur population. Ce vieillissement va augmenter le nombre de vieux travailleurs atteints de problèmes de santé légers ou moyens qui chercheront à obtenir une pension d'invalidité. Il est indispensable de se préparer à ce phénomène en mettant en place des mesures qui incitent et autorisent les travailleurs conservant des capacités résiduelles à les utiliser.

Un bon point de départ pour élaborer de telles mesures est fourni par les expériences de pays qui mènent un combat contre l'augmentation du coût des pensions d'invalidité depuis un certain nombre d'années. Dans le dernier chapitre du présent ouvrage, Ilene Zeitzer décrit les expériences qu'ont ainsi faites trois pays: les Pays-Bas, la Suède, et le Royaume-Uni. Son étude montre que ces derniers ont fait voter toute une gamme de réformes, qui comprennent une augmentation de la responsabilité individuelle de l'employeur pour les indemnités de maladie; des incitations fiscales ou réductions de cotisations sociales destinées à rendre le travail des handicapés plus rémunérateur pour eux; des conseillers en emploi pour fournir un soutien moral et pratique aux

personnes handicapées réintégrant le marché du travail; des subventions à l'aménagement des conditions de travail; de nouvelles protections contre les discriminations de la part des employeurs; et des mesures de soutien pour maintenir dans leur emploi et écarter du régime de pensions d'invalidité les travailleurs handicapés. En s'inspirant de ces expériences, Zeitzer formule un certain nombre de recommandations générales pour de telles tentatives. Toute réforme devrait: (1) s'appuyer, pour modifier les politiques menées à grande échelle, sur des expériences à petite échelle; (2) être coordonnée avec des instruments d'action complémentaires, comprenant l'éducation du public, de nouvelles politiques pour l'emploi et une protection contre les discriminations; (3) rendre le travail rémunérateur pour les pensionnés, en ayant recours à toute une gamme d'aides qui récompense ceux qui font un tel effort, y compris des incitations fiscales ou réduction de cotisations sociales, des services sociaux, l'assistance d'une tierce personne, et une aide à la famille et au logement; (4) associer directement les handicapés dans la formulation des réformes des pensions et des autres réformes, tant par souci de justice qu'en vue de modeler des politiques efficaces qui soient le plus susceptibles de leur permettre de surmonter les obstacles auxquels ils sont confrontés; et (5) placer l'Etat dans un rôle dirigeant, par une politique de discrimination positive à l'embauche qui, tout en procurant des emplois aux personnes handicapées, les mette dans une situation prééminente qui désarme les stéréotypes négatifs du public.

En reconnaissant qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de recette éprouvée pour réduire la dépendance vis-à-vis des pensions d'invalidité, nous présentons les expériences de ces pays et les recommandations qui les accompagnent, non comme des modèles qu'il faudrait s'efforcer d'imiter, mais comme des éléments de discussions des politiques. Le défi clé qui attend les réformateurs d'Europe centrale est de dégager les éléments utiles des expériences faites par d'autres pays et, en les utilisant, de construire leurs propres approches nationales.

La protection contre l'invalidité en République tchèque

Jiří Biskup et Miriam Kotrusová¹

Introduction

Le système actuel de protection sociale en République tchèque comprend trois éléments principaux:

- les assurances sociales
- les prestations sociales d'Etat (prestations familiales); et
- l'assistance sociale.

Tous les trois fournissent des prestations aux handicapés.

Bien que ce système ait changé depuis qu'en 1989 ont commencé les transformations économiques et politiques, aucune des réformes effectuées n'a été fondamentale. Au contraire, l'ancien système a été progressivement adapté pour répondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles priorités nés des changements de l'état de la société (par exemple, unification de l'ouverture des droits aux prestations, augmentation du niveau des indemnités et allocations, et élargissement de l'éventail des services et des avantages fournis) (Haberlová et Biskup, 2000).

Le système communiste de sécurité sociale fonctionnait selon le principe: "de la maladie à l'invalidité" plutôt que selon la conception des experts actuels: "de la maladie (l'invalidité) à l'activité rémunérée". Les gouvernements postérieurs à 1989 n'ont effectué aucun changement marqué dans cette philosophie. Ils ont continué à fournir aux personnes handicapées un éventail d'allocations, d'allègements fiscaux et de programmes spéciaux, plutôt que

¹ Institut de recherche du ministère tchèque du Travail et des Affaires sociales.

de se concentrer sur les moyens d'aider les personnes handicapées à revenir sur le marché du travail. Cette attitude est encouragée par le faible niveau de développement de la rééducation professionnelle en République tchèque. La forte orientation à fournir des allocations, couplée avec la faiblesse des mesures en faveur de la rééducation professionnelle, a tendu à inciter les personnes handicapées à considérer les allocations comme une réparation pour leurs déficiences physiques ou mentales plutôt que comme un complément de revenu fourni pour compléter les gains de leur activité rémunérée (Socioklub, 2001).

Un éventail de programmes en matière de marché du travail, destinés à encourager l'embauche de personnes handicapées, fut institué dans les années 1990, incluant allègements fiscaux et incitations financières pour les employeurs, dispositions spéciales dans le Code du travail et quotas obligatoires. Ces mesures visaient à faire face à l'aggravation de la situation de l'emploi parmi les personnes handicapées. Toutefois, ces changements ne réussirent pas à empêcher une augmentation du chômage au sein de cette population.

Il y a deux raisons principales au fait que les personnes handicapées quittent le marché du travail normal: d'une part, la situation macro-économique générale, et, d'autre part, l'incitation quelque peu faible à travailler créée par les prestations sociales existantes.

En République tchèque, différentes mesures gouvernementales en faveur des personnes handicapées – c'est-à-dire l'assurance sociale (l'assurance pensions et l'assurance maladie), les prestations sociales d'Etat (prestations familiales), l'assistance sociale, les politiques en matière de marché du travail, les avantages fiscaux, la gratuité du ou les allocations de transport, et ainsi de suite – fournissent un large éventail de prestations différentes, directes et indirectes. Ces systèmes font appel à des définitions différentes de l'invalidité, parce qu'ils ont affaire à des situations sociales différentes et qu'ils indemnisent pour des conséquences de l'invalidité différentes. Par exemple:

1. Dans le système de l'assurance pensions, l'invalidité est définie comme une diminution de la capacité de gagner sa vie;
2. Le système des prestations sociales d'Etat définit des *degrés d'invalidité* ainsi que leur impact sur la qualité de la vie;
3. Les politiques en matière de marché du travail font appel à une définition complètement différente: celle de "personne à capacité de travail réduite".

Selon la Loi sur l'emploi, "une personne à capacité de travail réduite" est une personne qui a un potentiel de travail ou une préparation au travail (formation) substantiellement limités. Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité qui sont encore potentiellement employables sont également considérés comme "ayant une capacité de travail réduite."²

Conséquence de ces divergences de définition, les conditions d'attribution des prestations ou des services se recoupent souvent, et il se peut que les besoins d'une personne handicapée soient pris en charge par plus d'un sous-régime. Cela mène souvent à une chaîne de demandes multiples de prestations sociales et de services. De la même façon, un doublement des rôles se produit souvent au sein de la gestion des services compétents de l'Etat, un service appréciant l'invalidité, un autre fixant le statut qui découle de cette appréciation, et encore un autre décidant finalement de l'attribution de prestations sociales ou de services.

L'absence de définition uniforme du concept de "citoyen handicapé" dans le système actuel de sécurité sociale crée des problèmes en ce qui concerne la cohérence et la fiabilité des données. Les titulaires d'une pension d'invalidité forment un groupe quelque peu différent de celui des personnes ayant le statut de personne à capacité de travail réduite. Tant les représentants des organisations de handicapés que les employés de l'agence pour l'emploi ont mis à plusieurs reprises en garde contre le fait de traiter les personnes handicapées comme des personnes "à capacité de travail réduite" est une catégorisation fautive qui ne correspond pas à la réalité.

De nombreuses personnes, qui ne présentent que des déficiences relativement légères, sont capables d'obtenir relativement facilement le statut de personne "à capacité de travail réduite" et, par suite, de solliciter une aide sociale ou un traitement particulier. En conséquence de quoi, les employés de l'agence pour l'emploi prêtent une plus grande attention aux personnes légèrement handicapées (inscrites comme demandeuses d'emploi) qu'aux personnes gravement handicapées qui ont des besoins plus grands.

² Dans la présente étude, pour une meilleure compréhension, nous emploierons le terme de "personne handicapée" tant dans le cadre du régime de pension d'invalidité que dans celui des politiques en matière de marché du travail.

Un obstacle majeur à l'analyse de la protection sociale disponible pour les personnes handicapées est le manque d'informations statistiques sur leur situation économique et sociale dans des domaines tels que le revenu, le logement, la formation, l'égalité des droits, l'accès à différentes aides sociales, et ainsi de suite. C'est pourquoi nous sommes, par exemple, incapables d'analyser des données provenant d'études sur les ménages dont au moins un des membres est handicapé, puisque de telles recherches n'ont pas encore été effectuées³. En l'absence de telles informations, nous devons nous reposer exclusivement sur les données provenant du système de protection sociale et des programmes relatifs au marché du travail, tout en reconnaissant que les groupes de personnes servis par ces deux types de programmes ne sont pas forcément les mêmes.

1. L'héritage: les personnes handicapées avant 1989

La Révolution de velours de novembre 1989 annonça une nouvelle période de démocratie dans ce qui était alors la Tchécoslovaquie. Le premier gouvernement démocratique depuis 1948 hérita d'un système de protection sociale financée par le budget de l'État, système qui a été décrit comme très coûteux, excessivement généreux et souvent inefficace, avec des critères d'attribution "doux" (c'est-à-dire un âge de départ en retraite relativement bas) et un grand nombre de bénéficiaires (Tomeš, 1996). Tomeš note également que deux sous-systèmes de protection sociale existaient en Tchécoslovaquie et dans la plupart des autres pays communistes, l'un pour les personnes travaillant et l'autre pour les personnes autorisées à ne pas travailler, c'est-à-dire les personnes gravement handicapées.

1.1. L'histoire de l'assurance invalidité

L'histoire de l'assurance invalidité en Tchécoslovaquie remonte aux années 1920. La première législation en matière d'assurance, instituée sous la première

³ En octobre 2001, Socioklub publia son étude intitulée *Une Analyse de la situation économique et sociale des personnes handicapées*. Cette étude était toutefois fondée sur des recherches et des sources de données déjà existantes et elle n'introduisit donc pas de nouvelles informations dans le domaine.

République tchécoslovaque (celle de l'entre-deux-guerres) établit un système bismarckien hautement sélectif, qui accordait un statut privilégié à un certain nombre de travailleurs, par exemple aux mineurs, qui se voyaient attribuer des niveaux de pension d'invalidité ou de vieillesse plus élevés que les autres⁴.

Le gouvernement Beneš de l'immédiat après-guerre fit voter la Loi sur la caisse nationale d'assurance de 1948, qui introduisit des éléments du modèle beveridgien. Elle instituait des critères d'ouverture des droits auprès de l'assurance pensions valables pour tous les travailleurs et abolissaient les privilèges des mineurs. Le niveau de la pension d'invalidité était également le même pour tous et il était identique à celui de la pension de vieillesse. *Une personne avait droit à une pension d'invalidité si, du fait d'un mauvais état de santé prolongé (au moins un an), ses revenus avaient substantiellement diminué.* Une baisse substantielle des revenus était définie comme une diminution de plus de la moitié. Le principal critère d'ouverture des droits était une durée minimale de travail de quatre ans au cours des cinq années précédant le début de l'invalidité. Si l'invalidité était causée par un accident du travail, une telle condition de durée de travail n'avait pas à être remplie.

Quand le Parti communiste arriva au pouvoir, la Caisse nationale d'assurance nouvellement instituée fut abolie et, avec elle, le principe de l'assurance au sein de la sécurité sociale, puisque alors les prestations commencèrent à être financées par l'impôt. Les critères d'attribution furent modifiés en 1956, de sorte que les personnes d'âges différents étaient soumises à des exigences différentes en matière de nombre d'années travaillées. De plus, la nouvelle législation définissait trois catégories de travail, avec des degrés différents de risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle:

- la première catégorie, pour les types de métiers impliquant un très haut degré de risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle, comme mineur, personnel navigant, marin de la marine marchande et employé des centrales nucléaires. Ces employés se voyaient attribuer une pension d'invalidité d'un niveau plus élevé et la durée de travail requise d'eux était plus courte que la moyenne;

⁴ S'ils avaient travaillé dans une mine souterraine durant une longue période de temps, les mineurs bénéficiaient également d'un âge de départ à la retraite précoce.

- la deuxième catégorie, comprenant les types de métiers ayant un degré moindre, mais toujours significatif de risque, comme ceux des personnes entrant en contact avec des matières potentiellement dangereuses; et
- la troisième catégorie, pour les activités n'appartenant ni à la première ni à la deuxième catégorie.

Contrairement à une vue répandue des régimes communistes, la couverture fournie par le système de pension n'était en rien universelle. Selon les termes du préambule de la Loi n° 100 de 1988 sur la Sécurité sociale, «tous les citoyens ont droit à la sécurité sociale». Pourtant, en réalité, un *traitement de faveur* était accordé aux travailleurs manuels et à certains autres groupes d'employés. Les pilotes et les artistes avaient droit à une sorte particulière de pension de vieillesse, en fonction de la durée de leurs services. Des pensions (de vieillesse) à titre personnel étaient versées à des travailleurs particulièrement méritants, la plupart d'entre eux étant des membres haut placés du Parti communiste.

Les travailleurs qui étaient assurés contre l'invalidité comprenaient les employés suivants (par opposition aux travailleurs indépendants): membres des coopératives agricoles, membres des coopératives industrielles, soldats, et policiers. Les travailleurs indépendants étaient victimes de discrimination au sein du régime de pension, les critères d'attribution étant pour eux fixés par une législation spéciale. L'âge de la retraite pour travailleurs indépendants était de 65 ans (par opposition à 60 ans pour les hommes employés et à entre 53 et 57 ans pour les femmes employées, en fonction du nombre d'enfants). En outre, le niveau des pensions de vieillesse était fixé en montants forfaitaires, au lieu d'être lié aux revenus.

Selon la Loi de 1988, certains besoins spéciaux étaient aussi pris en compte; à côté des deux sortes de pensions d'invalidité de base (totale ou partielle), étaient versés une pension sociale et un complément à la pension d'invalidité pour incapacité. Pour avoir droit à ce complément, il fallait avoir besoin de l'assistance d'une tierce personne. Ce complément s'élevait à 200–600 CSK, en fonction du degré d'incapacité⁵. Une pension sociale était attribuée aux personnes handicapées qui atteignaient 65 ans et dont la pension d'invalidité était l'unique revenu. Le montant de cette pension sociale variait en fonction

⁵ Le salaire moyen en 1988 était de 3 095 CSK.

du nombre de personnes vivant sous le même toit et pouvait atteindre entre 1000 et 1700 CSK.

Selon la Loi de 1988, une personne était considérée comme handicapée si, du fait d'un état de santé défavorable prolongé, elle:

- était incapable d'exercer une activité rémunérée (ou si elle en était capable seulement dans des conditions de travail très aménagées) parce que cela nuirait gravement à sa santé;
- devenait handicapée par suite d'une maladie liée au travail, avait travaillé le nombre d'années nécessaires, et ne remplissait pas les conditions pour pouvoir demander une pension de vieillesse;
- devenait handicapée par suite d'un accident du travail (aucune durée de travail minimale n'est nécessaire);
- était handicapée depuis l'enfance⁶.

Même si le nombre d'années de travail nécessaires pour ouvrir droit à une pension d'invalidité variait selon la catégorie d'âge, il s'agissait en fait d'une très courte période de temps (de 1 à 5 ans pour les personnes ayant plus de 28 ans). La période durant laquelle les années de travail devaient être effectuées correspondait aux 10 années précédant l'apparition de l'invalidité.

Une pension d'invalidité partielle était accordée au citoyen qui était considéré comme partiellement handicapé et qui avait été employé durant le nombre d'années requis pour avoir droit à cette pension, ou qui était devenu partiellement handicapé par suite d'un accident du travail. Un citoyen était traité comme étant partiellement handicapé si son mauvais état de santé prolongé ne lui permettait de continuer à exercer son activité rémunérée antérieure, ou une activité similaire, que dans des conditions de travail très aménagées, ou lui permettait d'exercer d'autres tâches, moins exigeantes, ce qui entraînait une réduction substantielle de ses revenus. (Aux yeux de la loi, les revenus étaient considérés comme ayant baissé de façon substantielle, s'ils étaient réduits d'un tiers). Un citoyen était aussi considéré comme partiellement handicapé dans les cas où, sans que ses revenus aient baissé de façon substantielle,

⁶ Selon la Loi de 1988, les jeunes à qui leur handicap ne permettait pas de commencer à travailler étaient exemptés de devoir justifier d'un certain nombre d'années de travail.

les actes ordinaires de la vie lui étaient devenus substantiellement plus difficiles à exécuter. (Les types de déficiences physiques rendant les actes ordinaires de la vie extrêmement difficiles étaient définis par un décret gouvernemental spécial).

Le niveau de la pension d'invalidité partielle était moitié moins élevé que celui de la pension d'invalidité totale. Les titulaires d'une pension d'invalidité partielle étaient autorisés à travailler mais il y avait un plafond à leur revenu. Si une personne partiellement handicapée gagnait plus que les deux tiers de sa pension, sa pension lui serait supprimée. Si une personne avait à la fois droit à une pension de vieillesse et à des prestations d'invalidité totale ou partielle, ce bénéficiaire pouvait choisir sa prestation.

Le montant de la pension (d'invalidité) dépendait principalement de ce qui était appelé les "mérites dûs au travail":

- le nombre d'années de travail,
- le montant des revenus, et
- la catégorie de travail dans laquelle sa profession avait été classée.

Le versement de la pension était caractérisé par une construction à deux niveaux: le montant de la pension d'invalidité attribuée était constitué d'un montant de base et d'un montant proportionnel. Ceux-ci variaient selon la catégorie de travail et le nombre d'années de travail⁷. Le montant total des prestations pouvait atteindre 90 ou 95% du revenu moyen d'une personne. La Loi stipulait également des montants absolus maximum et minimum pour la pension d'invalidité. Les montants maximum étaient de 3 800, 3 250, 2 900, et 2 800 CSK, (en fonction de la catégorie de travail) le minimum étant 550 CSK⁸. Une pension d'invalidité attribuée à la suite d'un accident du travail se voyait majorée de 10%.

⁷ Si une personne avait été employée au moins 25 ans avant l'apparition de son invalidité, le montant de base était égal à 60% du revenu mensuel moyen pour la première catégorie de travail, à 5% pour la deuxième et à 50% pour la troisième. En fonction du nombre d'années de travail et de la catégorie de travail, des pourcentages de majoration étaient attribués, à savoir 2% (première catégorie de travail), 1,5% (deuxième catégorie de travail) et 1% (pour les autres) du revenu mensuel moyen pour chaque année travaillée.

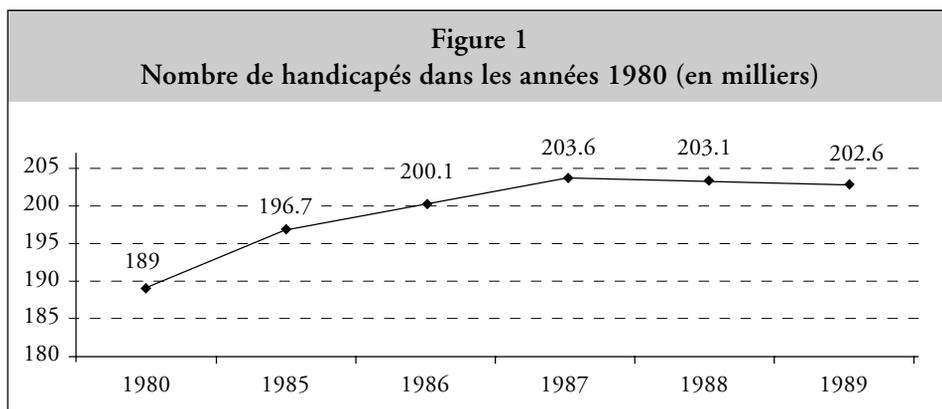
⁸ Le salaire mensuel moyen en 1988 était de 3 095 CSK.

Du fait de la nature du système économique communiste, l'inflation n'existait pas. C'est pourquoi, en théorie, il n'y avait aucune raison d'augmenter le niveau des prestations. Toutefois, en réalité, les salaires augmentaient d'un petit montant chaque année, et puisque les pensions liquidées étaient liées au salaire antérieur, avec le temps, une situation fut créée où les pensions nouvellement liquidées étaient considérablement supérieures à la moyenne des pensions (Müller, 1999).

En ce qui concerne les pensions d'invalidité, la Loi sur la Sécurité sociale de 1988 présentait un grave défaut en ce qu'elle encourageait une couverture sélective et un traitement de faveur pour certaines catégories de travailleurs. En outre, y faisaient défaut des critères objectifs pour apprécier l'invalidité, ce qui ouvrait la porte à une inégalité de traitement encore plus grande entre les citoyens et conduisait à une augmentation globale du nombre de pensions attribuées.

1.2 *Le profil des titulaires d'une pension d'invalidité dans les années 1980*

Au début des années 1980, il existait 189 000 personnes handicapées, dont 123 000 (65%) recevaient une pension d'invalidité, soit environ quatre pourcent de la main d'œuvre totale. Le nombre de personnes handicapées augmentait chaque année. En 1988, la tendance s'inversa quelque peu, et une légère diminution du nombre de personnes handicapées se produisit (voir Figure 1).



Source: Ministère de la Santé

L'augmentation du nombre de nouvelles pensions d'invalidité totale attribuées au cours des années 1980 était supérieure d'un tiers à celle du nombre de pensions d'invalidité partielle, alors que la prédiction statistique d'une distribution normale aurait tendance à suggérer la tendance opposée (voir Tableau 1).

Tableau 1
Le nombre de pensions d'invalidité nouvellement liquidées et le nombre total de pensions d'invalidité au cours de la période 1980–1990

Année	Nombre de nouvelles pensions		Nombre total de pensions	
	Invalidité totale	Invalidité partielle	Invalidité totale	Invalidité partielle
1980	21 150	14 042	294 982	111 064
1985	22 667	14 859	297 001	114 409
1989	22 181	14 859	298 577	121 559

Source: Administration de la Sécurité sociale tchèque, *Annuaire statistique de l'assurance pensions, 1980–1990*

Comme il a été noté, le nombre total des pensions d'invalidité totale et partielle augmentait année après année, menant à un accroissement de la dépense totale en matières de pensions d'invalidité. Au début des années 1980, la dépense totale s'élevait à 5,9 milliards de CSK (1,42% du PIB); à la fin de la décennie, elle avait augmenté jusqu'à atteindre 7,8 milliards de CSK (1,48% du PIB) (voir Tableau 2).

Ces tendances peuvent s'expliquer par l'espèce de douceur et de bienveillance que mettaient fréquemment dans l'appréciation de l'invalidité les médecins, que rien n'incitait à maintenir les dépenses de pensions d'invalidité à un niveau peu élevé.

Le montant moyen de la pension d'invalidité (totale et partielle) augmenta légèrement par rapport au revenu brut durant cette période. En 1980, la pension d'invalidité totale s'élevait à 52% du revenu moyen dans l'ensemble de l'économie, tandis qu'en 1989, elle atteignait presque 60%. Le niveau moyen de la pension d'invalidité partielle équivalait à 30% du revenu moyen au début des années 1980 et avait augmenté légèrement pour atteindre 31% à la fin de la décennie (voir Tableau 3).

Tableau 2
La dépense totale en matière de pensions d'invalidité dans les années 1980
(milliards de CSK en valeur nominale, et en pourcentage du PIB)

Dépense totale en matière de pensions d'invalidité	1980	1985	1989
En milliards de CSK	5,9	7,1	7,8
En pourcentage du PIB	1,42	1,46	1,48

Source: Agence tchèque de statistique, *Annuaire statistique*, 1995; Administration de la Sécurité sociale tchèque, *Annuaire statistiques de l'assurance pensions, 1980–1990*.

Tableau 3
Montant moyen des pensions d'invalidité dans les années 1980
(en chiffres absolus et relatifs)

Montant	1980	1985	1989
Pension d'invalidité totale			
En CSK, en chiffres absolus	395	1602	1873
En pourcentage du revenu mensuel brut moyen	52,5	54,9	59,1
Pension d'invalidité partielle			
En CSK, en chiffres absolus	781	914	993
En pourcentage du revenu mensuel brut moyen	29,4	31,3	31,3

Source: Agence tchèque de statistique, *Annuaire statistique*, 1995; Administration de la Sécurité sociale tchèque, *Annuaire statistiques de l'assurance pensions, 1980–1989*.

L'âge moyen auquel les pensions d'invalidité totale étaient attribuées était de 56 ans, tandis que celui auquel les pensions d'invalidité partielle étaient attribuées était de 47 ans en moyenne dans les années 1980. Le plus grand nombre de titulaires d'une pension d'invalidité totale était dans la catégorie d'âge de plus de 60 ans, le nombre le plus élevé de titulaires d'une pension d'invalidité partielle étant dans la catégorie d'âge des 40–49 ans. Il n'y eut aucun changement significatif dans la structure d'âge des titulaires de pensions d'invalidité au cours des années 1980 (voir Tableau 4).

Tableau 4
Le nombre de pensions d'invalidité par catégorie d'âge dans les années 1980
(en chiffres absolus et relatifs)

Groupes d'âge	1980				1989			
	Invalidité totale		Invalidité partielle		Invalidité totale		Invalidité partielle	
0-19	296	0,1%	107	0,1%	1 343	0,4%	229	0,1%
20-24	1 837	0,6%	1 309	0,1%	5 598	1,9%	1 659	1,4%
25-29	5 575	1,9%	3 424	3,1%	6 973	2,3%	3 152	2,6%
30-39	18 874	6,4%	17 382	15,6%	25 182	8,4%	20 499	16,9%
40-49	33 564	11,4%	35 675	32,1%	47 192	15,8%	48 001	39,9%
50-54	40 852	13,8%	29 118	26,2%	35 101	11,7%	26 543	21,8%
55-59	61 949	21%	20 346	18,3%	54 081	18,1%	18 908	15,5%
60 et +	131 435	44,6%	3 703	3,3%	81 036	27,1%	2 588	2,1%

Source: Administration de la Sécurité sociale tchèque, *Annuaire statistique de l'assurance pensions, 1980-1989.*

Dans les années 1980, les pensions d'invalidité furent attribuées à plus d'hommes que de femmes. 60% des pensions d'invalidité totale furent attribués à des hommes et 40% à des femmes. Une configuration similaire peut être observée en ce qui concerne l'attribution de nouvelles pensions d'invalidité partielle (75% furent attribuées à des hommes et 25% à des femmes). A la fin des années 1980, la situation ne changea pas significativement.

1.3. L'activité économique des personnes handicapées au cours des années 1980

Dans la Tchécoslovaquie communiste, tous les citoyens avaient le droit, tout autant que l'obligation, de travailler: officiellement, le chômage n'existait pas. Toutefois, des règles différentes en matière de travail s'appliquaient aux citoyens dont le mauvais état de santé prolongé causait l'invalidité. Un certain nombre de personnes handicapées étaient capables de travailler dans des conditions, soit normales, soit légèrement aménagées. Les personnes handicapées présentant des handicaps de moindre gravité et qui étaient capables de travailler, étaient

employées dans des ateliers spécialement conçus pour elles ou dans des coopératives industrielles⁹. Les personnes plus gravement handicapées se voyaient autorisées à s'abstenir de travailler. Cette catégorie était, toutefois, une sorte de fourre-tout pour des gens atteints de différents types de handicaps, depuis les personnes les plus gravement handicapées jusqu'à celles atteintes des troubles fonctionnels les plus légers (par exemple, le mal de dos chronique). Ce statut entraînait souvent des abus, puisque de telles personnes étaient libres de travailler dans l'économie souterraine et de gagner des revenus non imposés. Cela pourrait expliquer pourquoi le nombre de personnes handicapées augmenta, même s'il n'y avait apparemment pas de détérioration de l'état de santé de la population en général. Une autre raison était le mauvais fonctionnement du processus de réadaptation ainsi que la relative générosité des indemnités pour accident de travail ou maladie professionnelle (voir *infra*).

1.4. *La réadaptation*

Entre 1945 et 1948, la réadaptation en Tchécoslovaquie prit un essor rapide, stimulée par le grand nombre d'anciens combattants exigeant un traitement. L'ergothérapie, traitement qui implique le travail ou la rééducation professionnelle et qui vise à aider les gens handicapés à regagner le monde du travail (en Tchécoslovaquie, l'agriculture), devint rapidement une méthode populaire pour traiter l'invalidité, et un centre de formation spécial fut créé pour former ergothérapeutes et physiothérapeutes. Toutefois, cette évolution positive connut un coup d'arrêt après la prise du pouvoir par les communistes en 1948. En 1951, tous les départements de physiothérapie furent, d'autorité, rebaptisés départements de réadaptation. Cela donna naissance à l'erreur fondamentale selon laquelle il n'y aucune différence entre réadaptation et physiothérapie et selon laquelle la réadaptation est un domaine de la médecine s'occupant principalement de problèmes moteurs et de symptômes douloureux, plutôt qu'un domaine soucieux d'aider les personnes handicapées à regagner le monde du travail (Pfeifer, 2000).

⁹ Les coopératives industrielles sont des lieux de travail spécialement aménagés avec des entrées sans barrières et des équipements médicaux et de rééducation professionnelle qui emploient des personnes handicapées. La proportion de personnes handicapées parmi les employés, nécessaire pour obtenir le soutien financier de l'Etat était de 60 % au début des années 1990. En l'an 2000, ce quota fut réduit à 50%.

Un coup supplémentaire fut porté à la réadaptation des personnes handicapées avec la fermeture du ministère des Affaires sociales par le gouvernement communiste, la raison étant qu'un tel ministère n'était plus nécessaire dans une société qui, officiellement, n'avait pas de problèmes sociaux. Cela mena à une réduction de l'offre de réadaptation et à une augmentation du nombre de personnes handicapées traitées dans des établissements de santé.

La Tchécoslovaquie communiste ne pouvait toutefois pas ignorer totalement les recommandations des organisations internationales actives dans le domaine de la protection sociale des personnes handicapées. La Tchécoslovaquie adopta la Recommandation de 1955 de l'OIT concernant la réadaptation des personnes handicapées. En conséquence, la politique de réadaptation commença à faire des progrès (Pfeifer, 2000). Le principal problème, toutefois, était que l'attention la plus grande était portée aux personnes atteintes de déficiences légères. Les personnes gravement handicapées continuaient à ne recevoir que des soins passifs dans des établissements. Dans l'ensemble, il est juste de dire que les autorités responsables témoignaient peu d'intérêt au développement d'un processus de réadaptation visant à faire réintégrer le monde général du travail aux personnes handicapées et à éviter qu'elles ne soient isolées dans des coopératives industrielles ou des ateliers spéciaux.

1.5. L'indemnisation des accidents du travail ou des maladies professionnelles

Une telle indemnisation était, durant la période communiste, de la responsabilité de l'employeur. Puisque pratiquement toutes les entreprises étaient propriété de l'Etat, ces paiements étaient en fait effectués par l'Etat. Le montant des indemnités était généreux et agissait souvent comme une incitation à ne pas retourner travailler¹⁰.

¹⁰ Il y avait différents types d'indemnités: pour la perte de revenus, pour la souffrance et la perte de l'aptitude à jouer pleinement un rôle dans la société, pour les coûts liés aux traitements médicaux, pour les dommages matériels. Si un employé décédait à la suite d'un accident lié au travail ou d'une maladie professionnelle, l'employeur était tenu de fournir:

- le remboursement des coûts entraînés par le traitement médical antérieur;
- le remboursement des frais (raisonnables) liés aux funérailles;
- le remboursement des coûts d'entretien des survivants (autres que la pension de survivant);
- des dommages-intérêts en un versement global unique à ses survivants; et
- une indemnisation des dommages matériels.

L'indemnisation pour la perte du revenu durant la période d'incapacité de travail et ensuite, visait à rendre le revenu total que le bénéficiaire tirait des prestations (indemnités de maladie ou pension d'invalidité) égal à celui de son revenu antérieur à l'accident ou à la maladie. Le bénéficiaire avait droit à ce niveau d'indemnisation jusqu'à l'âge de 65 ans (à supposer que l'invalidité persiste encore).

Le montant des indemnités versées dépendait du montant du revenu mensuel antérieur, jusqu'à un maximum. En 1981, ce plafond était de 3 000 CSK par mois, à l'exception des 12 premiers mois¹¹. En 1986, les indemnités versées pouvaient atteindre 2 500 CSK¹². Au cas où les revenus mensuels antérieurs auraient excédé ce montant, alors, les indemnités étaient majorées de 50% de la différence entre ce montant et les revenus antérieurs.

2. La protection contre l'invalidité dans les premières années de la transition

Pendant les premières années de la transition en Tchécoslovaquie (1990–1995) (République tchèque à partir de 1993), eurent lieu, en matière de politique sociale, plusieurs changements importants qui affectèrent les prestations et les services aux personnes handicapées. Ces changements sont examinés dans les paragraphes suivants.

La réforme économique des premières années de la transition, en 1990–1991, s'accompagna d'une réforme du système de sécurité sociale. Les principes fondamentaux de la réforme furent posés dans le *Scénario des réformes sociales*, lequel fut approuvé par le Parlement (en même temps que le *Scénario des réformes économiques*) en juin 1990. Dans le domaine de la sécurité sociale, le *Scénario* décrivait la situation initiale de la façon suivante:

...le système de sécurité sociale sous le régime précédent a mené à un lent appauvrissement des pensionnés, du fait de la divergence croissante entre salaires et pensions versées, lesquelles étaient proches de la barre de pauvreté. Une des conséquences du système communiste de sécurité sociale fut une disparité croissante entre les pensions selon la période où elles avaient été liquidées.

¹¹ Au début des années 1980, le salaire mensuel moyen (brut) était de 2 656 CSK.

¹² En 1986, le salaire mensuel moyen (brut) était de 2 964 CSK.

Selon le *Scénario*, il ne fallait pas se contenter d'éliminer les aspects négatifs et les problèmes de la politique communiste en matière sociale. Il était jugé nécessaire de transformer la totalité du système de protection sociale en un système adapté aux exigences de l'économie de marché. Le nouveau système de protection sociale devait être constitué de trois sous-systèmes:

- l'assurance sociale (caisse des pensions, assurances maladie et chômage);
- les prestations sociales de l'Etat (prestations aux familles avec enfants); et
- l'assistance sociale (prestations sociales et services sociaux liés aux ressources).

A cause du caractère très général du *Scénario des réformes sociales*, l'attention ne fut pas appelée sur les questions soulevées par les groupes spécifiques, c'est-à-dire les personnes handicapées, la seule référence à ce sous-groupe étant une déclaration selon laquelle «*la politique sociale concernant les groupes sociaux spécifiques atteints de handicaps ou victimes de problèmes sociaux sera modifiée*».

L'institution du nouveau système de protection sociale demandait, toutefois, un certain temps de préparation et de mise en place. En conséquence, durant les premières années de transformation économique et sociale, l'attention se concentra principalement sur l'amélioration des lois existantes et la réparation ou l'élimination des plus grandes zones de problèmes. Dans le régime des pensions, cela signifia principalement l'introduction du principe de l'égalité de traitement pour tous les types d'employés. Le statut préférentiel accordé sous le régime communiste aux membres du Parti communiste et à certains autres groupes de travailleurs privilégiés fut aboli, tout comme le furent les pensions à titre personnel (par exemple, pour les pilotes et les artistes, tel qu'indiqué dans notre section 1.1) et les catégories de travail. En même temps, toute discrimination contre les travailleurs indépendants fut supprimée (voir section 1.1). Ces mesures signifèrent que presque toutes les personnes actives économiquement acquirent des droits à pension dans les mêmes conditions. Cela créa d'excellentes conditions pour de nouvelles réformes dans le domaine des pensions.

En même temps, il était nécessaire d'assurer un niveau de vie minimal aux gens qui allaient souffrir de l'augmentation des prix ou qui avaient perdu leur emploi. Le gouvernement était bien conscient de la menace potentielle de problèmes sociaux qui pourraient surgir si la hausse de l'inflation et du chômage atteignait des niveaux critiques et si les gens ne bénéficiaient pas d'une sécurité suffisante. C'est pourquoi les premières transformations économiques

fondamentales (libéralisation des prix et du commerce) furent accompagnées par l'adoption rapide d'une nouvelle législation sur la protection sociale (Décret gouvernemental n° 99 de 1991 sur le Salaire minimum, Loi n° 482 de 1991 sur les besoins sociaux, Loi n° 463 de 1991 sur le Minimum vital, Décret gouvernemental n° 312 de 1990 sur la sécurité matérielle des chômeurs, etc.).

En ce qui concerne les pensions, un mécanisme d'ajustement fut introduit par un amendement à la Loi n° 100 de 1988 sur la Sécurité sociale, adoptée avant la transition. Les pensions devaient être augmentées si l'index général des prix à la consommation augmentait d'au moins 10%¹³. Aussi bien que l'évolution des prix, la hausse des salaires réels devait être prise en compte. L'augmentation était édictée par décret gouvernemental plutôt que par l'introduction d'une longue législation parlementaire, afin de pouvoir réagir plus rapidement aux hausses de prix.

Un chômage déclaré était un phénomène complètement nouveau pour la population tchèque. Toutefois, à la différence de plusieurs autres pays en transition, la République tchèque eut à subir un chômage relativement faible durant l'ensemble de la période transitoire de 1990–1995, avec un taux tournant autour de 3%¹⁴. Ce chômage était concentré de manière disproportionnée parmi certains groupes – par exemple, les femmes au sortir d'un congé maternité, les immigrés, les jeunes sans diplôme scolaire et les personnes handicapées – qui tous étaient plus vulnérables que d'autres au changement de climat économique.

En 1991, il y avait 17 000 personnes handicapées inscrites auprès des agences pour l'emploi, ce qui représentait 8% du nombre total des chômeurs (inscrits). Les personnes handicapées, dont beaucoup possédaient des aptitudes et des qualifications moindres et qui étaient considérées par de nombreux employeurs comme des employés moins productifs, furent rapidement poussées hors du

¹³ The trigger was lowered to five percent in 1998.

¹⁴ L'évolution du chômage jusqu'en 1995 peut être divisée en deux phases: la première phase, de 1990 à 1993, est associée à une chute brutale du nombre d'emplois, à une hausse légère du chômage et à une forte augmentation du nombre de personnes quittant le marché du travail (le nombre de personnes exerçant une activité économique baisse de 240 000). Les personnes quittant le marché du travail étaient surtout des titulaires d'une pension exerçant un travail et des femmes. La seconde phase, en 1994–1995, est associée à une renaissance économique, qui eut pour effet une hausse du nombre des emplois et un léger recul du chômage.

marché du travail normal. En outre, les métiers traditionnellement exercés par les personnes handicapées cessèrent d'exister dans les conditions du marché. Même s'il n'existe pas de statistiques officielles disponibles, des recherches qualitatives indiquent qu'un nombre significatif d'entreprises qui employaient traditionnellement des personnes handicapées, ainsi que d'ateliers spécialement conçus pour eux, furent incapables de survivre à une dure concurrence, en dépit de l'aide qu'ils recevaient de l'État (Karpíšek et coll., 1997).

En conséquence, une priorité majeure pour les personnes handicapées fut d'appeler l'attention des autorités compétentes sur leurs souffrances et de chercher à s'insérer sur le marché du travail et dans la société dans son ensemble.

En 1991, le gouvernement tchèque mit sur pied une Commission gouvernementale pour les personnes handicapées, dont le but était de façonner une législation adaptée au statut et aux besoins spécifiques de ce groupe de personnes. En 1992, la Commission publia son *Etude sur la situation des personnes handicapées et les problèmes les plus importants à résoudre*, dans laquelle les priorités dans le domaine de la sécurité sociale pour les personnes handicapées étaient identifiées. On considéra comme la première priorité la nécessité d'instituer un nouveau système d'appréciation de l'état de santé à des fins de sécurité sociale et la création d'un registre des personnes handicapées¹⁵. Un autre but de la Commission était de maintenir les personnes handicapées au travail dans la mesure la plus large possible. Pour atteindre ce but, la Commission proposa tout un éventail de mesures, comprenant la préparation d'une nouvelle législation favorisant l'emploi des personnes gravement handicapées et la création de nouveaux ateliers spécialement conçus pour elles, et en partie financée par l'État. Après un premier document, qui analysait la situation des personnes handicapées en République tchèque, la Commission poursuivit, pour consolider ces mesures, par un document intitulé *Plan national d'aide aux personnes handicapées, 1992–1994*.

¹⁵ La manière d'apprécier l'état de santé et la procédure d'attribution des pensions d'invalidité ou du statut de citoyen à capacité de travail réduite existantes étaient considérées comme bienveillantes et manquant d'objectivité.

2.1. *L'assurance pensions*

Le financement des assurances sociales, y compris de l'assurance invalidité, fut transféré en 1993 au paiement d'une cotisation spéciale étrangère au système fiscal. L'Administration de la Sécurité sociale tchèque fut chargée de collecter ces primes d'assurance. Les cotisations versées à l'assurance pensions furent incluses dans le budget de l'Etat, une disposition qui fut violemment critiquée, en particulier par les syndicats. Ces derniers étaient fortement opposés à ce que tous les excédents soient dissous dans le budget de l'Etat au lieu d'être accumulés en vue d'un temps où les cotisations ne seraient pas suffisantes pour couvrir le versement des prestations¹⁶.

Les cotisations à l'assurance pensions furent fixées à un certain pourcentage du revenu brut. Un quart provenait du salaire de l'employé et les trois quarts étaient versés par l'employeur. La prime d'assurance fut établie à 6,5% du salaire brut pour les employés et à 19,5 % pour les employeurs. Les travailleurs indépendants versaient des cotisations à l'assurance pensions égales à 26 % de leur assiette fiscale.

Même si l'Administration de la Sécurité sociale tchèque fut chargée de percevoir les cotisations d'assurance sociale en 1993, elle avait reçu la responsabilité d'administrer les prestations d'assurance sociale dès 1991. Il s'agit d'une institution publique rattachée au ministère du Travail et des Affaires sociales. Ses coûts de fonctionnement sont financés par le budget de l'Etat et ses tâches principales sont de *recouvrer* les cotisations de l'assurance pensions, de l'assurance maladie et de l'assurance chômage; de *calculer* le montant des pensions et de les *verser*.

2.2. *La nature des pensions d'invalidité dans la première moitié des années 1990*

Dans le domaine de l'assurance invalidité, les tendances des années 1980 se poursuivirent durant la première moitié des années 1990: il y avait nettement plus de personnes touchant des pensions d'invalidité totale que de personnes touchant des pensions d'invalidité partielle et, également parmi les pensions nouvellement liquidées, il y avait plus de pensions d'invalidité totale que de

¹⁶ En 1996, un compte distinct au sein du budget de l'Etat fut instauré pour les cotisations à l'assurance pensions. En revanche, les cotisations aux assurances maladie et chômage restèrent incluses dans le budget de l'Etat.

pensions d'invalidité partielle. Le nombre total de bénéficiaires d'une pension d'invalidité augmenta, en particulier celui des titulaires d'une pension d'invalidité totale. De 1990 à 1995, le nombre total de bénéficiaires d'une pension d'invalidité totale s'accrut de 20%. Sur la même période, le nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité partielle diminua de 10% (voir Tableau 5).

Tableau 5
Pensions d'invalidité nouvellement liquidées
et nombre total de pensions d'invalidité servies, 1990–1995

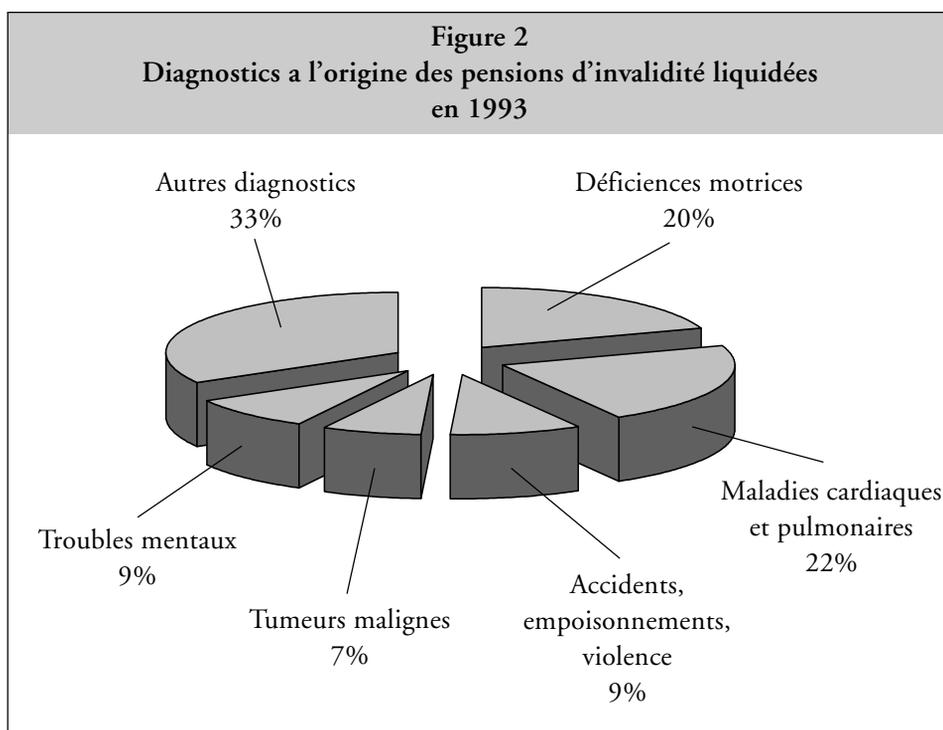
Année	Nouvelles pensions d'invalidité		Nombre total de pensions d'invalidité	
	Invalidité totale	Invalidité partielle	Invalidité totale	Invalidité partielle
1990	22 951	15 649	305 380	123 884
1991	27 927	15 814	319 468	120 922
1992	29 646	15 197	333 938	116 659
1993	30 867	14 217	349 093	112 845
1994	28 598	11 883	360 601	110 130
1995	25 177	13 642	369 648	110 483

Source: Administration de la Sécurité sociale tchèque, *Annuaire statistique de l'Assurance pensions, 1990–1995.*

En 1990, environ 305 000 personnes recevaient une pension d'invalidité totale (2,9% de la population totale), et près de 124 000 personnes recevaient une pension d'invalidité partielle (1,2% de la population totale). En l'espace de cinq ans, la proportion de titulaires d'une pension d'invalidité totale par rapport à la population générale atteignit 3,6%, tandis que la proportion de bénéficiaires d'une pension d'invalidité partielle ne changea pas significativement.

La répartition par âge et par sexe des titulaires d'une pension d'invalidité ne changea pas significativement durant la première moitié des années 1990. Il y avait toujours plus d'hommes que de femmes (le ratio était approximativement de trois pour deux). L'âge moyen des pensionnés en 1995 était de 54 ans; les titulaires d'une pension d'invalidité partielle étaient un peu plus jeunes, ayant en moyenne 46 ans.

En ce qui concerne le type de handicap physique ou mental, l'Administration de la Sécurité sociale tchèque n'a rassemblé de données sur les diagnostics des bénéficiaires des pensions d'invalidité que jusqu'en 1993; la répartition récente des taux d'attribution de pensions d'invalidité n'est donc pas connue. Ces données révèlent que les pensions d'invalidité étaient le plus souvent attribuées pour des motifs de maladies cardiaques et pulmonaires et de déficiences motrices, de troubles mentaux et de maladies du système nerveux (voir Figure 2).



Source: Administration de la Sécurité sociale tchèque, *Statistiques sur les causes d'invalidité*.

Le coût total des pensions d'invalidité continua à augmenter dans la première moitié des années 1990 à cause de l'accroissement du nombre de pensions d'invalidité nouvellement liquidées. En 1990, le coût des pensions d'invalidité équivalait à 1,31 % du PIB, pour augmenter jusqu'à atteindre 1,45% en 1995 (voir Tableau 6).

Tableau 6
Coût total des pensions d'invalidité dans la première moitié des années 1990
(en milliards de CSK et en pourcentage du PIB)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Pension d'invalidité partielle	1,6	1,8	1,8	1,9	2,1	3,0
Pension d'invalidité totale	6,6	8,2	9,5	11,5	13,5	17,0
Coût total des pensions d'invalidité						
En milliards de CSK (puis CZK)	8,2	10,0	11,3	13,4	15,6	20,0
En pourcentage du PIB	1,31	1,33	1,34	1,31	1,32	1,45

Source: *Administration de la Sécurité sociale tchèque*, *Annuaire statistique de l'Assurance pensions, 1990–1995*. *Institut de recherche sur le travail et les affaires sociales*, *Évolution des principaux indicateurs économiques et sociaux en République tchèque, 1990–1999*.

2.3. Les politiques de l'emploi en faveur des personnes handicapées au début des années 1990: les personnes handicapées sur le marché du travail

A cause de l'augmentation significative du nombre de pensions d'invalidité attribuées sur la période allant de 1990 à 1995, la Commission gouvernementale pour les personnes handicapées et les ONG de handicapés regardèrent le maintien des personnes handicapées dans un emploi comme une priorité majeure.

Les coopératives industrielles étaient le plus grand employeur de cette population au début des années 1990. Jusqu'en 1993, les coopératives industrielles bénéficièrent d'importants allègements fiscaux. Elles payaient seulement 10% d'impôt sur la masse salariale totale (une forme d'impôt propre à l'ex-Tchécoslovaquie), alors que les autres entreprises payaient 50%. Quand le nouveau régime fiscal fut instauré en 1993, l'impôt sur la masse salariale totale fut aboli et les coopératives industrielles se virent assujetties au même taux d'imposition (impôt sur les sociétés). Dans le même temps, tous les avantages possibles jusqu'alors furent supprimés (allègements fiscaux, marché captif) et remplacés partiellement par un système de subventions publiques (Tomíšková, 1992). Au bout du compte, ces changements menèrent à une détérioration considérable de la situation des coopératives industrielles et des autres établissements

employant des personnes handicapées. Tout d'un coup, ces établissements devaient rivaliser avec d'autres firmes et entreprises dans les mêmes conditions économiques, ce qui entraîna une pression concurrentielle entièrement nouvelle pour eux.

En conséquence, entre 1990 et 1995, le nombre total de travailleurs employés par des coopératives industrielles diminua de plus de la moitié, le nombre de travailleurs handicapés diminuant, lui, de 60% (voir Tableau 7). Les coopératives industrielles se trouvèrent dans une situation difficile. Beaucoup d'entre elles devinrent déficitaires, parce que les subventions publiques ne couvraient pas tous les coûts liés au bas niveau de production et au taux de maladie élevé parmi leurs travailleurs.

Tableau 7
L'emploi dans les coopératives industrielles, 1990–1995

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	Indice 1995/1990 en %
Nombre total de travailleurs dans les coopératives industrielles	21 233	17 440	13 842	12 713	10 864	9 920	- 53,3
Dont: Handicapés	12 687	10 947	7 277	6 547	5 760	5 202	- 59,0
Gravement handicapés	2 962	2 316	1 310	1 371	1 141	1 034	- 65,1

Source: Ministère des Finances, Fédération des coopératives industrielles tchèques et moraves.

Les principaux problèmes rencontrés par les coopératives industrielles dans les nouvelles conditions de libre concurrence incluaient:

- une diminution des commandes, puisque de nombreux clients traditionnels, en particulier les grandes entreprises industrielles, fermèrent du fait de la restructuration de l'économie;
- une baisse du nombre de contrats publics;
- la faible qualification de leurs travailleurs, ce qui réduisait d'autant l'avantage compétitif des coopératives;
- un taux de maladie plus élevé et un nombre d'heures travaillées moindre pour raisons médicales.

La plupart des coopératives étaient déficitaires, et beaucoup devinrent des filiales d'autres entreprises, qui subventionnaient souvent leur fonctionnement.

La loi permettait aux employeurs dont la main d'œuvre comprenait au moins 60% de personnes handicapées (la plupart étant des coopératives industrielles) à recevoir des subventions de l'Etat. Les subventions étaient destinées à couvrir en partie l'augmentation des coûts associés au fait d'employer des personnes handicapées. Outre les subventions publiques, de tels employeurs avaient aussi droit à des réductions de l'impôt sur les sociétés, d'un montant indexé sur les prix. A partir de 1994, ces employeurs bénéficièrent également d'un traitement de faveur quand ils soumissionnaient pour des marchés publics.

Durant les années 1990–1991, le gouvernement tenta d'instaurer en faveur de l'emploi des personnes handicapées des mesures et des programmes qui étaient courants dans les pays occidentaux. Des amendements exprès furent introduits dans la Loi sur le travail et la Loi sur l'emploi au sujet de l'emploi des personnes handicapées. Toutefois, certains de ces amendements n'eurent pas l'effet escompté et, en fait, rendirent l'emploi des personnes handicapées plus difficile.

Selon les termes du Code du travail, il n'était pas permis d'embaucher une personne handicapée pour une période déterminée ou à l'essai. Cette disposition, destinée à protéger l'emploi des personnes handicapées, joua toutefois contre elles: les employeurs refusèrent tout simplement d'employer cette partie de la main d'œuvre. Qui plus est, cette disposition était souvent contournée par les personnes handicapées elles-mêmes, qui remettaient à la place à l'employeur une demande écrite pour obtenir un emploi à durée déterminée.

Une autre forme de protection des personnes handicapées concernait le licenciement, qui n'était possible qu'avec l'assentiment préalable de l'agence pour l'emploi (auparavant, de l'organisation des syndicats). Cet assentiment n'était pas requis si le licenciement était notifié à un employé de plus de 65 ans, si l'employeur faisait faillite, ou si une partie de l'entreprise déménageait ou était transférée à une autre entité. Dans toutes les autres circonstances, l'employeur devait trouver pour l'employé handicapé un nouveau travail adapté à effectuer.

La Loi sur l'emploi (Loi n° 1 de 1991) déterminait qui pouvait être considéré comme une personne handicapée sur le marché du travail, instituait le droit à des indemnités de chômage et établissait les obligations des employeurs en faveur des personnes handicapées. La Loi déclare: «tout citoyen a le droit d'obtenir

un travail convenable, qui corresponde à son état de santé et qui prenne en compte son âge, sa qualification et ses aptitudes tout autant que son nombre d'années de travail antérieures». Ce droit était appliqué en collaboration avec les agences pour l'emploi, qui aidaient les personnes handicapées à trouver un travail adapté ou finançaient leur rééducation professionnelle ou leur embauche dans des ateliers spéciaux, définis comme des lieux de travail où au moins 75% des travailleurs étaient handicapés. Ces ateliers spéciaux employaient essentiellement des personnes gravement handicapées, en particulier des handicapés mentaux qui étaient incapables de trouver du travail sur le marché du travail normal. Pour de telles personnes, le travail fonctionnait plutôt comme une thérapie destinée à maintenir leur potentiel de travail restant. Les agences pour l'emploi étaient capables de fournir de tels lieux de travail en subventionnant toute création d'emploi et en subventionnant en outre les coûts de fonctionnement.

La Loi sur l'emploi contenait un certain nombre de dispositions destinées à encourager le travail des personnes handicapées. Les employeurs devinrent obligés de:

- créer des conditions de travail adaptées et des postes pour les personnes handicapées;
- dresser une liste des postes adaptés;
- remplir en priorité ces postes avec des personnes handicapées; et
- permettre aux personnes handicapées d'améliorer leur qualification.

La Loi exigeait aussi des employeurs qu'ils remplissent des quotas obligatoires d'emplois de personnes handicapées. Toute entreprise employant plus de 20 personnes fut, à partir de 1991, obligée d'employer un quota d'au moins 4,5% de personnes handicapées et de 0,5% de personnes gravement handicapées. Cette obligation pouvait être remplie d'une autre manière par les entreprises: en achetant des produits ou en passant des commandes à des établissements ayant plus de 60% d'employés handicapés. Étrangement, la loi ne prévoyait aucune sanction en cas de non-respect de ces quotas. Même si aucune statistique n'est disponible, selon les collaborateurs de l'agence pour l'emploi, la plupart des employeurs n'employaient pas de personnes handicapées dans les proportions fixées par la loi (Karpíšek et coll., 1997).

Durant la période 1990–1992, les critères d'attribution des indemnités de chômage changèrent considérablement. Puisque ces changements s'appliquent

tant aux personnes handicapées qu'aux personnes valides, il est important d'en donner ici les grandes lignes. Au début des années 1990, les critères d'attribution étaient quelque peu bienveillants: quiconque perdait son emploi, terminait l'école, ou élevait un enfant de moins de trois ans avait droit aux indemnités de chômage. La durée des prestations était d'un an, le montant des indemnités équivalant à 65% de la moyenne des revenus. Les employés licenciés dans le cadre de restructurations recevaient des indemnités de chômage à hauteur de 95% de la moyenne de leurs revenus antérieurs. Aucun nombre d'années de travail préalable n'était requis; il n'y avait aucun plafond à de telles indemnités. Une telle générosité dans le versement des indemnités de chômage s'expliquait par le fait qu'il s'agissait d'une tentative de la part du gouvernement pour prévenir l'émergence de troubles sociaux massifs.

En 1991, suite à un amendement à la Loi sur l'emploi, les droits furent quelque peu restreints:

- le niveau des indemnités devint le même pour tous les demandeurs d'emploi et fut fixé à 65% du revenu mensuel net antérieur;
- un plafond fut institué.

L'amendement de 1992 à la Loi sur l'emploi fut beaucoup plus fondamental en ce que:

- la période de versement des indemnités fut réduite à une demi-année;
- le niveau des indemnités fut fixé à 60% du revenu mensuel net antérieur durant les trois premiers mois, et à 50% durant les trois autres mois; et
- parmi les demandeurs d'emploi, seules les personnes ayant travaillé au moins 12 mois au cours des trois années précédentes avaient droit aux indemnités de chômage¹⁷.

Il existait aussi des allocations spéciales pour les personnes handicapées demandeuses d'emploi et des majorations de prestations pour leur conjoint et leurs enfants. En outre, si une personne handicapée demandeuse d'emploi

¹⁷ Il existe quelques périodes substituables (équivalentes à des périodes de travail): par exemple, les périodes d'études, de rééducation professionnelle, consacrées à la garde d'un enfant de moins de trois ans (ou 18 ans si l'enfant était gravement handicapé), de service militaire ou civil, ou de pension d'invalidité complète.

vivait dans des conditions sociales insatisfaisantes, cette loi lui donnait le droit à des indemnités de chômage accrues (le montant de ce complément d'indemnité de chômage dépendait du nombre de personnes vivant au même foyer)¹⁸.

Au début des années 1990, les personnes handicapées constituaient environ trois % de l'ensemble de la population en âge de travailler. Leur place dans un environnement économique en rapide transformation se mit à causer de sérieux soucis à quiconque était impliqué dans la question des handicapés. Les personnes handicapées eurent de plus en plus de peine à trouver du travail sur le marché du travail normal. De plus, cette évolution s'accrut du fait que ces personnes présentaient à la fois un handicap et, souvent, un faible niveau d'instruction. Par rapport à la population valide, elles s'absentent plus souvent pour maladie, peuvent parfois avoir du mal à atteindre le niveau de performance requis, du fait de leur handicap, se trouvent incapables d'exercer le travail pour lequel elles ont été formées à l'origine – à cause du changement de nature de l'ensemble de l'économie et d'une demande modifiée, orientée vers des métiers différents, ou parce qu'un accident du travail ou une maladie professionnelle les en fait juger incapables¹⁹. Bien que ces derniers facteurs puissent s'appliquer à l'ensemble de la population active, les personnes handicapées demandeuses d'emploi y étaient particulièrement exposées (Karpíšek et coll., 1997). L'accumulation de ces facteurs eut pour conséquence de les exclure du marché du travail. Dans les années 1990–1992, il y eut en moyenne près de 12 000 personnes handicapées inscrites dans les agences pour l'emploi comme demandeuses d'emplois, ce qui représente 12% du nombre moyen des demandeurs d'emplois. En 1995, il y avait près de 23 000 personnes handicapées inscrites comme demandeuses d'emploi, ce qui les portait à 15% du nombre total des demandeurs d'emploi²⁰.

¹⁸ La Loi sur l'emploi ne s'étendait pas sur l'expression de "conditions sociales insatisfaisantes"; toutefois, on peut supposer qu'elle signifie de mauvaises conditions de logement, un certain nombre de personnes au même foyer, etc.

¹⁹ La majorité des personnes handicapées exerce une profession manuelle. En ce qui concerne leur handicap, la majorité d'entre elles présente, dans un ordre décroissant, une déficience motrice (corporelle), une maladie interne, une déficience mentale (Karpíšek et coll., 1997).

²⁰ Pour cette période, la seule source d'information disponible sur le chômage était les registres d'inscrits auprès des agences pour l'emploi. *Les Enquêtes sur la population active* démarrèrent en 1993.

(Fondée sur ce profil du début des années 1990, l'activité économique des personnes handicapées est analysée de plus près dans la section 3.4.).

2.4. L'indemnisation des lésions professionnelles durant la première moitié des années 1990

Au début des années 1990, le système d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles fut adapté au nouvel environnement économique et social, mais il ne fut pas fondamentalement réformé. En 1991, la Loi n° 455 sur le commerce stipula l'obligation pour les entreprises privées de s'assurer contre les accidents du travail et les maladies professionnelles auprès de la compagnie d'assurance *Česká pojišťovna*, ou, plus tard (1992), à défaut, auprès de la compagnie d'assurance *Kooperativa*. D'autres entreprises étaient encore propriété de l'Etat à cette époque et elles couvraient par conséquent tous les risques elles-mêmes. En 1993, l'assurance responsabilité civile garantissant les employeurs contre les accidents du travail fut rendue obligatoire pour tous les employeurs, y compris les entreprises publiques, mais à l'exclusion des fonctionnaires²¹. Les travailleurs indépendants pouvaient contracter une assurance auprès d'un assureur privé.

L'indemnisation des accidents du travail avant 1993 était effectuée directement par l'employeur sans remboursement de la part de la compagnie d'assurance compétente. A partir de 1993, si les primes perçues au cours d'une année civile donnée n'étaient pas suffisantes pour couvrir les demandes d'indemnisation, le manque était comblé à partir du budget de l'Etat. Inversement, tout excédent de primes était reversé au budget de l'Etat. Les compagnies d'assurance se voyaient aussi attribuer une somme forfaitaire pour leurs frais de gestion, équivalente à 25% des primes perçues, et sans égard aux sommes réellement déboursées pour leur gestion. En 1993–1994, le régime présentait un bilan nettement excédentaire (50% des primes); toutefois, tandis que *Česká pojišťovna* continuait à offrir un bilan excédentaire florissant, l'excédent initial déglacé

²¹ Outre les employés occupant un emploi rémunéré, cette assurance couvrait aussi les scolaires et les étudiants faisant un stage dans le monde du travail, les détenus (à certaines conditions), les personnes en rééducation professionnelle ou thérapeutique, et les personnes exécutant sous contrat un travail hors emploi.

par *Kooperativa* se mit à diminuer presque dès le départ, pour tourner au déficit en 1996²². Dès 2001, les deux compagnies étaient en déficit.

La prime d'assurance était déterminée en fonction de la branche d'activité et du degré de risque. Les primes d'assurance étaient très faibles, avoisinant 0,5% du salaire total. Le régime d'indemnisation des accidents du travail pourrait être décrit comme un régime mixte (Phare Consensus, 2000), puisque tout ayant droit avait à la fois droit aux prestations de la caisse des pensions et de l'assurance maladie et au remboursement de tous les frais liés au traitement, sur la même base que pour les maladies ou les lésions non professionnelles.

Le niveau des prestations fournies par ce régime était très élevé et tendait à décourager les personnes handicapées de retourner sur le marché du travail. L'indemnisation de la perte des revenus pendant et après la période d'incapacité de travail complétait les revenus que les personnes tiraient des prestations sociales (indemnités de maladie et pension d'invalidité) jusqu'à les amener au niveau du revenu moyen dans l'économie tchèque. De plus, cette indemnisation était versée sur le long terme (jusqu'à l'âge de 65 ans) et la durée du rétablissement après la lésion n'était pas reconsidérée, bien que le Code du travail le permît. Ainsi, la personne affectée jouissait du même niveau de revenus qu'avant que l'accident ou la maladie professionnelle ne survienne. De plus, le salaire moyen gagné avant l'accident du travail était revalorisé chaque année au rythme de l'inflation afin de garantir la valeur réelle de la prestation. Cela était particulièrement avantageux pour certaines catégories de travailleurs, tels que les mineurs, qui avaient bénéficié de salaires supérieurs à la moyenne dans le passé.

La première moitié des années 1990 vit une baisse du nombre d'accidents du travail de plus de 30% (de 153 000 en 1990 à 106 000 en 1995). Du fait d'un manque d'information, les raisons d'une baisse si considérable du nombre d'accidents du travail ne sauraient être précisées. Selon le ministère du Travail et des Affaires sociales, cela fut causé par:

²² Deux *Kooperativa*, l'une tchèque et l'autre morave, fusionnèrent en 1990. Avant cela, la *Kooperativa* tchèque dégagait un excédent financier. La *Kooperativa* morave, en revanche, avait été en déficit dès 1996. Cela était dû au grand nombre de mineurs assurés dans la région d'Ostrava, avec des taux très élevés d'accidents et de maladies liés au travail.

- la restructuration de l'économie;
- une réduction du nombre de lieux de travail à haut risque;
- l'introduction de technologies plus modernes et plus sûres;
- une meilleure observation des règles de sécurité (*Changer le régime d'indemnisation*, 2000).

En sens inverse, de nombreux employés ne déclarèrent pas une lésion professionnelle qu'ils avaient subie, parce qu'ils n'avaient pas observé les règles de sécurité. Contrairement au nombre de lésions professionnelles, décroissant, la durée des incapacités de travail pour cause de lésion augmenta, de 28 jours par an en moyenne en 1990 à 36 jours en 1995. Même si aucune recherche n'a été effectuée sur cette question, des informations non scientifiques suggèrent que les personnes gagnant un salaire inférieur à la moyenne avaient une meilleure situation matérielle quand ils touchaient des indemnités de maladie et, par conséquent, prolongeaient artificiellement leur période de demande d'indemnisation.

3. La réforme du système de protection sociale pour les personnes handicapées

Bien que le système de protection sociale pour les personnes handicapées ait fait l'objet d'une réforme partielle au début des années 1990 (indexation des prestations sur l'inflation, financement par cotisations, nouvelle administration), il fallut attendre 1995 pour assister à une réforme majeure.

La Commission gouvernementale pour les personnes handicapées soutint très activement à ce moment-là le processus législatif en matière de politique sociale et d'emploi. Cette Commission, ainsi que les représentants des organisations de personnes handicapées, jouèrent un rôle très influent dans la réforme du système de services sociaux. Dès les tous premiers pas du processus législatif concernant les services sociaux, la Commission gouvernementale pour les personnes handicapées suggéra que des modifications fondamentales soient apportées au système de financement.

La méthode existante pour financer les services sociaux consistait à donner des subventions aux institutions qui fournissaient ces services. Toutefois, en

se fondant sur l'expérience des pays d'Europe occidentale, la Commission proposa un système de bons qui permettraient aux personnes handicapées de décider elles-mêmes de quelle institution elles allaient acheter les services.

En 1997, le ministère du Travail et des Affaires sociales travailla sur un projet de législation nouvelle qui incorporait les principes défendus par les personnes handicapées elles-mêmes et l'idée d'un système de bons. Le gouvernement conservateur approuva ce projet à la fin de 1997 mais celui-ci ne fut pas voté par le Parlement. Le gouvernement social-démocrate qui arriva au pouvoir après les élections de 1998, sans rejeter complètement le projet, suggéra certains amendements, dont le but était de résoudre le problème posé par la période transitoire: que faire des personnes actuellement hébergées en maisons pour personnes âgées et des personnes que leur état mental rend incapables de prendre leurs propres décisions? Toutefois, en réalité, le gouvernement social-démocrate ne continua pas à travailler sur le système de bons et il se mit à préparer une nouvelle législation concernant la prestation et le financement des services sociaux. La nouvelle législation visait à résoudre des problèmes tels que le système d'agrément des prestataires privés, les normes en matières de services sociaux, et la planification communautaire. Il était prévu que le rôle principal dans le financement des services sociaux serait donné aux municipalités. Ce serait à elles de décider quels prestataires fourniraient quels services. Les organisations de handicapés, les prestataires et les municipalités participaient à la préparation de la nouvelle législation et n'étaient, par conséquent, pas opposés à la législation même.

3.1. La réforme de l'assurance invalidité

Une nouvelle législation réformatrice majeure, à savoir la Loi sur l'assurance pensions et la Loi sur les prestations sociales d'Etat (voir section 3.7.), fut votée en 1995. Ces deux lois:

- unifiaient certains types de prestations existantes;
- redéfinissaient les critères d'attribution;
- instituaient une nouvelle méthode de calcul du niveau des prestations.

L'objectif principal de cette nouvelle législation, en ce qui concerne la sécurité sociale pour les personnes handicapées, était de les indemniser des conséquences de leur handicap. Cette approche différait fondamentalement

du principe appliqué dans le passé et selon lequel l'indemnisation était versée en réparation du handicap lui-même. Par conséquent, sous le régime de caisse de pension actuel, l'indemnisation est versée pour réparer la perte de la capacité à exercer une activité rémunérée systématique, tandis que les prestations sociales d'Etat visent à indemniser des conséquences qu'a le handicap sur l'exécution des actes ordinaires de la vie.

Le nouveau système d'assurance invalidité, applicable à partir de 1996, était destiné à garantir que tous les citoyens soient traités de manière égale quand ils font valoir leurs droits auprès de l'assurance pensions. Cela incluait de prévenir les abus auquel le système précédent était exposé, en particulier au niveau des critères quelque peu subjectifs d'appréciation de l'invalidité. Les modifications des critères d'appréciation visaient à corriger les faiblesses de l'ancien système (la Loi sur la Sécurité sociale de 1998) qui engendrait une distribution "anormale" (en termes de probabilités) des pensions d'invalidité totale et partielle.

Dans le cadre de la tentative pour améliorer l'objectivité des critères d'appréciation, le degré de réduction de la capacité de la personne à exercer une activité rémunérée continue fut exprimé par un pourcentage. Dans l'estimation de la diminution de la capacité de gagner sa vie, la première chose à déterminer était si l'état de santé de la personne était défavorable et de longue durée et quelle déficience physique ou mentale avait causé cet état. S'il y avait plus d'une déficience, les taux d'incapacité dûs à chacune de ces déficiences prise séparément n'étaient pas additionnés; au lieu de cela, la déficience qui était la cause du mauvais état de santé de longue durée était identifiée; et ce n'est qu'alors que le pourcentage d'incapacité créé par cette déficience pouvait être établi.

La Loi n° 155 de 1995 sur l'assurance pensions ne se substitua pas à la législation antérieure en matière de caisse de pension en République tchèque; elle visait au contraire à améliorer et à compléter la législation existante, au premier chef la Loi sur la Sécurité sociale de 1988, qui couvrait déjà certaines questions concernant les caisses de pension, dont l'organisation administrative du système et le versement de cotisations au système de caisse de pension. Qui plus est, la nouvelle Loi sur l'assurance pensions incorporait divers éléments de l'ancienne législation, dont la construction à deux niveaux des prestations de pension d'invalidité. Pour une comparaison des principaux traits de la

Loi sur la Sécurité sociale de 1988 et de la Loi sur l'assurance pensions de 1995, voir le Tableau 8 *infra*.

Selon la Loi sur l'assurance pensions, les seules prestations payables par le système de caisse de pensions sont les pensions de vieillesse, d'invalidité, de veuf ou de veuve, et d'orphelin. D'autres types d'allocations relatives aux pensions, telles que le complément de pension en cas d'incapacité ou les pensions d'aide sociale qui ciblent la situation sociale, n'étaient pas couvertes par cette loi et continueraient donc à être versées selon l'ancienne législation (de 1988) telle qu'amendée par la suite. On s'attend à ce que, dans l'avenir, ces deux prestations (compléments et pensions d'aide sociale) soient transférées au système de services sociaux liés aux bas revenus. Cela constituerait une évolution logique puisque la caisse de pensions d'invalidité a pour but de suppléer à la perte de la capacité à exercer une activité rémunérée systématique, sans égard à la situation sociale des personnes handicapées.

Le système actuel de pensions d'invalidité recourt à deux définitions différentes de l'invalidité. La première définit l'invalidité comme un état physique, notion utilisée par la législation de 1988, dans laquelle la pension d'invalidité indemnise du fait d'être invalide²³. Dans la deuxième définition, introduite par la nouvelle législation, une personne est considérée comme totalement ou partiellement handicapée si sa capacité de gagner sa vie diminue de 66% et de 33% respectivement, du fait de son mauvais état de santé de longue durée.

Il est impossible de prétendre à une pension d'invalidité si l'assuré remplit les conditions pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, autrement dit, si le demandeur avait atteint l'âge de la retraite avant de devenir handicapé. Les bénéficiaires d'une pension de retraite anticipée peuvent faire valoir leurs droits à une pension d'invalidité totale s'ils deviennent handicapés avant d'atteindre l'âge légal de la retraite. (Lorsqu'ils atteignent l'âge de la retraite, leur droit à la pension d'invalidité expire).

²³ C'est le type traditionnel de l'invalidité, qui comprend un élément éthique fort. Cette sorte d'invalidité n'est pas du ressort de la caisse de pensions et, dans l'avenir, on s'attend à ce que ce type de prestation devienne du ressort d'un autre sous-système de sécurité sociale (le système de services sociaux).

Au cas où une personne deviendrait handicapée par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, elle peut faire valoir ses droits à une pension d'invalidité complète, même si la période d'affiliation requise en cas d'invalidité ordinaire n'a pas été effectuée ou si elle a atteint l'âge de la retraite. La période d'affiliation requise pour ouvrir droit à la pension d'invalidité totale est demeurée la même que celle définie dans la Loi de 1988 sur la Sécurité sociale (voir section 1.1.).

La nouvelle loi a instauré pour le calcul des pensions d'invalidité un système à deux niveaux. Le premier niveau consiste dans le versement d'un montant forfaitaire fixe qui est la même pour toutes les pensions et s'élève à 1 310 CZK (10% du revenu mensuel moyen tchèque en 2000). Le gouvernement peut augmenter cette somme selon des règles strictes définies dans la Loi. Le deuxième niveau consiste en un montant proportionnel, fonction des revenus antérieurs et du nombre d'années travaillées, ce montant proportionnel variant selon le type de pension. Pour une pension d'invalidité totale, le pourcentage pour le calcul de la proportion est fixé à 1,5% par mois de l'assiette de calcul (le revenu moyen) pour chaque année civile complète d'affiliation.

L'élément qui permet de fixer le pourcentage pour une pension d'invalidité totale inclut pleinement toute période ajoutée. Il s'agit de cette période équivalente à une période d'affiliation, qui va du jour où l'on fait valoir ses droits à une pension d'invalidité totale jusqu'au jour où l'âge de la retraite est pris en compte. En conséquence, la pension d'invalidité totale peut s'avérer plus élevée que la pension de vieillesse pour certaines catégories d'employés, par exemple les femmes qui ont élevé plus d'un enfant et ont pris un congé de maternité substantiel, durant lequel leurs revenus ont été minimes. Au cas où un ayant droit aurait à la fois droit à une pension d'invalidité et à une pension de vieillesse, c'est la plus élevée des deux qui lui est servie. Si elles sont identiques, l'ayant droit peut choisir.

Une méthode différente est employée pour le calcul de la pension d'invalidité des demandeurs incapables de présenter le nombre d'années de travail requis par suite d'un mauvais état de santé durable, et de ceux dont l'invalidité est antérieure à l'âge 18 ans (ceux qu'on appelle handicapés depuis l'enfance). La pension d'invalidité minimale en ce cas s'élève à 40% de l'assiette de calcul annuelle générale, c'est-à-dire du salaire tchèque moyen.

Les pensions d'invalidité partielles sont servies aux personnes dont la mauvaise santé durable a réduit d'au moins 33% l'aptitude à exercer une activité rémunérée systématique et qui ont été affiliées pendant la durée requise (même principe que pour les pensions d'invalidité totale). A la différence de la pension d'invalidité totale, avoir atteint l'âge de la retraite n'interdit pas de faire valoir ses droits à une pension d'invalidité partielle. Toutefois, au cas où le demandeur aurait droit aux deux pensions, c'est la plus élevée qui lui est servie. Un demandeur peut également être considéré comme partiellement handicapé si sa mauvaise santé durable affecte significativement sa capacité à exécuter les actes ordinaires de la vie.

Les pensions d'invalidité partielle sont calculées dans une large mesure de la même manière que les pensions d'invalidité totale, mais avec une différence fondamentale: le taux employé est égal à la moitié du taux applicable pour le calcul des pensions d'invalidité totale (0,75%). Le montant minimal d'une pension d'invalidité partielle proportionnelle est de 385 CZK par mois. Le montant minimal (montant forfaitaire plus montant proportionnel) de la pension d'invalidité partielle est actuellement de 1 695 CZK soit, approximativement, 12,6% du salaire mensuel brut moyen en 2000.

Tant la nouvelle Loi sur l'assurance pensions que l'ancienne Loi sur la Sécurité sociale fixent une limite aux revenus que les demandeurs d'une pension d'invalidité peuvent tirer d'une activité économique. Tandis que dans la législation de 1988, cette limite faisait partie de la définition de l'invalidité partielle (*«si les revenus diminuent considérablement»*), la nouvelle législation introduisit les modifications suivantes:

1. On attend des bénéficiaires d'une pension d'invalidité partielle qu'ils exercent une activité rémunérée, puisque le but de la législation est d'indemniser seulement en partie ces personnes pour la perte de revenu due à la diminution de leur capacité de gagner leur vie.
2. Le montant de la pension découle du revenu gagné. Si la limite fixée pour le revenu annuel est dépassée, la pension d'invalidité partielle est réduite ou suspendue.
3. Si le revenu mensuel moyen que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité partielle tire de son activité rémunérée est supérieur à 66% mais n'excède pas 80% de l'assiette de calcul d'une pension comparable à la sienne (définie comme le revenu brut indexé sur la hausse du salaire tchèque

moyen), la pension d'invalidité partielle versée est égale à la moitié du montant forfaitaire et à la moitié du montant proportionnel.

4. Si le revenu mensuel moyen que le bénéficiaire d'une pension d'invalidité partielle tire de son activité rémunérée est supérieure à 80% de l'assiette de calcul d'une pension comparable à la sienne, aucune pension ne lui est versée.

Il y a deux exceptions à cette règle. Premièrement, les pensions d'invalidité partielle sont versées en totalité si le revenu total tiré de l'activité rémunérée pendant une année civile ne dépasse pas le niveau minimum, défini comme 12 fois le minimum vital mensuel applicable à l'individu. Ce niveau minimum est très bas, puisqu'il équivaut à deux fois le salaire mensuel moyen au premier trimestre 2001. Deuxièmement, dans le cas de pensions d'invalidité partielle attribuées à des personnes souffrant d'un mauvais état de santé durable qui rend l'exécution des actes ordinaires de la vie particulièrement difficiles, le montant de sa pension ne se voit pas diminuer, dût-il tirer un revenu d'une activité économique.

L'Institut de recherche sur le Travail et les Affaires sociales (Karpíšek et coll., 1997) a découvert que le fait de réduire les indemnités d'invalidité partielle en cas d'emploi salarié entraîne certains frais administratifs pour les employeurs, puisqu'ils sont tenus de tenir le registre des revenus des personnes handicapées, de compléter des formulaires et de les remettre aux services de la Sécurité sociale. Cette découverte est confirmée par les employés des agences pour l'emploi. Même si encore aucune recherche quantitative n'a été effectuée, des recherches qualitatives (entretiens avec des ONG, avec des employés des agences pour l'emploi et avec des personnes handicapées) ont montré que limiter les revenus des personnes partiellement handicapées a tendance à avoir un effet dissuasif majeur sur les personnes handicapées même. Par exemple, elles préfèrent souvent ne pas travailler des heures supplémentaires et refuser un supplément de salaire, parce qu'elles ont peur de se voir réduire ou retirer leur pension d'invalidité partielle.

Une période de protection de dix ans fut incluse dans la nouvelle Loi en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1996, garantissant que les nouvelles pensions liquidées durant la période allant de 1996 à 2005 seraient automatiquement calculées à la fois selon l'ancienne et la nouvelle loi, et que c'est la plus élevée des deux qui serait servie.

Tableau 8
Principales caractéristiques de l'ancien et du nouveau système de pension d'invalidité

	Les pensions d'invalidité avant 1989	Les pensions d'invalidité depuis 1996
Législation principale	<ul style="list-style-type: none"> • La Loi n° 100 de 1988 sur la Sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • La Loi n° 100 de 1988 sur la Sécurité sociale • La Loi n° 155 de 1995 sur l'assurance pensions
Méthode de financement	<ul style="list-style-type: none"> • Budget de l'Etat (sauf travailleurs indépendants) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cotisations à l'assurance pensions
Couverture	<ul style="list-style-type: none"> • Hautement sélective 	<ul style="list-style-type: none"> • Universelle
Définition de l'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvais état de santé durable qui réduit la capacité de gain • Mauvais état de santé durable causé par un accident du travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvais état de santé durable qui réduit la capacité de gain • Mauvais état de santé durable causé par un accident du travail • Diminution de 66% ou de 33% de la capacité de gain
Montant de la pension d'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • Montant de base variable selon la catégorie du travail • Montant proportionnel • Définition d'un minimum et d'un maximum 	<ul style="list-style-type: none"> • Montant de base • Montant proportionnel
Ouverture des droits	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'années travaillées (à l'exception des handicapés depuis l'enfance) • Accident du travail 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'années travaillées (à l'exception des handicapés depuis l'enfance) • Accident du travail
Critères d'indexation sur l'inflation	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des prix de 10%
Limitation du revenu tiré d'un travail	<ul style="list-style-type: none"> • Partie intégrante de la définition de l'invalidité 	<ul style="list-style-type: none"> • Non – en cas de pension d'invalidité totale • Oui – diminution ou suppression de la pension d'invalidité partielle

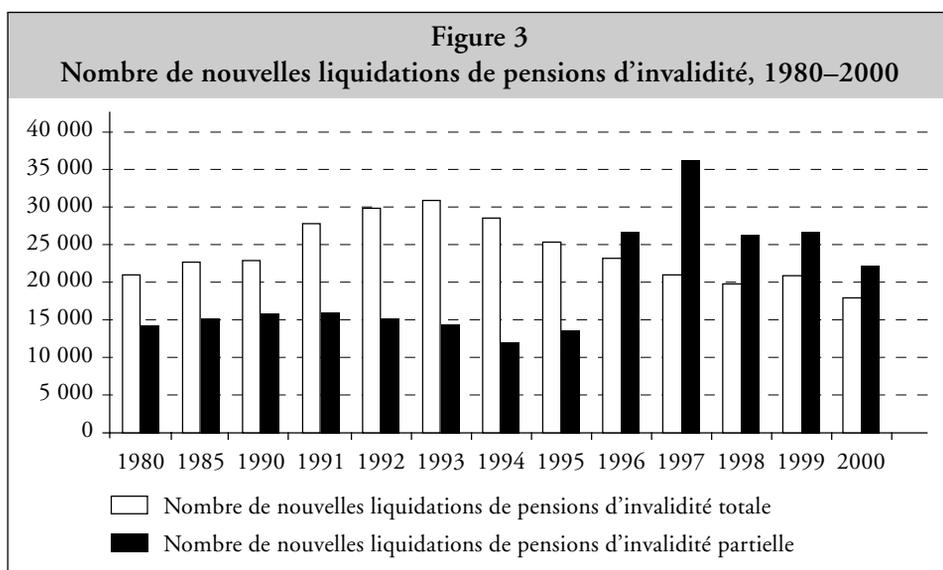
Les personnes souffrant d'une incapacité de travail temporaire, plutôt que d'une invalidité durable, ont droit aux indemnités de maladie, pour peu qu'elles soient affiliées à l'assurance maladie. Les indemnités de maladie sont versées pendant un an à partir du début de la période d'incapacité de travail. Après cette période, l'indemnité de maladie peut être encore versée pendant une année supplémentaire, mais seulement s'il est raisonnable de s'attendre à ce que l'ayant droit redevienne apte à travailler dans un délai très court. (Cette période n'est pas précisée par la loi, mais elle est en pratique de trois mois.) Après une incapacité de travail de six mois, le médecin traitant de pair avec un expert médecin du centre de Sécurité sociale local, apprécie l'état de santé de l'ayant droit, en vue de déterminer s'il souffre d'un mauvais état de santé durable, auquel cas ils transfèrent l'ayant droit de la catégorie incapacité de travail à la catégorie invalidité et ses droits à prestations sont pris en considération.

La durée moyenne de l'incapacité de travail augmente d'année en année en République tchèque. Alors qu'en 1993, une incapacité de travail durait 23,2 jours en moyenne, en 2000, cette durée était de 28,9 jours. Cette tendance négative de l'évolution de l'incapacité temporaire de travail n'est pas le résultat d'une détérioration de l'état de santé de la population tchèque; on a plutôt des preuves que de plus en plus de certificats de maladie sont délivrés à titre de solution aux difficultés sociales et aux problèmes économiques rencontrés par les ayants droit, problèmes liés aux licenciements, au chômage, à la difficulté de trouver un emploi, etc. Les experts désignent un autre facteur prépondérant, celui de la bienveillance des docteurs, qui n'ont, en l'absence de raison majeure, aucun motif de ne pas prolonger la durée de l'incapacité de travail certifiée de leurs patients, phénomène rendu encore plus aigu par l'absence d'une législation imposant des sanctions en cas de prolongation déraisonnable d'un congé maladie (Socioklub, 2001).

3.2. Effets de la nouvelle loi sur les pensions d'invalidité

1996, la toute première année qui suivit l'introduction de la nouvelle législation, vit une diminution dans le nombre de nouvelles pensions d'invalidité liquidées ainsi qu'un glissement dans le ratio entre pensions d'invalidité totale et partielle. Du fait d'une nouvelle procédure d'évaluation pour déterminer le mauvais état de santé de longue durée, le nombre d'attributions de pensions nouvelles diminua de près de 8% par rapport au niveau de 1995, revenant ainsi au niveau

du début des années 1990. Certaines personnes qui auraient eu droit à une pension d'invalidité totale sous la législation antérieure n'eurent droit qu'à une pension partielle. C'est pourquoi le nombre de nouvelles attributions de pensions d'invalidité partielle augmenta de près de 50% en 1996. Depuis lors, le nombre de nouvelles attributions de pensions d'invalidité totale a continué à baisser (à l'exception de 1999). Le nombre de nouvelles attributions de pensions d'invalidité partielle augmenta de près de 10 000 en 1997, puis il se mit lui aussi à diminuer (voir Tableau 9 et Figure 3).



Source: *Administration de la Sécurité sociale tchèque, Annuaire statistique de l'assurance pensions, 1980–2000.*

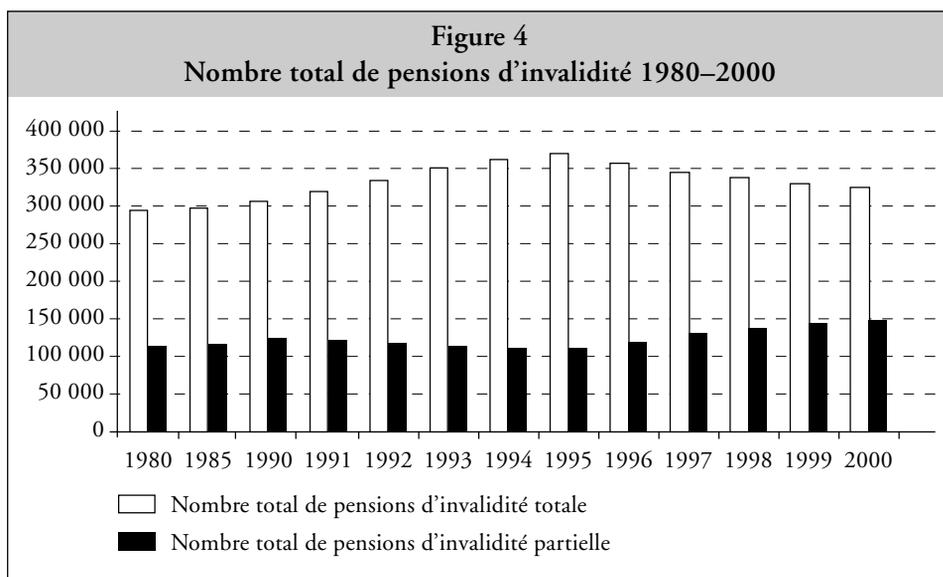
Les effets de la nouvelle législation (et des nouveaux critères d'appréciation) peuvent aussi être observés dans le fait que le nombre global de pensions d'invalidité totale diminua de près de 9% durant la période 1996–2000.

En ce qui concerne le nombre de pensions d'invalidité partielle, la tendance fut opposée. Il augmenta de 20% au cours de la même période (voir Tableau 9 et Figure 4). Alors que la proportion de titulaires d'une pension d'invalidité totale par rapport à la population totale était de 3,5% en 1996, elle tomba à 3,2% en 1999. La proportion de titulaires d'une pension d'invalidité partielle dans la population passa de 1,1% en 1996 à 1,4% en 1999.

Tableau 9
Le nombre de nouvelles liquidations de pensions d'invalidité et le nombre total de pensions d'invalidité durant la période 1996–2000

Année	Nombre de nouvelles liquidations		Nombre total de pensions	
	Invalidité totale	Invalidité partielle	Invalidité totale	Invalidité partielle
1996	23 242	26 686	356 479	116 926
1997	21 156	36 225	344 255	130 417
1998	19 367	26 104	335 913	136 688
1999	20 785	26 620	329 309	142 392
2000	17 899	22 019	325 562	146 865

Source: *Administration de la Sécurité sociale tchèque*, *Annuaire statistique de l'assurance*



Source: *Administration de la Sécurité sociale tchèque*, *Annuaire statistique de l'assurance pensions, 1980–2000*.

La réforme des pensions d'invalidité n'a pas substantiellement modifié la composition des pensionnés en termes de sexe et d'âge. Il y a toujours plus d'hommes (environ 60%) que de femmes (40%) à qui une pension d'invalidité est attribuée. La répartition par âge des bénéficiaires d'une pension d'invalidité à la fin de 1999 correspondait à la répartition des années précédentes. L'âge moyen d'attribution des pensions d'invalidité ne changea pas durant les années 1990, restant de 54 ans pour les pensions d'invalidité totale et de 46–47 ans pour les pensions d'invalidité partielle. La différence entre l'âge moyen pour les hommes et celui pour les femmes n'est pas significative.

Parce que toutes les revalorisations des pensions depuis 1990 ont pris en compte la hausse des salaires réels, le taux de remplacement des pensions d'invalidité rapportées au salaire moyen est demeuré relativement stable depuis 1995. Le taux de remplacement des pensions d'invalidité totale rapportées au salaire moyen brut était de 45–46%, au salaire moyen net, de 58–60%. Bien que le niveau des pensions d'invalidité ait, dans les années 1990, augmenté en harmonie avec la hausse des salaires dans l'économie tchèque, le taux de remplacement n'atteignait tout de même pas le niveau de 1989 de 60% du revenu antérieur net²⁴. Cela est dû à la redistribution dont les prestations ont fait l'objet depuis 1989, le taux de remplacement pour les personnes avec des revenus inférieurs à la moyenne étant à présent plus élevé que le taux de remplacement moyen (60% contre 45%) (voir Tableau 10 et Figure 5).

Le coût total des pensions d'invalidité connut une augmentation aigüe dans les années 1990 (voir Tableaux 6 et 10). Alors qu'en 1990, la dépense totale s'élevait à 8,2 milliards de CZK (1,3% du PIB), lorsqu'arriva l'année 2000, ce chiffre avait bondi jusqu'à atteindre 33,4 milliards de CZK (1,75% du PIB).

La raison la plus importante à l'augmentation des dépenses de pensions d'invalidité est la hausse de l'indice des prix à la consommation de 350% au cours des années 1990. Il existe d'autres raisons, comme l'augmentation réelle des pensions, tout autant que le fait que les pensions d'invalidité attribuées avant l'âge de la retraite sont, pour peu que l'invalidité totale se maintienne, servies jusqu'au décès de l'ayant droit. Puisque l'espérance de vie a augmenté (de 67,6 ans en 1990 à 71,7 ans en 2000 pour les hommes et de 75,4 ans à 78,4

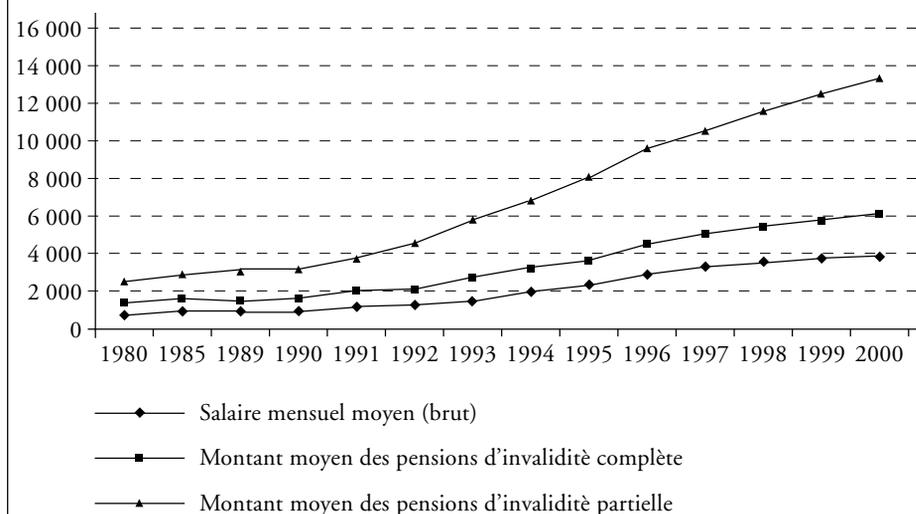
²⁴ Ce niveau n'était toutefois pas atteignable par le régime de pensions de base (le premier pilier) seul.

Tableau 10
Montant moyen des pensions d'invalidité dans les années 1980 et 1990
 (en chiffres absolus et réels)

Montant	1996	1997	1998	1999	2000
Pension d'invalidité totale					
En chiffres absolus, en CZK	4 456	4 987	5 399	5 732	6 118
En pourcentage du revenu mensuel brut moyen	46,1	46,6	46,2	45,3	45,3
Pension d'invalidité partielle					
En chiffres absolus, en CZK	2 934	3 338	3 593	3 740	3 905
En pourcentage du revenu mensuel brut moyen	30,3	31,2	30,7	29,5	28,9

Source: *Institut tchèque de statistique, Annuaire statistique, 2000; Administration de la Sécurité sociale tchèque, Annuaire statistiques de l'assurance pensions, 1996–2000.*

Figure 5
Comparaison des pensions d'invalidité (totale et partielle)
au salaire moyen (brut), 1980–2000



Source: *Administration de la Sécurité sociale tchèque, Annuaire statistique de l'assurance pensions, 1980–2000; Institut tchèque de statistique, Annuaire statistique, 2000.*

pour les femmes), cela a entraîné une augmentation des pensions d'invalidité en proportion. (En 2000, 38% des titulaires d'une pension d'invalidité avaient plus de 60 ans.) Il faut excepter le fait qu'il arrive que l'ayant droit demande la liquidation de sa pension de vieillesse lorsqu'il atteint l'âge de la retraite. Mais l'expérience concrète indique (ces données ne sont pas contrôlées statistiquement) que la vaste majorité des bénéficiaires de pensions d'invalidité ne demandent pas la liquidation de leur pension de vieillesse, principalement parce qu'ils ont conscience que celle-ci ne serait nullement plus élevée. La plupart des personnes handicapées préfèrent continuer à faire valoir leurs droits à pension d'invalidité, puisqu'elles ont alors le droit de travailler, étant entendu que les personnes totalement handicapées ont l'autorisation de travailler sans aucune limitation de revenus. (Il est défendu aux retraités de travailler pendant les deux premières années de leur retraite.)

Tableaux 11
Coût total des pensions d'invalidité entre 1990 et 2000
 (en milliards de CZK, en valeur nominale; et en pourcentage du PIB)

	1996	1997	1998	1999	2000
Pension d'invalidité partielle	4,0	5,2	6,2	6,7	7,0
Pension d'invalidité totale	19,9	22,4	24,6	25,6	26,4
Coût total des pensions d'invalidité					
En milliards de CZK	23,9	27,6	30,8	32,3	33,4
En pourcentage du PIB	1,52	1,64	1,69	1,76	1,75

Source: Administration de la Sécurité sociale tchèque, *Annuaire statistique de l'assurance pensions, 1980–2000*; Institut de recherche sur le Travail et les Affaires sociales, *Evolution des principaux indicateurs économiques et sociaux en République tchèque, 1990–1999*.

Ce n'est pas à tort que le gouvernement éprouve des soucis au sujet de l'opposition entre pension d'invalidité et pension de vieillesse, puisque ces deux prestations sont payées à partir du même fonds.

Le ministère du Travail et des Affaires sociales anticipe une légère augmentation du nombre d'attributions de pensions d'invalidité totale et partielle dans les années qui viennent, du fait de la progression du nombre des personnes reconnues

comme handicapées par les commissions médicales de la Sécurité sociale. Ceci, joint à un ajustement attendu des pensions aux prix (les pensions peuvent être réajustées si le taux d'inflation annuel dépasse 5% et elles doivent l'être si celui-ci atteint 10%) semble devoir mener à une hausse des pensions d'invalidité. En ce qui concerne la dépense future en matière de pensions d'invalidité, aucune estimation chiffrée n'a encore été faite.

Un facteur influant sur l'exactitude de toute estimation est l'imprévisibilité des glissements entre les catégories d'invalidité totale et partielle; une complication supplémentaire provient de la coexistence de pensions d'invalidité versées à part et de pensions d'invalidité versées parallèlement à d'autres pensions. Le fait que la loi laisse au gouvernement la liberté de revaloriser le montant de base ou le montant proportionnel des pensions, ou les deux, constitue encore une autre complication.

La Loi sur l'assurance pensions a été amendée à plusieurs reprises, l'amendement le plus significatif ayant été l'Amendement n° 289 en 1997, qui refléta une phase de repli majeur de l'économie tchèque. Le gouvernement proclama une politique plus restrictive dans le domaine de la redistribution sociale. Le changement le plus important en ce qui concerne l'assurance pensions fut la suppression de la pleine équivalence pour les périodes de non-cotisation dans la méthode de calcul des pensions. La plupart de ces périodes comptèrent désormais pour seulement 80% d'une période de cotisation de même durée. Pleine équivalence est encore accordée à une période de service militaire, à une période consacrée à élever un enfant jusqu'à l'âge de quatre ans (18 ans si l'enfant souffre de handicaps graves et de longue durée), ou une période consacrée à s'occuper d'un proche en état d'incapacité. Equivalence partielle est accordée pour une période d'études (école secondaire, université), de service civil (une alternative au service militaire), de chômage, de préparation professionnelle dans le cas d'une personne handicapée, d'incarcération, et de congé maladie.

3.3. Évaluation de la réforme de l'assurance invalidité et maladie

La réforme de l'assurance maladie a répondu aux attentes des partis qui avaient fait campagne pour un changement, en ce qu'elle redéfinissait l'invalidité comme une diminution de la capacité de gagner sa vie, instituait une méthode nouvelle et plus objective pour mesurer l'invalidité, et unifiait les critères d'attribution pour toutes les catégories de la population. Toutes ces modifications

entraînèrent une réduction du nombre de personnes auxquelles était attribuée une pension d'invalidité, plus importante que prévu par ceux qui avaient rédigé la nouvelle législation (10%). Le nombre d'attributions de pensions d'invalidité nouvelles baissa de 12% entre 1995 et 1996. D'un autre côté, l'ancienne législation, c'est-à-dire la Loi sur la Sécurité sociale de 1988 était encore en vigueur et les pensions étaient et sont encore calculées selon les deux lois.

En dépit du relatif succès de l'application de la nouvelle législation sur l'assurance pensions, plusieurs zones de problèmes ont émergé, le principal problème étant que la méthode de calcul des pensions d'invalidité faisait appel à ladite "période ajoutée". Cette méthode de calcul devra être modifiée pour éviter que les pensions d'invalidité totale ne soient plus avantageuses que les pensions de vieillesse²⁵. Dans l'avenir, il sera aussi nécessaire de résoudre le paradoxe qui consiste à autoriser le bénéficiaire d'une pension d'invalidité totale à exercer une activité rémunérée, tandis que les gains du bénéficiaire d'une pension d'invalidité partielle font l'objet d'une limitation. Toutefois, une modification de l'actuelle législation qui aboutirait à ce que le niveau de revenus tirés d'une activité rémunérée ne soit pas pris en compte lors de l'examen d'une demande de pension d'invalidité partielle signifierait une dépendance totale vis-à-vis de l'appréciation clinique de la capacité de l'ayant droit à exercer une capacité rémunérée, ce qui, semble actuellement, devoir ouvrir la voie aux erreurs.

Tandis que les statistiques des services de santé révèlent une amélioration de la santé de la population au cours de la dernière décennie (c'est-à-dire une hausse de l'espérance de vie), les indicateurs maladie et incapacité de travail signalent une tendance contraire. Il y a plusieurs raisons à cela, les principales étant institutionnelles. Il est communément admis que les médecins n'ont aucun intérêt à réaliser des économies dans les dépenses d'indemnités de maladie, puisque cela n'a aucune influence sur leur salaire. Beaucoup d'entre eux sont enclins à prolonger les arrêts de maladie sans aucune raison médicale. Toutefois, ce type de comportement est très difficile à prouver et la preuve est donc rarement tentée. Une autre cause de l'augmentation du nombre d'incapacités de travail temporaires en République tchèque est le fait que les

²⁵ La situation dans laquelle les titulaires d'une pension d'invalidité totale sont autorisés à travailler et à gagner de l'argent sans que cela ait aucun effet sur leurs pensions crée la possibilité d'abuser de ce régime.

indemnités de maladie sont presque égales (parfois même supérieures) aux salaires de certaines catégories d'employés ayant des revenus inférieurs à la moyenne.

3.4. *L'activité économique des personnes handicapées dans les années 1990*

Les *Enquêtes sur la population active* indiquent que le nombre total de personnes handicapées (personnes ayant une capacité de travail réduite) au sein de la population (âgée de plus de 15 ans) a diminué de 25% entre 1993 et 2000. Une baisse d'une telle ampleur ne signifie pas, toutefois, que l'état de santé de la population tchèque se soit brusquement amélioré. L'évolution du nombre de titulaires d'une pension d'invalidité aurait d'ailleurs tendance à ne pas confirmer l'existence d'une telle amélioration. La diminution du nombre des personnes handicapées signifie simplement que le statut de personne handicapée ("un citoyen ayant une capacité de travail réduite") n'est plus perçu comme un avantage sur le marché du travail, en particulier à la lumière de la réticence qu'ont les employeurs à employer des personnes handicapées, et que, par conséquent, les gens ont de plus en plus tendance à ne pas se considérer comme handicapés (Karpíšek et coll., 1997).

Durant la période 1993–1999, le rapport du nombre de personnes handicapées sur la population dans son ensemble tomba de 5,7 à 4,3%²⁶. Le nombre de personnes handicapées en âge de travailler baissa dans une proportion légèrement supérieure (30%) durant la même période (voir Tableau 12).

L'activité économique des personnes handicapées a continué à diminuer dans la seconde moitié des années 1990, d'après les registres de demandeurs d'emploi tenus par les agences locales pour l'emploi et les *Enquêtes sur la population active*, qui indiquent une diminution de 56% durant la période 1993–2000. L'entrée en vigueur de la Loi sur l'assurance pensions de 1995 n'a pas eu d'effet substantiel sur cette tendance. Il existe plusieurs raisons à cela:

- la baisse du nombre d'emplois accessibles aux personnes handicapées;
- la réticence des employeurs à employer des personnes handicapées, en dépit de l'existence de diverses incitations en ce sens (allègements fiscaux, aides financières directes, etc.); et
- la faiblesse des salaires par rapport aux prestations.

²⁶ Ces taux ne sont pas comparables au taux du nombre de personnes handicapées rapporté à la population active (4%) donné dans la Section 2.2.

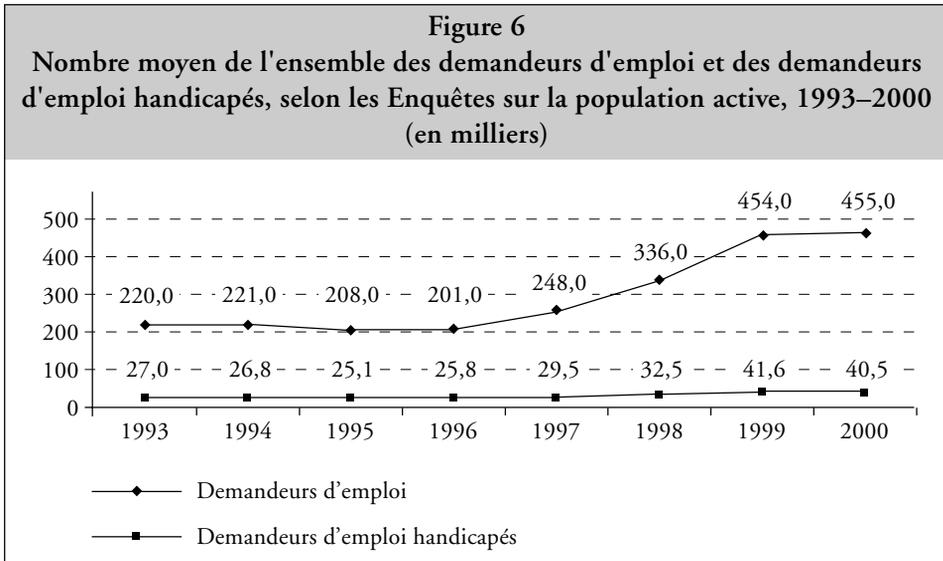
Tableau 12
Nombre de personnes handicapées (issues de la population active)
au point de vue de l'activité économique (en chiffres absolus et relatifs),
selon Enquêtes sur la population active, 1993–2000

Personnes handicapées	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Indice 2000/ 1993 (en %)
Total (en milliers)	400,0	369,6	378,8	365,2	342,4	332,4	313,2	288,6	-27,9
Dont:									
Travailleurs	194,0	165,2	164,3	145,7	125,5	116,0	98,7	85,0	-56,2
<i>en % du total</i>	48,5	44,7	43,4	39,9	36,7	34,9	31,5	29,5	
Chômeurs	27,2	26,8	25,1	25,8	29,5	32,5	41,6	40,5	+32,9
<i>en % du total</i>	6,8	7,3	6,6	7,1	8,6	9,8	13,3	14,0	
Inactifs	178,7	177,6	189,4	193,7	187,4	183,8	172,9	163,1	-8,8
<i>en % du total</i>	44,7	48,1	50,0	53,0	54,7	55,3	55,2	56,5	

Source: *Institut tchèque de statistique*, Enquêtes sur la population active, 1993–2000.

En conséquence, un certain nombre de personnes handicapées quittèrent complètement le marché du travail, la proportion d'inactifs (sur le nombre total de personnes handicapées) passant de 45% en 1993 à 56% en l'an 2000 (voir Tableau 12). Cette tendance des personnes handicapées à quitter le marché du travail normal s'amorça au début des années 1990 et se poursuivit au cours de la seconde moitié de la décennie.

Selon les données des *Enquêtes sur la population active*, le nombre global de demandeurs d'emploi handicapés augmenta de 32% durant la période 1993–2000. Cette augmentation, toutefois, ne suivit pas une progression uniforme: entre 1993 et 1995, ce nombre diminua, mais, entre 1996 et 1999, il augmenta, et seulement pour se remettre à diminuer en 2000. Ces évolutions ne suivent qu'en partie celle du taux de chômage général (voir Figure 6).



Source: Institut tchèque de statistique, Enquêtes sur la population active, 1993–2000.

En puisant dans une autre source de données: les registres de demandeurs d'emploi tenus par les agences locales pour l'emploi, nous sommes arrivés à la même conclusion. Même si la proportion de personnes handicapées inscrites dans les agences pour l'emploi est relativement faible, comptant en gros, durant les deux dernières années, pour 10–14% du nombre global de demandeurs d'emploi, le nombre de demandeurs d'emploi handicapés augmenta de plus de 70% entre 1991 et 2000. Il s'avère, toutefois, que ce taux d'augmentation s'est quelque peu ralenti ces dernières années. En 2000, le nombre de demandeurs d'emploi handicapés augmenta de seulement 2,5%, alors que, l'année précédente, la hausse avait été de 15%.

Les personnes handicapées qui rencontrent le plus de difficultés sur le marché du travail sont celles gravement handicapées, qui ont des occasions très limitées de trouver du travail et sont capables d'exécuter un nombre très limité de tâches ou de travailler seulement dans des conditions de travail très aménagées. C'est pourquoi, les personnes gravement handicapées qui souhaitent travailler et sont inscrites auprès des agences locales pour l'emploi sont généralement employées dans des coopératives industrielles et dans des ateliers et des lieux de travail spéciaux. Selon les *Enquêtes sur la population active*, le nombre

global de personnes gravement handicapées diminua de 27% sur la période 1993–2000, de pair avec la baisse du nombre global de personnes handicapées. L'une des raisons les plus probables de cette diminution énorme est que les personnes handicapées, souvent, ne déclarent pas leur condition (aux statisticiens ou aux employeurs), parce que cela pourrait réduire leurs chances de trouver du travail, les employeurs potentiels étant souvent réticents à les employer.

Au cours de la même période, le nombre de travailleurs gravement handicapés baissa de presque 60% et le nombre de chômeurs gravement handicapés augmenta de 22% (voir Tableau 13). La proportion de personnes inactives économiquement parmi les personnes gravement handicapées passa de 70% en 1993 à presque 80% en 2000.

Tableau 13
Nombre de personnes gravement handicapées (issues de la population active)
au point de vue de l'activité économique (en chiffres absolus et relatifs),
selon les Enquêtes sur la population active, 1993–2000

Personnes gravement handicapées	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Indice 2000/1993 (en %)
Total (en milliers)	139,2	137,2	136,6	134,8	124,2	116,3	105,2	97,5	-30,0
Dont:									
Travailleurs	36,4	33,6	34,4	30,2	25,1	18,3	17,0	15,0	-58,8
<i>En % du total</i>	26,1	24,5	25,2	22,4	20,2	15,7	16,2	15,4	
Chômeurs	4,6	4,9	5,3	4,4	5,6	5,5	5,4	5,9	+22,1
<i>En % du total</i>	3,3	3,6	3,9	3,3	4,5	4,7	5,1	6,1	
Inactifs	98,2	98,7	96,9	100,2	93,5	92,5	82,8	76,6	-22,0
<i>En % du total</i>	70,5	71,9	70,9	74,3	75,3	79,5	78,7	78,6	

Source: *Institut tchèque de statistique*, Enquêtes sur la population active, 1993–2000.

L'affaiblissement de la propension des personnes gravement handicapées à travailler se reflète aussi dans la baisse du nombre de ces personnes s'inscrivant

auprès et cherchant du travail avec l'aide des agences pour l'emploi. Nous pouvons ainsi observer une tendance croissante des personnes gravement handicapées à quitter le marché du travail.

L'une des principales raisons du recul de l'emploi parmi les personnes handicapées est le manque d'emplois adaptés vacants. En 1995, il y eut en moyenne 1 500 emplois vacants pour des personnes handicapées dans les agences pour l'emploi. Pour comparaison, le nombre de demandeurs d'emploi handicapés cette année-là fut de 22 400 – ce qui donne 14,6 personnes handicapées par emploi vacant. La situation fut encore pire en 2000, où il y eut près de 30 personnes handicapées par emploi vacant. (*Statistiques sur le marché du travail*, ministère du Travail et des Affaires sociales). Une baisse du nombre d'emplois vacants pour les personnes handicapées signale une dégradation globale de la situation de cette catégorie de personnes sur le marché du travail normal. Le nombre d'emplois vacants ne se mit à augmenter qu'en 2000, ce qui pourrait être en partie dû à l'entrée en vigueur de la nouvelle législation sur les quotas obligatoires d'emplois de personnes handicapées (à examiner plus tard).

Une manière pour les agences pour l'emploi d'essayer de lutter contre cette évolution négative est de placer les personnes handicapées dans des emplois qui ne sont pas annoncés comme étant spécialement pour eux. Le problème, toutefois, est que les personnes handicapées ne peuvent pas faire un long trajet pour aller au travail et préfèrent souvent un travail à temps partiel. La majorité des emplois vacants proposés aux personnes handicapées exigent un long trajet jusqu'au travail, sont généralement à plein temps et sont souvent peu payés.

Les chances qu'une personne handicapée réintégrant un emploi tienne plus d'une année dans son nouvel emploi sont d'à peu près 50%. Le résultat est une réinscription auprès de l'agence pour l'emploi. Selon l'Institut de recherche sur le travail et les affaires sociales, environ 70% des personnes handicapées qui avaient trouvé un emploi grâce aux agences pour l'emploi se réinscrivent, 30% le faisant d'une manière répétée (Karpíšek et coll., 1997). La dégradation continue des chances de trouver un travail sur le marché de l'emploi augmente également la durée moyenne du chômage au sein de cette catégorie. Par exemple, tandis qu'en 1997, environ 50% des personnes handicapées étaient inscrites comme demandeurs d'emploi pendant plus de six mois, en 2000, ce chiffre atteignit presque 65%.

3.5. Politique de l'emploi en faveur des personnes handicapées dans la seconde moitié des années 1990

La politique de l'emploi n'a pas fondamentalement changé durant la seconde moitié des années 1990. Les chiffres de l'emploi des personnes handicapées ne s'améliorèrent pas, mais le gouvernement et le ministère du Travail et des Affaires sociales considérèrent le fait comme une conséquence du mauvais état de la situation économique en général. Parce que la situation économique se mit à empirer après 1996, le gouvernement mit en place ce qui fut appelé un "train de réformes d'austérité". L'une de ces réformes consista à réduire le taux des indemnités de chômage de 10 à 50% durant les trois premiers mois et, ensuite, de 40% pour la période de chômage restante.

Le rétablissement économique des deux dernières années n'a pas conduit à une hausse de l'emploi des personnes handicapées. En conséquence, des modifications ont été apportées à la législation, de manière à encourager les employeurs à recruter davantage de personnes handicapées.

En 2000, la Loi sur le Règlement du budget instaura un système de subventions aux entreprises employant des personnes handicapées. Il y a trois types de subventions:

- l'une pour couvrir le coût des cotisations sociales versées pour les personnes handicapées;
- une autre pour couvrir les coûts liés à l'aménagement des conditions de travail; et
- une autre pour couvrir les nouveaux investissements faits par de telles entreprises.

Les subventions sont fournies après évaluation par une commission du ministère du Travail et des Affaires sociales. Le quota de personnes handicapées exigé dans une entreprise pour lui donner droit aux subventions publiques fut réduit et passa de 60 à 50% en 2000.

Un amendement à la Loi sur l'Emploi de 1999 instaura des sanctions pour les entreprises n'atteignant pas le quota obligatoire de 5% de personnes handicapées parmi leur personnel. Selon cet amendement, les employeurs qui ne remplissent pas l'obligation doivent payer à l'Etat la moitié du salaire mensuel tchèque moyen pour chaque personne handicapée manquante au regard du quota. Cette mesure fut appliquée pour la première fois en 2000.

Selon les données de l'agence pour l'emploi, 90 % de l'ensemble des employeurs (employant plus de 20 employés) remirent des déclarations contenant des informations sur le respect de cette obligation²⁷. 92% déclarèrent avoir rempli le quota, à un taux en moyenne de 5,8% (plus que ce que requiert la loi). Ils déclarent y être parvenus en employant directement des personnes handicapées à raison de 3,5% en moyenne, en achetant des produits à raison de 0,3% et en versant de l'argent à l'Etat à raison de 2%.

Toutefois, un an après l'instauration de quotas obligatoires, aucune amélioration du taux d'emploi des personnes handicapées ne peut être observée; en fait, le nombre de personnes handicapées exerçant une activité rémunérée a baissé de 13% par rapport à l'année précédente. La seule nouveauté positive est la découverte par les agences pour l'emploi que le nombre de demandes d'autorisation de licenciement des personnes handicapées a diminué.

Il est important de noter que les employés de l'agence pour l'emploi soulignent leur incapacité tant à vérifier l'exactitude des déclarations remises par les entreprises, qu'à sanctionner les employeurs qui n'ont pas rempli le quota exigé. Une complication supplémentaire provient du fait que la législation ne précise pas qui a la responsabilité de réclamer le paiement de l'amende pour non-respect du quota exigé.

Après l'expérience de la première année de versements obligatoires au budget de l'Etat et en dépit du taux apparemment élevé auquel le quota de 5% a été rempli, le ministère du Travail et des Affaires sociales suggère que le niveau de ces versements a été fixé trop bas pour forcer les employeurs à créer de nouveaux emplois et des conditions adéquates pour employer des personnes handicapées. Un problème supplémentaire vient du fait que ces versements passent dans le budget de l'Etat et ne sont pas automatiquement réservés au financement d'actions supplémentaires en faveur de l'emploi des personnes handicapées. C'est pourquoi le ministère propose d'augmenter les versements au budget de l'Etat en cas non-respect du quota d'employés handicapés à six fois le salaire mensuel moyen pour une année, par employé handicapé manquant. Il propose aussi que ces fonds soient distingués au sein du budget

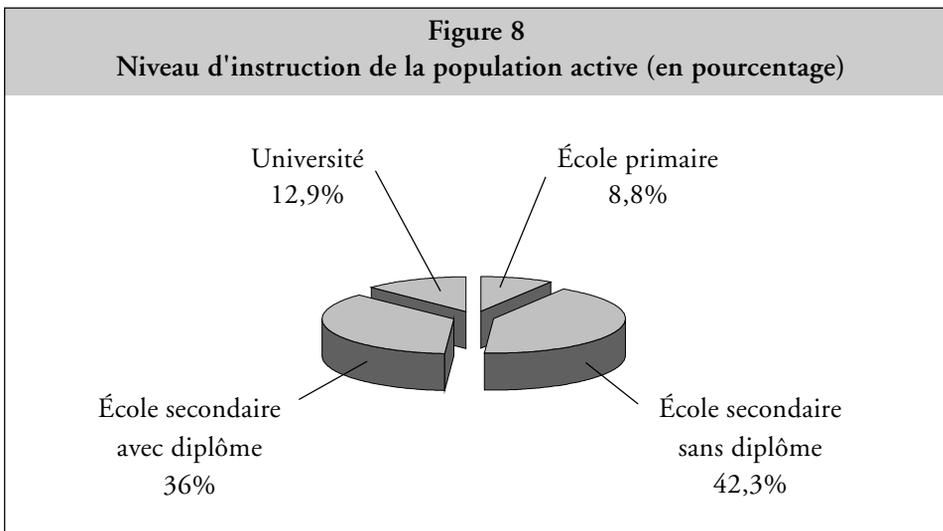
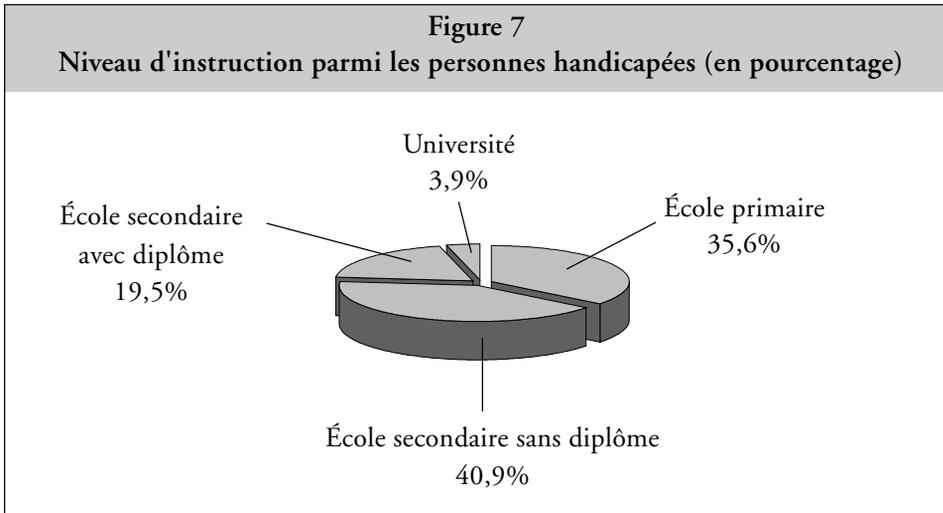
²⁷ Les employés de l'agence pour l'emploi soulignent le manque de fiabilité des registres des entreprises de plus de 20 employés existants.

de l'Etat et que ces ressources financières soient utilisées à soutenir l'emploi des personnes handicapées.

Les dernières recherches effectuées par l'Institut de recherche sur le travail et les affaires sociales au sujet des problèmes les plus sérieux associés à l'emploi des personnes handicapées eurent lieu en 1997 (Karpíšek et coll., 1997). Les résultats de ces recherches permirent d'identifier quatre problèmes principaux qui, vu l'amélioration du climat économique général, sont encore plus sérieux aujourd'hui qu'ils ne l'étaient alors:

1. Le manque d'emplois adaptés aux personnes handicapées. Même si le taux d'emploi a augmenté et le taux de chômage diminué ces dernières années, l'impact de la croissance économique sur l'emploi des personnes handicapées a été minime. Ce qui suggère que la solution au problème de l'emploi des personnes handicapées, ce n'est pas un boom économique mais plutôt des politiques qui promeuvent le travail effectué par cette population.
2. Les employeurs ne sont généralement pas disposés à employer des personnes handicapées. Selon les employeurs, les employés handicapés ont un taux d'absentéisme pour raisons médicales plus élevé et un niveau d'efficacité au travail plus faible.
3. Les entreprises qui emploient des handicapées ne sont pas motivées par le système existant de subventions publiques. Elles considèrent le processus de demande de subventions publiques comme hautement bureaucratique et le montant de l'aide financière attribuée comme trop faible.
4. Les personnes handicapées souvent ne remplissent pas les exigences de l'emploi dans un environnement économique concurrentiel qui exige de plus en plus une qualification. (voir Figures 7 et 8).

Le système d'incitations négatives et positives – sanction en cas de non-remplissage des quotas d'emplois d'un côté et subventions et allègements fiscaux de l'autre – pour stimuler l'emploi des personnes handicapées ne semble pas suffisamment efficace. L'augmentation du nombre de personnes handicapées demandeuses d'emploi a beau avoir été enrayée, le nombre de personnes handicapées exerçant une activité rémunérée continue à baisser. Cela révèle un cas de figure troublant: celui d'un nombre croissant de personnes handicapées fuyant la population active.



Source: *Enquêtes sur la population active*, 3^e trimestre 2001.

3.6. La réadaptation

La réadaptation n'a fait l'objet d'aucune réforme fondamentale au cours des années 1990, le système actuel étant presque le même que celui en place sous l'ancien régime communiste. Il y a une certaine quantité de dispositifs

qui existent en matière médicale, sociale, de lieux de travail et de réadaptation en République tchèque; mais il ne s'agit pas de ce qu'on appelle la "réadaptation globale", répandue dans les pays avancés de l'Union européenne (tels que l'Autriche). La principale raison à cela réside dans l'histoire de la réadaptation en Tchécoslovaquie, la réadaptation ayant été assimilée presque exclusivement à un traitement médical (voir Section 1.4.).

La réadaptation se fait dans des centres de réadaptation, au nombre de douze actuellement en République tchèque. Ces établissements n'effectuent qu'une réadaptation médicale, qui est financée par le régime de l'assurance maladie et où les patients sont soit pensionnaires soit externes. Ces centres n'effectuent pas de rééducation professionnelle, y compris d'ergothérapie, au réel sens du mot²⁸. Les patients sont envoyés pour réadaptation sur recommandation de leur médecin traitant. Toutefois, la loi n'oblige pas le médecin à proposer de la réadaptation au patient ni n'oblige le patient à en accepter.

La Loi sur l'emploi définit la rééducation professionnelle comme un traitement cohérent destiné à permettre aux citoyens handicapés d'exercer leur travail antérieur ou tout autre travail adapté. La rééducation professionnelle comprend du conseil, une aide dans le choix d'une activité ou d'un emploi; une préparation à l'emploi (formation); le placement dans un emploi; et la création des conditions adaptées à l'exercice du travail. Le personnel de l'agence pour l'emploi ne peut organiser et financer de rééducation professionnelle que pour des demandeurs d'emploi inscrits et dont le congé maladie est parvenu à expiration. En pratique, le résultat ultime d'une réadaptation ainsi conçue est, de manière prépondérante, le placement de la personne dans un atelier spécial ou la création d'un emploi protégé, ce qui signifie souvent que les savoir-faire professionnels ne sont pas remis à jour et que les emplois ne sont

²⁸ D'après une étude effectuée par l'Agence pour l'emploi en 1997, dans la plupart des régions, les employés des agences pour l'emploi n'ont pas eu recours aux centres de réadaptation pour une évaluation optimale du potentiel de travail restant des personnes handicapées demandeuses d'emploi. En 1996, seulement 303 demandeurs d'emplois passèrent par des établissements d'ergodiagnostic. Ce faible niveau d'utilisation est attribué au flou législatif : les agences pour l'emploi ne sont pas certaines qu'elles peuvent acheter de tels services sur leur budget de politique active d'aide à l'emploi (Karpíšek et coll., 1997).

jamais trouvés sur le marché du travail normal. Trouver du travail sur le marché du travail normal est rendu encore plus problématique par le fait qu'il n'existe aucun instrument d'une politique de marché du travail active, tel que le travail assisté et l'emploi temporaire.

La réadaptation – et en particulier la rééducation professionnelle sous sa forme actuelle – est considérée comme inefficace et insuffisante par les autorités et les institutions directement impliquées, à savoir le ministère du Travail et des Affaires sociales, les agences pour l'emploi, et les centres de réadaptation, puisqu'elle ne réussit pas à faire intégrer le marché du travail normal aux personnes handicapées. Des amendements à la législation existante en cours de préparation vont introduire le concept de réadaptation, aussi bien que s'occuper des problèmes de financement de la réadaptation, et clarifier les liens de celle-ci avec les autres systèmes sociaux pour les personnes handicapées.

3.7. Les autres prestations sociales aux personnes handicapées

Dans le système de prestations sociales de l'Etat, il existe des prestations universelles et d'autres liées aux ressources, essentiellement pour les familles ayant des enfants à charge. Un exemple de prestation ciblée sous condition de ressources est constitué par l'allocation sociale. C'est une prestation destinée aux personnes élevant au moins un enfant à plein temps, quand le revenu du ménage ne dépasse pas un certain niveau (minimum vital pour différents types de familles). Si, dans une famille, un enfant ou un des parents est handicapé, le plafond de revenu autorisé se voit relevé. D'autres prestations aux personnes handicapées sont universelles, telles que l'allocation parentale, ou les allocations d'entretien et de placement familial. Une mère ou un père qui élève personnellement un enfant jusqu'à l'âge de quatre ans (sept ans dans le cas d'un enfant handicapé) a droit à une allocation parentale. Le même principe s'applique à une demande d'allocation d'entretien de la part d'une femme de militaire, si elle élève un enfant handicapé. Les allocations de placement familial sont aussi déterminées en fonction du degré d'invalidité de l'enfant.

Dans le système de services sociaux, les prestations et les services sont principalement dispensés aux personnes gravement handicapées, c'est-à-dire à celles dont le handicap limite de manière substantielle les capacités locomotrices ou de localisation. Le niveau de ces prestations dépend du degré et du type

d'invalidité qui affecte la personne en question. De telles personnes reçoivent des avantages spéciaux qui sont divisés en trois catégories, selon le type et le degré d'invalidité:

- Les avantages du premier degré, qui vous assure une carte TP (*těžce postižený* ou “gravement handicapé”) ne comprennent aucun élément financier. Il donne seulement au porteur de la carte droit à des sièges réservés dans les transports publics et à un traitement de faveur quand ses affaires sont examinées, par exemple dans les administrations publiques.
- En plus des avantages du premier degré, le second degré, qui vous assure une carte ZTP (*zvlášť těžce postižený* ou “particulièrement gravement handicapé”), donne au porteur de la carte droit à la gratuité des transports publics locaux à travers le pays. Il donne également au porteur de la carte droit à des réductions sur les billets de transport (autres que transports publics locaux), à des places de théâtre et de cinéma, aussi bien qu'à des entrées pour des concerts ou d'autres événements culturels et sportifs.
- Le troisième degré, qui vous assure une carte ZTP/P (*zvlášť těžce postižený, potřebující průvodce* ou “particulièrement gravement handicapé et dans l'obligation d'avoir recours à un accompagnateur”), comprend les avantages des deux catégories antérieures, plus le droit à la gratuité des transports publics pour l'accompagnateur. Les aveugles ont droit à la gratuité des transports pour leur chien-guide, à condition qu'ils ne soient pas escortés par un accompagnateur. Les porteurs de cette carte et leur accompagnateur ont droit à des réductions sur les billets de théâtre et de cinéma, etc.

En plus des avantages et réductions susmentionnés, d'autres avantages sociaux sont aussi attribués aux porteurs d'une carte du second ou du troisième degré. Ceux-ci vont de l'allègement fiscal et de l'exonération de certains frais ou droits, à des subventions pour l'entretien d'un véhicule à moteur et le paiement de l'assurance. Les personnes handicapées ont également droit à des services, en particulier à des services de soins communautaires et à diverses formes de soins institutionnels.

3.8. *Faiblesses de la législation existante régissant le système de services sociaux*

Le système actuel de protection sociale pour les personnes handicapées, et surtout les services sociaux, ont été fortement critiqués par le grand public, par les personnes handicapées elles-mêmes, par les organisations de handicapées, et, pour des raisons légèrement différentes, par les employés des services sociaux. Le grand public, les personnes handicapées et les organisations de handicapés soutiennent que le système actuel est inefficace et qu'il ne permet pas aux personnes handicapées de bénéficier du niveau de vie auquel elles ont droit dans une société moderne. Le point de vue général des employés des services sociaux sur le système est, en revanche, beaucoup plus positif, même s'ils critiquent certains détails dans le fonctionnement de ce système (Haberlová, 2000).

Les principales raisons pour expliquer une attitude aussi critique sont (enquête de la STEM²⁸ in Haberlová, 2000):

- Un faible taux de participation. Les représentants des institutions de l'Etat estiment le taux d'utilisation des prestations par la population couverte à 13%, les organisations de handicapés l'estimant à 22%.
- Un niveau d'abus élevé. La vaste majorité des employés des services sociaux et des représentants des organisations de handicapés est convaincue que le système de sécurité sociale pour les personnes handicapées existant permet d'abuser des prestations, des allègements fiscaux et de divers autres avantages. Les estimations par les experts de la proportion de personnes abusant d'une espèce de prestation ou d'une autre vont de 9% (organisations de handicapés) à 22% (employés des services sociaux). Le dépôt d'une demande de prestations par une autre personne que la personne handicapée – généralement un membre de la famille – constitue la méthode la plus courante pour abuser des prestations. Les insuffisances et les failles de la législation ou l'incapacité à prouver l'existence d'abus sont la cause principale de cette situation.

²⁸ Cette enquête, intitulée *La prise de conscience des anomalies du système de paiement des prestations aux handicapés en République tchèque sur la base de faits et de chiffres pertinents*, fut menée en 1999 par l'agence de recherche sur l'opinion publique STEM en collaboration avec Socioklub.

- Un autre problème grave est le cumul des prestations, cumul causé par la fragmentation du système actuel de sécurité sociale pour les personnes handicapées. On peut illustrer cela en prenant l'exemple de l'achat d'une voiture par une personne handicapée, auquel cas l'ayant droit a droit à une allocation pour l'achat de la voiture aussi bien qu'à une allocation pour son utilisation et, parfois, à une vignette d'autoroute gratuite.

La plupart des parties prenantes (institutions de l'Etat, organisations non gouvernementales représentant les handicapés, et personnes handicapées elles-mêmes) sont convaincues que la tendance actuelle à procéder par petites touches à des ajustements du système de sécurité sociale pour les personnes handicapées ne peut pas continuer. Elles suggèrent, comme une première étape, d'effectuer une évaluation complète de l'efficacité du système actuel de prestations fournies par le système de protection sociale. Sur la base des recherches susmentionnées, il semble que toutes les parties intéressées tomberaient d'accord, pour, à titre de deuxième étape, réduire l'importance des allègements fiscaux par rapport aux prestations sociales. Les prestations sociales aux personnes handicapées sont actuellement fournies à la fois par le système du fisc et par les systèmes sociaux, ce qui est considéré comme un cumul de prestations et comme un gaspillage vu le doublement des coûts administratifs. Toutefois, il est très difficile de trouver un accord sur les questions les plus importantes. Tandis que les employés des services sociaux, le grand public, et certaines organisations de handicapés préféreraient plutôt voir s'élargir le champ des services sociaux qu'augmenter les prestations sociales, les personnes handicapées elles-mêmes réclament à la fois une hausse des allocations et un élargissement du champ des services sociaux (Haberlová et Biskup, 2000).

4. Conclusion

Novembre 1989 annonça une époque de bouleversements majeurs dans ce qui était alors la Tchécoslovaquie. Toutefois, l'euphorie de la découverte de la liberté et de la démocratie tourna bientôt à la désillusion, à mesure que les gens commençaient à comprendre que la route vers la prospérité économique serait longue et ardue.

En matière de politique sociale, la Tchécoslovaquie de la fin 1989 héritait un système qui contenait clairement des traits bismarckiens. En outre, certains pans de la société bénéficiaient d'un traitement de faveur en termes de prestations sociales, notamment les membres officiels du Parti communiste, les travailleurs manuels (les mineurs), et d'autres travailleurs des métiers dits à haut risque, tandis que d'autres pans de la société étaient victimes de discrimination, notamment le groupe relativement petit des travailleurs indépendants.

En ce qui concerne les indemnités d'invalidité, le pouvoir communiste considérait de tels paiements comme une réparation pour le fait d'être invalide, plutôt que, comme c'est le cas dans les pays d'Europe occidentale, l'élément d'une tentative pour faire réintégrer aux personnes handicapées la population active.

De même, la conception communiste de la réadaptation était qu'un tel traitement devait viser à alléger le handicap, plutôt que, comme le veut la conception occidentale, un moyen, non seulement d'alléger le handicap, mais encore de permettre aux personnes handicapées de trouver du travail.

Les années de transition en Tchécoslovaquie (en République tchèque à partir du 1^{er} janvier 1993), considérées dans notre étude comme allant de 1990 à 1995, furent des années difficiles pour toutes les parties de la société. La restructuration inévitable de l'économie, délaissant l'industrie lourde à fort coefficient de main d'œuvre traditionnelle pour les industries mi-lourde et légère et les services, couplée avec les licenciements causés par le fait que les entreprises nouvellement privatisées dégraissent et renvoient les travailleurs superflus hérités de la politique communiste de plein emploi, entraîna une hausse du chômage. Une inflation élevée ajouta aux problèmes des premiers gouvernements élus du début des années 1990, faisant craindre des troubles sociaux massifs.

En conséquence, les prestations sociales, y compris les indemnités d'invalidité, furent généreusement payées, et, dans une certaine mesure, dissuadèrent de nombreux chômeurs de trouver un nouvel emploi.

Les personnes handicapées furent frappées particulièrement durement par les changements qui eurent lieu durant cette période de transition. Les coopératives industrielles et les ateliers spéciaux perdirent certains des privilèges dont ils avaient bénéficié à l'époque communiste, et se trouvèrent tout à coup en concurrence directe avec des entreprises privées. Incapables de rivaliser d'égal

à égal avec elles, nombre de ces établissements fermèrent, privant par-là des personnes handicapées de travail.

La plupart des employeurs, ayant un large réservoir de main d'œuvre dans lequel choisir, préférèrent mieux ne pas employer de personnes handicapées, les considérant comme moins qualifiées, moins productives, et exigeant plus de congés de maladie que les personnes valides.

Les gouvernements du début des années 1990, sans modifier fondamentalement le système de prestations d'invalidité héritées de la Loi sur la sécurité sociale de 1988, réagirent d'une manière opportune à la dégradation des conditions de cette partie de la société en instaurant des allègements fiscaux; des incitations financières pour les entreprises employant des personnes handicapées, des quotas obligatoires, et des programmes spéciaux en matière de marché du travail. Néanmoins, les spécialistes de ce domaine de la sécurité sociale et des groupes de personnes handicapées firent campagne pour une législation complètement neuve destinée à réunir le meilleur de la Loi de 1988 et les dispositions et décrets gouvernementaux ultérieurs, aussi bien que des éléments de la législation d'Europe occidentale.

Quant arriva 1995, la situation économique de la République tchèque s'était stabilisée, le taux de chômage était faible en comparaison de ceux des économies des pays en transition voisins, l'investissement étranger était élevé, et l'inflation était à un niveau acceptable.

Durant la seconde moitié des années 1990, la nouvelle Loi sur l'assurance pensions entra en vigueur. Cette Loi instaura des critères plus objectifs en ce qui concerne l'appréciation de l'invalidité, ce qui mena à une plus grande égalité de traitement entre les personnes handicapées et réussit à corriger le déséquilibre qui existait entre titulaires de pensions d'invalidité totale et partielle.

Le système de quota, instauré initialement en 1991, fut amendé pour inclure des sanctions destinées à forcer les entreprises de plus de 20 travailleurs à employer des personnes handicapées, ou sinon à acheter des produits provenant d'autres entreprises employant un nombre élevé de personnes handicapées, par exemple les coopératives industrielles. Il s'avère toutefois que les autorités furent incapables de vérifier dans quelle mesure les employeurs se conformaient en pratique à ce règlement, et celui-ci semble avoir eu peu d'effet sur l'emploi des personnes handicapées.

La réadaptation a finalement été reconnue comme un élément important pour réinsérer les personnes handicapées dans la population active. Toutefois, cela va prendre un certain nombre d'années pour que cette politique porte des fruits, délai durant lequel il faudra ouvrir davantage d'établissements et former davantage de personnel. Ces mesures nouvelles et d'autres, qui ont été analysées de plus près dans la troisième partie de cette étude, visaient à mieux intégrer les personnes handicapées dans la population active, mais les résultats furent quelque peu mitigés.

Notre étude a tenté de retracer en détail les évolutions relatives, jusqu'à l'heure actuelle, aux personnes handicapées en République tchèque. Que peut-on faire de plus pour améliorer leur situation dans ce pays ?

- Nous voyons l'étape très importante qui consiste à unifier la législation existante comme destinée à simplifier le système de prestations et à réduire la bureaucratie. Une telle démarche devrait avoir pour but premier et principal d'inciter les personnes handicapées à retourner travailler, aussi bien que d'inciter les employeurs à les employer.
- Alors que les revenus que les personnes gravement handicapées peuvent tirer d'une activité ne sont nullement limités par la législation existante, les personnes partiellement handicapés doivent limiter leurs gains d'une manière très restrictive, faute de quoi ils perdent tout ou partie de leurs prestations. Nous avons le sentiment que ces restrictions devraient être levées, ce qui créerait une véritable incitation à prendre un emploi pour les personnes partiellement handicapées. Alors que l'Institut de recherche sur le travail et les affaires sociales a recommandé au ministère du Travail et des Affaires sociales de prendre cette mesure, ce dernier a montré peu d'enthousiasme pour une telle modification de la loi.
- Une autre recommandation concerne le système de quota, selon lequel les entreprises doivent employer un certain nombre d'employés handicapés. Nous pensons que les sanctions en cas de non-remplissage de ce quota sont trop bénignes et que les agences pour l'emploi devraient se voir attribuer les ressources et les pouvoirs nécessaires pour enquêter sur la manière dont les employeurs assument leurs responsabilités.
- Nous pensons que le système actuel de services sociaux est plutôt compliqué, ce qui mène à des confusions sur la question de savoir à quels prestations et services sociaux les personnes handicapées ont droit,

ce qui produit par contrecoup un faible taux de participation et des possibilités d'abus. Nous croyons fermement qu'il faudrait mener la transformation du système de services sociaux à terme très prochainement.

Toutefois, le vote d'une nouvelle législation ne résoudra pas en soi le problème des personnes handicapées. C'est aussi les attitudes qui doivent changer. Les attitudes adoptées par les employeurs qui, dans leur majorité, et en dépit d'incitations financières destinées à les encourager à employer des personnes handicapées, rechignent à employer de telles personnes. Ils considèrent les personnes handicapées comme étant moins productives que les personnes valides et ils regardent le supplément de bureaucratie qu'implique le fait de les employer comme prenant du temps et n'en valant pas la peine.

Il faut que les attitudes envers les personnes handicapées changent dans la société dans son ensemble. A l'époque communiste, les personnes handicapées, en particulier les personnes gravement handicapées, qui étaient hébergées dans des établissements spéciaux, étaient dans une large mesure gardée hors de vue du gros de la société. Les pays occidentaux ont tenté d'intégrer les personnes handicapées dans la société par des programmes dits de "soins au sein de la communauté", programmes qui ont réussi à faire prendre conscience au public de l'existence des personnes handicapées et de leurs besoins et problèmes spécifiques. Voilà un domaine privilégié d'action future pour la République tchèque également.

Bibliographie

- Administration tchèque de la sécurité sociale (1980–2000): *Annuaire statistique de l'assurance pensions*.
- Bartošová, M. (1991): *Persons with Altered Capacity for Work on the Labour Market*, Institut Central de recherche sur l'économie nationale, Prague.
- Biskup, J. (1996): "Health Assessment and Pension Insurance." *Zdravotnické noviny*, 33.
- Biskup, J. (1997): "Amendment of Decrees Nos. 284 of 1995 Coll. and 207 of 1995 Coll." *Národní pojistění*, 10: 24–28.

- Haberlová, V. (2000): "Rationality of the System of Social Security for Persons with Disabilities." *Sociální politika* 26(4): 12–14.
- Haberlová, V. et J. Biskup (2000): "Confusion over the Future of the System of Social Security for Persons with Disabilities." *Sociální politika*, 26(5): 14–16.
- Karpíšek, Z. et coll. (1997): "Economic Motivation to Employ Persons with Disabilities and Proposed Measures to Increase Their Rate of Employment. Detailed Report," Institut de recherche sur la travail et les affaires sociales, Prague.
- Mácha, M. (1998): *Social Protection in the Czech Republic. Country Profile*, Fondation pour la recherche sur les transformations sociales, Prague.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (2000): "Changer le régime d'indemnisation pour les accidents du travail et les maladies professionnelles," document préparé pour une réunion avec le ministre, ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque, Prague, 12 décembre 2000.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (2000): "Projet de synopsis pour la Loi sur l'emploi," document préparé, pour débat, par le gouvernement de la République tchèque, Ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque, 12 décembre 2000.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (2001): "La réadaptation globale," document préparé pour une réunion avec le ministre, ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque, Prague, 1^{er} mars 2001.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (2001): "La notion d'action prolongée dans la réforme des pensions," document préparé pour un conseil des ministres de la République tchèque, ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque, Prague, 28 février 2001.
- Ministère du Travail et des Affaires sociales (2001): "La transformation du régime d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles," document préparé pour une réunion avec le ministre, ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque, Prague, 18 février 2001.
- Müller, K. (1999): "Pension Reform Paths in Comparison. The Case of Central-Eastern Europe," *Czech Sociological Review*, 1/1999.
- Pfeifer, J. (2001): "L'emploi des citoyens handicapés," document interne, Institut de recherche sur la travail et les affaires sociales.

- Phare Consensus (2000): "Change and Choice in Social Protection. The Experience of Central and Eastern Europe," Vol.2, Pantheon, The University of York.
- Práce (1997): "Finding Work is Becoming Harder and Harder for Persons with Disabilities," *Práce*, 13 novembre 1997, p.10.
- Průša, L. (2001): "On the Transformation of Benefits for Disabled Citizens," *Sociální politika*, 27(7–8), pp. 4–8.
- Institut de recherche sur la travail et les affaires sociales (2001): *Development of the Main Economic and Social Indicators in the Czech Republic 1990–2000*, Institut de recherche sur la travail et les affaires sociales, Prague.
- Steinichová, L. (2001): *Employment of Citizens with Altered Capacity for Work*, Pragoeduca, Prague.
- Tomeš, I. (1996): *Social Policy Theory and International Experience*, Socioklub, Prague.
- Tomíšková, V. (1992): "La situation dans les coopératives industrielles de la République tchèque," deuxième conférence nationale sur la "Législation pour les citoyens handicapés et leur intégration dans la société," Hodonín u Kunštátu, novembre 1992.

La protection contre l'invalidité en Estonie

Lauri Leppik¹

1. La protection contre l'invalidité avant 1991

1.1. L'héritage soviétique

L'Estonie reprit son indépendance le 19 août 1991, avec un régime de prestations sociales hérité de l'Union soviétique. Le système de pensions de l'ex-Union soviétique avait plusieurs traits bismarckiens – par exemple, des droits fondés sur le travail et des prestations liées au salaire antérieur. Toutefois, à la différence d'un régime bismarckien typique, les pensions étaient financées par le budget général de l'Etat. L'existence de pensions minimum et maximum rendait le système de pensions fortement redistributif; combinée avec un système de salaires relativement uniformes, elle produisait une structure de prestations qui était plutôt faiblement différenciée.

Le système de sécurité sociale soviétique utilisait la notion d'invalidité, laquelle était principalement considérée comme un état médical dont l'appréciation était du ressort des médecins. On focalisait donc le problème sur l'individu plutôt que sur son environnement, mais avec à l'arrière-plan l'idée que l'environnement naturel était dans une grande mesure inaccessible aux personnes handicapées. Toutefois, une forte éthique du travail et la politique de plein emploi du régime communiste avaient des conséquences favorables à l'insertion professionnelle des personnes handicapées et favorisait des taux d'emploi élevés parmi les titulaires de pensions d'invalidité.

Le statut des personnes handicapées variait de façon substantielle selon la cause de leur invalidité. Tandis que les anciens combattants et les victimes d'accidents du travail jouissaient d'une grande reconnaissance officielle et bénéficiaient d'un certain nombre d'avantages, les personnes atteintes de déficiences congénitales se trouvaient souvent exclues socialement, étant enfermées derrière les murs de leurs maisons ou d'établissements de soins.

Le système de pensions était régi par deux lois. La Loi sur les pensions publiques, qui remontait à 1956, s'appliquait à toutes les personnes ayant un emploi. Pour les membres des kolkhozes (fermes collectives), il existait un régime distinct régi par la Loi sur les pensions des kolkhoziens de 1964. En cela, le système soviétique de pensions ressemblait à celui d'un certain nombre d'autres pays ayant un secteur agricole considérable, dans la mesure où il entretenait des régimes distincts pour les agriculteurs et pour les autres travailleurs. Les deux régimes de pensions offraient une protection en cas de vieillesse, d'invalidité et de perte du soutien de famille.

Les pensions d'invalidité étaient accessibles aux personnes qui s'étaient vu accorder le statut d'invalides par une commission d'experts médecins. Comme il n'existait pas de limite d'âge, le statut d'invalides pouvait être accordé à n'importe quel âge. Les personnes adultes ayant le statut d'invalides étaient divisées en trois groupes:

- invalides avec une incapacité de travail totale et ayant besoin d'une assistance constante (catégorie 1)
- invalides avec une incapacité de travail totale mais n'ayant pas besoin de l'assistance d'un tiers (catégorie 2)
- invalides avec une incapacité de travail partielle (catégorie 3)

Aucune catégorie d'invalidité n'était définie pour les enfants, qui étaient classés à part en tant qu'enfants handicapés. Pour ouvrir droit à une pension d'invalidité, une certaine période de service fut fixée pour chaque âge et pour chaque sexe (voir Tableau 1).¹

¹ L'âge général de la retraite selon la loi de 1956 était de 55 ans pour les femmes et de 60 ans pour les hommes. La période de service ouvrant droit à une pension de vieillesse était aussi propre à chaque sexe: 20 ans pour les femmes et 25 ans pour les hommes.

Tableau 1
Durée de service ouvrant droit à une pension d'invalidité sous le régime de la
Loi soviétique sur les pensions datant de 1956

Age	Durée de service ouvrant droit à pension	
	Hommes	Femmes
Moins de 20 ans	—	—
20–22	2 ans	1 an
23–25	3 ans	2 ans
26–30	5 ans	3 ans
31–35	7 ans	5 ans
36–40	10 ans	7 ans
41–45	12 ans	9 ans
46–50	14 ans	11 ans
51–55	16 ans	13 ans
56–60	18 ans	14 ans
Au-dessus de 61 ans	20 ans	15 ans

Le montant de la pension d'invalidité dépendait de deux facteurs principaux: la catégorie d'invalidité et le salaire antérieur. En outre, différents taux cibles de remplacement étaient fixés, selon que l'invalidité avait pour cause une maladie d'origine générale, un accident du travail ou une maladie professionnelle (voir Tableaux 2 et 3).

Tableau 2
Pension d'invalidité en cas de maladie d'origine générale sous le régime
de la Loi soviétique sur les pensions datant de 1956

Catégorie d'invalidité	Pension d'invalidité (% de l'ancien salaire)	Pension minimale (en roubles)	Pension maximale (en roubles)
1	85	30	90
2	65	23	60
3	45	16	40

Tableau 3
Pension d'invalidité en cas d'accident du travail
ou de maladie professionnelle sous le régime de la Loi soviétique
sur les pensions datant de 1956

Catégorie d'invalidité	Pension d'invalidité (% de l'ancien salaire)	Pension minimale (en roubles)	Pension maximale (en roubles)
1	100	36	120
2	90	28,5	90
3	65	21	45

Aux termes du Code civil soviétique, l'employeur responsable était tenu, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de verser une indemnité, en plus de la pension d'invalidité de l'Etat, pour réparer la perte du salaire². Les personnes à qui manquait la période de service requise pour une pension d'invalidité, se voyaient attribuer une pension réduite, proportionnelle à leur durée de service effective, assortie d'un minimum. Les personnes ayant dépassé l'âge d'admission à la retraite pouvaient choisir une pension d'invalidité du montant de leur pension de vieillesse, si cette alternative était plus avantageuse pour elles.

Il est à remarquer que le niveau des pensions est resté le même pendant plusieurs décennies. L'idéologie soviétique manqua à reconnaître le concept d'inflation, en conséquence de quoi les prestations n'avaient pas besoin d'être indexées. Tous les prix étant contrôlés par l'Etat, les prix des articles de première nécessité restèrent stables. La pension maximale pour la 1^{ère} catégorie (90 roubles) correspondait à 60–70% du salaire moyen, permettant à son titulaire de satisfaire à ses besoins élémentaires. Mais la pension minimale pour la 3^e catégorie (16 roubles), correspondant en gros à 10% du salaire moyen, contraignait en pratique les pensionnés à chercher du travail afin de compléter leurs revenus.

Aux termes de la Constitution de l'Union soviétique, chacun avait à la fois le droit et le devoir de travailler. Les personnes handicapées rangées dans la 1^{ère}

²L'indemnisation de remplacement du salaire était égale au salaire antérieur moins la pension d'invalidité.

ou la 2^e catégorie étaient dispensées de *devoir* travailler mais conservaient encore le *droit* de travailler. Les invalides des 1^{ère} et 2^e catégorie étaient principalement employés dans des ateliers spéciaux et dans des entreprises spéciales, comme par exemple des ateliers pour les sourds et les aveugles, tandis que les invalides de la 3^e catégorie travaillaient principalement en milieu ordinaire. Des établissements d'assistance publique pour les handicapés mentaux, souvent situés dans la campagne, avaient des unités de production agricole où s'effectuait une soi-disante rééducation professionnelle. Ces unités de production contribuaient aussi à donner des taux d'emploi relativement élevés, dans la mesure où environ 10% des titulaires d'une pension d'invalidité vivaient dans un établissement d'assistance sociale. Les titulaires d'une pension d'invalidité des catégories 1 et 2 qui travaillaient pouvaient conserver leur pension complète, sans considération du revenu de leur travail. Quant aux pensionnés de 3^e catégorie, leur pension et le revenu de leur travail pris ensemble ne pouvaient excéder le niveau qu'atteignait leur salaire avant que leur pension d'invalidité leur soit attribuée.

Toutes les pensions, pensions d'invalidité incluses, étaient financées directement par le budget de l'Etat. Même si les entreprises et les administrations versaient un impôt dit de sécurité sociale (un "impôt social", par conséquent), au budget général de l'Etat, il n'y avait pas de relation nette entre les recettes provenant de l'impôt social et les dépenses de pensions.

Tandis que le droit à une pension d'invalidité était lié au travail, étant fondé sur le salaire antérieur et la durée de service, d'autres services et avantages sociaux pour les personnes handicapées étaient liés à leur statut: c'était des droits fondés principalement sur la catégorie de l'invalidité. En particulier, les anciens combattants mutilés de la Seconde guerre mondiale jouissaient d'avantages considérables, tels que:

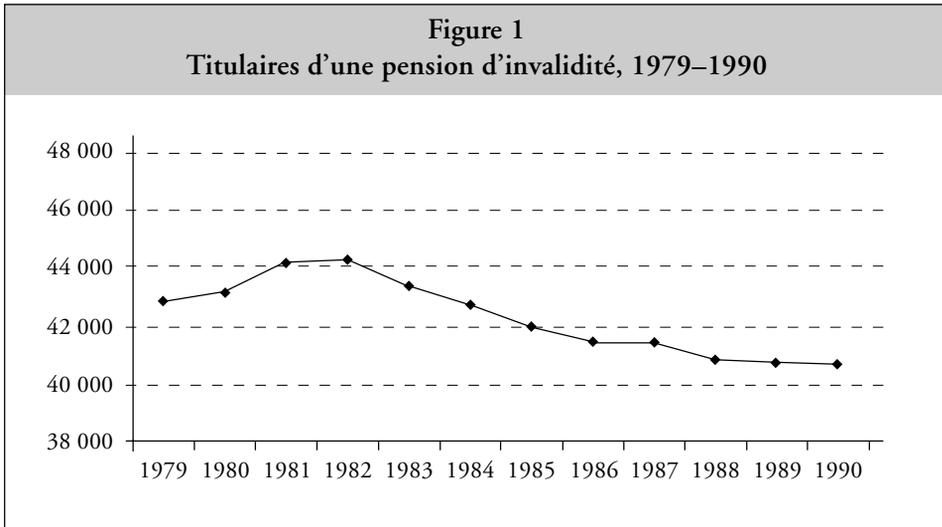
- véhicule manomobile gratuit (un tous les sept ans)
- gratuité des transports publics
- prothèse et fauteuil roulant
- traitement en sanatorium

1.2. Les répercussions de la politique soviétique en matière d'invalidité

Dans les années 1970 et 1980, le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité en Estonie resta dans une fourchette allant de 41 000 à 44 000, mais une

tendance à la baisse fut observée dans les années 80 (voir Figure 1). Cette baisse s'explique par trois facteurs principaux³:

1. la disparition des anciens combattants mutilés de la Seconde guerre mondiale.
2. une baisse du nombre de nouveaux cas d'invalidité, baisse due à un renforcement des contrôles et à la formation des membres des commissions médicales depuis Moscou⁴.
3. l'extension du recours à des indemnités de maladie en espèces plutôt qu'à des pensions d'invalidité.



Source: Institut estonien de statistique.

Sur un arrière-fond de croissance démographique en Estonie durant cette période, la part de titulaires d'une pension d'invalidité dans la population totale s'est réduite, passant de 3% en 1981 à 2,5% en 1990. Tandis que le nombre de retraités progressait constamment du fait d'une arrivée du régime de pensions à maturité, la part des titulaires d'une pension d'invalidité dans

³ D'après une discussion avec l'ancien Président de la Commission centrale d'expertise médicale.

⁴ Une baisse du nombre de nouveaux cas d'invalidité était considéré comme souhaitable, étant un indicateur de la réussite du système soviétique.

le nombre total des pensionnés s'est réduite, passant de 14,2% en 1980 à 10,8% en 1990⁵.

Tableau 4
Titulaires d'une pension d'invalidité en Estonie, 1975–1990

	1975	1980	1981	1982	1983	1984
Nombre de titulaires d'une pension d'invalidité	41 417	43 154	44 183	44 277	43 372	42 719
Part des titulaires d'une pension d'invalidité dans la population totale (en%)	2,9	2,9	3,0	3,0	2,9	2,8
Part des titulaires d'une pension d'invalidité dans la population pensionnée (en%)	14,7	14,2	14,2	14,0	13,5	13,1
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Nombre de titulaires d'une pension d'invalidité	41 975	41 457	41 401	40 845	40 744	40 683
Part des titulaires d'une pension d'invalidité dans la population totale (en%)	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5
Part des titulaires d'une pension d'invalidité dans la population pensionnée (en%)	12,7	12,4	12,2	11,8	11,6	10,8

Source: Institut estonien de statistique; calculs de l'auteur.

En 1990, à la fin de la période soviétique en Estonie, environ 11 000 titulaires d'une pension d'invalidité exerçaient une activité rémunérée, c'est-à-dire 30% des titulaires adultes d'une pension d'invalidité. Parmi les invalides de la 3^e catégorie, le taux d'emploi était encore plus élevé, atteignant 75%.

⁵ Il y avait au total 231 000 en 1980, et 287 000 en 1990 (Institut estonien de statistique, 1998).

2. La protection contre l'invalidité dans les premières années de la transition

Les commencements de la réforme de la protection contre l'invalidité en Estonie furent marqués par les étapes suivantes:

1. l'autonomisation financière du système de prestations sociales, (1990)
2. la libéralisation des prestations (1991)
3. la réduction des prestations (1992)
4. la réorganisation des prestations (1993)

2.1. *L'autonomie financière*

L'aggravation des difficultés fiscales et financières du système soviétique contraignit le gouvernement estonien à prendre des mesures pour consolider financièrement le système de pension avant même la réaccession officielle à l'indépendance. Avec pour objectif sous-jacent de le soustraire aux effets négatifs des troubles économiques causés par la libéralisation des prix, l'accélération de l'inflation et les problèmes de trésorerie, le gouvernement décida de séparer le financement du système de pensions estonien du reste de l'Union Soviétique. C'était une démarche audacieuse de la part du gouvernement, et qui reflétait le désir d'atteindre à une plus grande autonomie. En même temps, de nombreuses personnes croyaient que, parce que l'Estonie était une contributrice nette au sein de l'Union Soviétique, une séparation financière permettrait d'assurer de meilleures prestations sociales. L'adoption de la Loi sur les contributions sociales par le Conseil suprême d'Estonie institua une contribution sociale fixée à un taux de 20% du salaire brut et réservée au financement des pensions publiques⁶. Les recettes provenant des contributions sociales étaient perçues par le Fonds social, qui séparait les dépenses de pensions des autres dépenses budgétaires⁷.

2.2. *Des prestations plus généreuses*

Tandis que le gouvernement central de l'Union Soviétique projetait de remplacer la Loi sur les pensions de 1956 par une version révisée, le ministère estonien

⁶ La loi fut adoptée le 12 septembre 1990 et entra en vigueur le 1^{er} janvier 1991.

⁷ A l'origine, le Fonds social avait aussi d'autres sources de recettes, comme certains droits d'accise.

des affaires sociales se mit à préparer une nouvelle loi sur les pensions en 1990. Cette loi devait séparer la partie prestation du système de pensions estonien du système de pensions soviétique. Aux yeux du gouvernement, la nouvelle loi avait deux objectifs principaux: se débarrasser des règles soviétiques en matière de pensions et augmenter la protection et le niveau des prestations. Le premier ministre Savisaar donna l'ordre qu'aucun paragraphe de la nouvelle loi sur les pensions ne soit une copie du texte de la loi soviétique (Männik et Leppik 1998).

Le Conseil suprême d'Estonie adopta la Loi de la République d'Estonie sur les retraites le 15 avril 1999. La nouvelle loi libéralisait les conditions d'attribution et prévoyait des taux de prestations plus élevées. La période de travail requise pour une pension d'invalidité était supprimée, et la protection était étendue à tous les résidents, quel que fût leur temps de service ouvrant droit à pension de vieillesse. Les pensions d'invalidité étaient calculées à partir du salaire minimum (SaM) et des revenus antérieurs conformément aux règles suivantes⁸:

- Pension d'invalidité de catégorie 1 = 60% du SaM + 40% de la moyenne des revenus antérieurs
- Pension d'invalidité de catégorie 2 = 60% du SaM + 35% de la moyenne des revenus antérieurs
- Pension d'invalidité de catégorie 3 = 30% du SaM + 25% de la moyenne des revenus antérieurs
- Pension d'enfant handicapé = 85% du SaM

Le salaire antérieur était calculé sur la base des cinq meilleures années consécutives parmi les 15 années qui précédaient la demande de pension ou la fin de la vie active.

En plus de cette pension de base, certains compléments étaient attribués, qui comprenaient:

- 70% du SaM pour les invalides de la catégorie 1
- 15% du SaM pour les enfants handicapés

⁸ Le calcul des pensions de vieillesse et de survivant était basé sur les mêmes éléments (salaire minimum et revenus antérieurs), mais en utilisant des coefficients de pondération différents.

En outre, les minima suivants étaient fixés pour les pensions:

- Pensions d'invalidité de catégorie 1 et 2 = 85% du SaM
- Pension d'invalidité de catégorie 3 = 45% du SaM

Dans les faits, toutefois, si l'on prend les compléments en compte, les pensions d'invalidité de la catégorie 1 ne pouvaient être inférieures à 130% du salaire minimum. Pour les enfants handicapés, les pensions d'invalidité ne pouvaient être inférieures à 100% du salaire minimum.

Indépendamment de leur âge, les handicapés des catégories 1 et 2 qui avaient la durée de service requise pour recevoir une pension de vieillesse – 25 ans pour les hommes, 20 ans pour les femmes – pouvaient se voir attribuer une pension d'invalidité au taux de la pension de vieillesse, quand cette alternative leur était favorable. Néanmoins, les hommes âgés de 55 ans ou plus et les femmes âgées de 50 ans ou plus se voyaient accorder une pension d'invalidité à vie. Les pensions étaient versées sans considération des revenus du travail ni de toute autre source.

L'approche médicale de la notion d'invalidité restait inchangée aux termes de la nouvelle loi, qui conservait les procédures antérieures pour établir l'invalidité. Les adultes devaient être examinés par des commissions d'experts médecins, organisées sur une base régionale. Dans le cas d'enfants en dessous de 16 ans, une commission médicale consultative de l'hôpital traitant établissait l'invalidité.

Bien que la nouvelle loi créât un régime tout à fait classique de pensions à prestations définies et financé par cotisations, de grandes espérances se heurtèrent violemment aux réalités économiques. La Loi sur les retraites de 1991 eut une durée de vie très courte: elle ne fut appliquée que sept mois, et seulement aux nouveaux cas d'invalidité.

Le problème essentiel de la nouvelle loi était son ignorance totale des calculs financiers. Appliquer la loi s'avéra hors de prix⁹. Ce paradoxe peut s'expliquer

⁹ Un autre problème était la nécessité de recalculer à plusieurs reprises les pensions dans le contexte d'une inflation très élevée en 1991–1992. Ces calculs devaient se faire crayon en main, étant donné le niveau d'informatisation encore très faible du service des pensions au début des années 1990.

par le manque d'expérience des experts du ministère des affaires sociales. L'Estonie manquait d'experts capables de produire les analyses de répercussions et les projections financières d'un avant-projet de loi. Sous le régime soviétique, la tâche des experts du ministère des affaires sociales était d'appliquer les lois préparées à Moscou. Les nouvelles circonstances exigeaient de nouveaux savoir-faire en matière d'élaboration de politiques et d'établissement d'une nouvelle législation, mais ceux-ci faisaient tout bonnement défaut aux fonctionnaires. Certes, prédire l'avenir dans le contexte économique et politique fortement troublé de l'Union Soviétique des années 90–91 aurait été un défi casse-cou, même pour des actuaires très doués.

2.3. Des coupes dans les prestations

L'effondrement de l'Union Soviétique en août 1991 et la crise économique qui s'ensuivit rendirent la situation encore plus tendue, contraignant le Conseil Suprême de l'Estonie à suspendre la loi sur les pensions en février 1992. Les pensions furent remplacées par des indemnités de subsistance uniformes versées par l'Etat. Cette mesure ne devait pas être considérée comme l'introduction délibérée de règles égalitaires en matière de prestations. Elle était plutôt vue par les hommes politiques comme un expédient temporaire destiné à résoudre une situation de crise économique aiguë. Avec des prestations uniformes, le paiement était plus facile à administrer et les calculs plus faciles à faire. L'échec de la loi sur les pensions de 1991 n'était pas encore admis par les hommes politiques et, par conséquent, la résolution du Conseil Suprême instituant des indemnités de subsistance fut complétée par la décision de réinstaurer la loi sur les pensions trois mois après l'introduction d'une monnaie propre à l'Estonie.

La résolution donnait aussi pour mandat au gouvernement de réexaminer le niveau des pensions en rapport avec les variations du salaire minimum. Pour suivre le rythme d'une inflation très élevée (1 100% en 1992), le gouvernement revalorisa les pensions à cinq reprises au cours de l'année. Il est à noter que les niveaux des pensions des différentes catégories d'invalidité ne furent pas augmentés dans les mêmes proportions. Les variations montrent que le gouvernement essayait de trouver un équilibre approprié entre pensions d'invalidité et salaire minimum, aussi bien qu'entre les montants des pensions des différentes catégories d'invalidité.

Tableau 5
Les ajustements des pensions d'invalidité en 1992

Pensions d'inv.	1 ^{er} fév. 1992	1 ^{er} mars 1992	1 ^{er} juil. 1992	1 ^{er} Oct. 1992
Catégorie 1	750 roubles	1 000 roubles (1,0 x s.min.)	2 300 roubles (1,15 x s.min.)	300 EEK
Catégorie 2	750 roubles	1 000 roubles (1,0 x s.min.)	2 000 roubles (1,0 x s.min.)	260 EEK
Catégorie 3	530 roubles	710 roubles (0,71 x s.min.)	1 420 roubles (0,71 x s.min.)	175 EEK
Enfants handicapés	750 roubles	1 000 roubles (1,0 x s.min.)	2 000 roubles (1,0 x s.min.)	260 EEK
Pensionnés exerçant une activité rémunérée	375 roubles	500 roubles (0,5 x s.min.)	1 000 roubles (0,5 x s.min.)	150 EEK

L'été 1992 fut aussi marqué par deux réformes importantes mettant en place un contexte plus large pour différentes politiques nationales: la réforme monétaire¹⁰, et l'adoption de la nouvelle Constitution estonienne¹¹. La Constitution, entre autres, posait les principes généraux d'une sécurité sociale. A l'article 28, la Constitution stipule que:

Toute personne a droit aux soins de santé. Les citoyens estoniens ont droit à l'aide de l'Etat en cas de vieillesse, d'incapacité de travail, de perte du soutien de famille, ou de dénuement. Les types d'aide, leur degré, les conditions d'attribution et les procédures seront fixées par des lois. A moins qu'il en soit décidé autrement par la loi, ce droit vaut de la même manière pour les citoyens estoniens, les citoyens d'Etats étrangers et les apatrides qui résident en Estonie. L'Etat soutient l'aide sociale fournie sur la base du volontariat ou par les municipalités. Les familles

¹⁰ Conformément à la résolution de la Commission de réforme monétaire, le rouble soviétique fut abandonné le 20 juin 1992 au profit de la couronne estonienne (EEK) au taux de 10 roubles la couronne. La couronne fut arrimée au mark allemand au taux fixe de 8 EEK = 1 DEM. Tout résident était autorisé à changer jusqu'à 1 500 roubles.

¹¹ La Constitution fut établie par une assemblée constitutionnelle. Elle fut adoptée par référendum le 28 juin 1992 et entra en vigueur le 3 juillet 1992.

nombreuses et les personnes handicapées feront l'objet d'une attention particulière de la part de l'Etat et des autorités locales.

D'une façon générale, les droits sociaux étaient énoncés d'une manière plutôt faible dans la Constitution. Notamment, la formule "aide de l'État" est employée à la place de déclarations plus fermes telles que "droit à pension". Quoi qu'il en soit, les besoins spécifiques de deux groupes sociaux: les personnes handicapées et les familles nombreuses, sont spécifiquement reconnus par la Constitution.

2.4. La réorganisation des prestations

Suite à l'introduction de la monnaie estonienne en juin 1992, le gouvernement fut obligé de prendre des mesures pour réinstaurer la loi de 1991 sur les pensions. Les premières élections législatives démocratiques en Estonie, en septembre 1992, retardèrent le processus, et cette tâche fut transférée au nouveau gouvernement.

Les calculs effectués par le ministère des affaires sociales nouvellement créé montrèrent que les recettes provenant des cotisations sociales n'étaient pas suffisantes pour qu'on pût réintroduire la Loi sur les pensions de 1991¹². Pour financer la loi, le taux de prélèvement des cotisations sociales aurait dû passer de 20% à 26% (Mannik et Leppik 1998). Comme le gouvernement optait pour des méthodes de reconstruction économique radicales (stabilité monétaire fondée sur une caisse d'émission, libéralisme de la politique commerciale, équilibre du budget avec un recours très limité à l'emprunt et privatisations de grande envergure), l'option d'augmenter les impôts était clairement exclue.

Sur cet arrière-fond, la Caisse nationale de l'Assurance sociale (une nouvelle administration publique instituée en février 1993 avec pour mandat d'administrer la sécurité sociale) prépara une nouvelle loi sur les pensions. Le projet délimitait un régime de pensions qui, d'un point de vue financier, pouvait être défini comme un régime à cotisations définies au niveau de l'ensemble. Les recettes du régime étaient déterminées d'avance par un taux de cotisation fixe et le

¹² Le ministère des Affaires sociales succéda aux trois ministères auparavant distincts du Bien-être social, du Travail, et de la Santé.

niveau des pensions était ajusté en fonction des recettes disponibles¹³. Cette approche à budget fermé introduisait des limites fiscales claires dans le système de pensions.

Une loi, dite Loi sur les indemnités publiques de subsistance, fut adoptée par le Parlement en mars 1993 et prit effet le 1^{er} avril 1993, affrontant une pression publique plutôt forte de la part des organisations de retraités pour que soit mis fin au régime de pensions de vieillesse à taux uniforme¹⁴. Toutefois, du côté des organisations de handicapés, il n'existait pas d'objections contre les pensions d'invalidité à taux uniforme.

La loi apporta un changement important en ce qui concerne les pensions de vieillesse, faisant varier les pensions, antérieurement à taux uniformes, selon le nombre d'années travaillées. Les pensions d'invalidité, en revanche, continuèrent à être payés à un taux uniforme, variant seulement en fonction de la catégorie d'invalidité. Leur montant était rattaché au salaire minimum. Le changement intervenu dans la formule de calcul des pensions de vieillesse eut néanmoins des implications pour les personnes appartenant aux catégories d'invalidité 1 ou 2 (sans considération d'âge) qui avaient le nombre d'années de travail requises (15 ans) pour avoir droit à une pension de vieillesse. Ces personnes pouvaient faire calculer leur pension d'invalidité selon la formule de la pension de vieillesse.

Les pensions d'invalidité étaient accessibles à tous les résidents permanents d'Estonie après délivrance d'un certificat d'invalidité par une commission médicale. Les personnes titulaires d'un permis de résidence temporaire pouvaient recevoir une pension d'invalidité durant la validité de leur permis de séjour,

¹³ Le système de pensions estonien fonctionna selon ces principes de 1993 à 1999. Au niveau individuel, c'est-à-dire en ce qui concerne les règles de calcul des prestations, le régime pouvait être regardé comme un régime de pensions à prestations définies. Bien qu'en théorie, le niveau de prestations pût aussi varier à la baisse dans un tel système, en pratique, cela n'arriva pas, puisqu'à la même époque, les recettes des cotisations sociales augmentaient sous l'effet de la croissance économique et de l'inflation.

¹⁴ Le recours à l'expression d'"indemnité publique de subsistance" dans l'appellation de la loi fut suggéré par des hommes politiques qui étaient derrière la loi sur les pensions de 1991, mais qui atterrirent dans l'opposition après les élections de 1992. Le recours à cette expression visait à signaler que les règles édictées par la loi en matière de prestations étaient encore provisoires et qu'une vraie "loi sur les pensions" faisait toujours défaut.

si c'est en Estonie qu'elles étaient devenues handicapées. Aucune période d'affiliation minimale n'était exigée. Les pensions d'invalidité étaient attribuées pour la durée de l'invalidité, et étaient également accessibles aux personnes ayant dépassé l'âge de la retraite.

Les nouveaux critères (désormais pleinement inscrits dans la loi) marquaient un changement considérable dans la politique gouvernant les pensions d'invalidité. Néanmoins, il existait un consensus politique qui réunissait tout une gamme de partis politiques différents: il fallait toujours considérer la nouvelle loi comme une mesure provisoire pour la période de transition économique. À plus longue échéance, le but était de revenir à un régime lié au travail et mettant l'accent sur les principes de l'assurance sociale. Bien qu'elle ait été amendée à plusieurs reprises, la Loi sur les indemnités publiques de subsistance demeura en vigueur pendant sept ans¹⁵. Durant cette période, la formule de calcul des prestations fut modifiée dix fois.

Des modifications fréquentes furent en fait apportées à la formule, essentiellement afin d'augmenter le niveau des pensions. La seule exception fut un changement effectif à partir du 1^{er} juillet 1994, date à laquelle les pensions furent détachées du salaire minimal¹⁶. En l'absence d'une règle d'indexation automatique des prestations, un amendement législatif *ad hoc* du parlement était nécessaire pour chaque augmentation des pensions¹⁷. Indépendamment

¹⁵ La loi sur les indemnités publiques de subsistance demeura en vigueur jusqu'au 1^{er} avril 2000, date à laquelle elle fut remplacée par la Loi sur l'assurance pensions publique.

¹⁶ Une modification technique supplémentaire fut apportée le 1^{er} septembre 1995, date à laquelle le nouveau concept de taux national de pension (TNP) fut introduit. Cette modification signifiait que les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivant n'étaient plus rattachées aux pensions nationales, mais à une somme fixe: le TNP. Les pensions nationales elles-mêmes étaient calculées comme un pourcentage du TNP.

¹⁷ En principe, (après janvier 1996), les pensions pouvaient être augmentées par un accroissement du taux national de pension (TNP) plus que par une modification, à chaque fois, du multiplicateur. Cette méthode ne fut pas employée, parce que le TNP servait aussi de montant de base pour la formule de calcul des pensions. En ce qui concerne les pensions de vieillesse, l'intention des hommes politiques de la coalition était de mettre en valeur la composante liée au travail "durée de service", et, par conséquent, le montant de base demeura inchangé de 1995 à 2000.

des changements de gouvernement fréquents dans les années 1992–1997, les hommes politiques suivirent une politique fiscale prudente, selon laquelle les pensions n'étaient augmentées qu'après que des réserves suffisantes eurent été constituées, dans le budget de la caisse de pensions, par les recettes des cotisations sociales perçues. Toutefois, le moment précis de chaque augmentation était laissé à la discrétion des décideurs et il fut parfois utilisé à des fins politiques.

Tableau 6
Modifications dans le calcul des pensions d'invalidité, 1993–1999

	Avr. 1993	Avr. 1994	Juil. 1994	Sept. 1995	Jan. 1996
Sal. minimum(SaM)	300 EEK	300 EEK	300 EEK	450 EEK	680 EEK
Taux national de pension (TNP)	—	—	—	—	410 EEK
Pension nationale(PN)	85% SaM	85% SaM	300 EEK	410 EEK	110% TNP
Pension d'invalidité:					
catégorie 1	100% SaM	115% SaM	125% PN	165% PN	175% TNP
catégorie 2	95% SaM	110% SaM	120% PN	135% PN	145% TNP
catégorie 3	60% SaM	70% SaM	80% PN	90% PN	110% TNP
enfants handicapés	85% SaM	95% SaM	105% PN	105% PN	115% TNP
	Avr. 1996	Jan. 1997	Nov. 1997	Mar. 1998	Jan. 1999
Salaire minimum	680 EEK	680 EEK	680 EEK	1 100 EEK	1 250 EEK
Taux national de pension (TNP)	410 EEK	410 EEK	410 EEK	410 EEK	410 EEK
Pension nationale(PN)	120% TNP	135% TNP	145% TNP	160% TNP	195% TNP
Pension d'invalidité:					
catégorie 1	185% TNP	200% TNP	215% TNP	245% TNP	295% TNP
catégorie 2	155% TNP	170% TNP	185% TNP	205% TNP	250% TNP
catégorie 3	120% TNP	135% TNP	145% TNP	160% TNP	195% TNP
enfants handicapés	125% TNP	140% TNP	150% TNP	165% TNP	200% TNP

Tableau 7
Principaux textes législatifs sur le système public de pensions
et leurs implications pour les pensions d'invalidité, 1991–1994

Lois	Date d'adoption	Traits essentiels
Loi de la République d'Estonie sur les pensions	15 avril 1991	Couverture universelle, suppression de la période conditionnant l'ouverture des droits. Pensions d'invalidité reliées au salaire minimum et au salaire antérieur de leur titulaire.
Résolution du Conseil suprême sur les indemnités publiques de subsistance	1 ^{er} février 1992	Pensions d'invalidité à taux uniforme, montants fixés par le gouvernement.
Loi sur les prestations publiques de subsistance (PPS)	1 ^{er} avril 1993	Pensions d'invalidité à taux uniforme reliées au salaire minimum.
Amendement à la PPS	1 ^{er} juillet 1994	Pensions d'invalidité indépendantes du salaire minimum.

2.5. *Evolutions liées aux premières réformes*¹⁸

Suite à l'adoption de la résolution sur les indemnités publiques de subsistance en 1992, le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité augmenta de plus de 5000 personnes par rapport à 1991. Dans les années qui suivirent, entre 1993 et 2000, le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité augmenta encore, à raison de 2000–3000 personnes par an (voir Figure 2). L'augmentation du nombre de titulaires d'une pension d'invalidité s'explique par une combinaison de plusieurs facteurs:

1. Suppression de l'exigence d'une période de travail préalable, ce qui étendit le taux de couverture du régime.

¹⁸ Les réformes qui seront décrites dans la troisième partie ont été mises en œuvre très récemment; il n'y a donc pas encore de données statistiques année par année sur leur impact. C'est pourquoi la présente section fournit des statistiques qui montrent l'impact qu'ont eu les premières réformes sur l'ensemble de la décennie 1990–2000.

2. Raccourcissement de la période d'indemnisation pour maladie, qui passa d'une fourchette de 8–12 mois à une fourchette de 4–6 mois.
3. Augmentation de l'âge légal de la retraite¹⁹, avec pour résultat une baisse du nombre de titulaires d'une pension de vieillesse²⁰ (parce que le taux d'invalidité augmente avec l'âge, relever l'âge d'admission à la pension de vieillesse causa une augmentation simultanée du nombre de titulaires d'une pension d'invalidité)
4. Combinaison de facteurs liés au marché du travail (augmentation du taux de chômage) avec des verdicts accommodants de la part des commissions d'experts médecins²¹.

En conséquence de ces facteurs, la proportion de titulaires d'une pension d'invalidité dans la population totale augmenta, passant de 2,6% en janvier 1991 à 4,8% en janvier 2000 (voir tableau A en annexe).

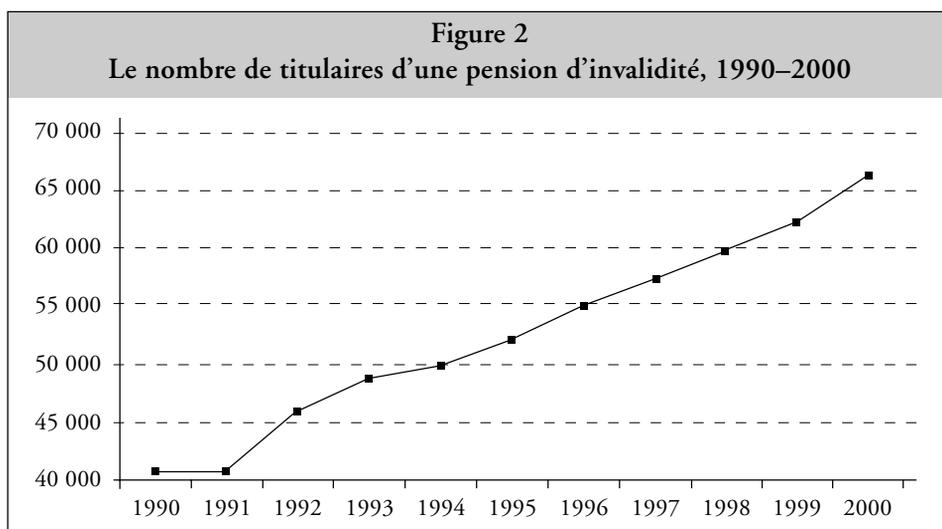
Les deux-tiers environ de l'ensemble des titulaires d'une pension d'invalidité étaient en âge de travailler, tandis qu'un tiers avait, soit moins de 18 ans, soit dépassé l'âge de l'admission à la pension de vieillesse. On peut aussi observer dans le tableau 8 que, ces dernières années, l'augmentation du nombre total de titulaires d'une pension d'invalidité vint essentiellement des classes de personnes en âge de travailler.²²

¹⁹ L'âge de la retraite a été progressivement augmenté depuis 1994 selon une échelle fixée, à raison de quatre mois par an en moyenne. En 2001, l'âge de la retraite est de 58 ans pour les hommes et de 63 ans pour les femmes. La Loi sur l'assurance pensions publique (qui entra en vigueur le 1^{er} avril 2000) prévoit que l'âge de la retraite deviendra le même pour les hommes et pour les femmes à hauteur de 63 ans, par la poursuite, jusqu'en 2016, de l'augmentation de l'âge de la retraite pour les femmes.

²⁰ Le nombre de titulaires d'une pension de vieillesse a diminué de près de 29 000 personnes entre 1993 et 2000.

²¹ Les commissions d'experts médecins, quoique subordonnées au Conseil national de l'Assurance sociale, jouissaient d'un statut assez autonome dans la pratique, sans contrôle strict ni pressions de la part des institutions de surveillance en matière d'application des critères d'invalidité. Les critères opérationnels étaient encore ceux des années 1950.

²² Des données distinguant selon l'âge et le sexe ne sont disponibles qu'à partir de 1997.



Source: Institut estonien de statistique.

Tableau 8
La répartition par âge des titulaires d'une pension d'invalidité, 1997–2000

Année – de	18– 18 ans	25– 24	40– 39	55– 54	60– 59	65– 64	70– 69	75– 74	80 79	80 et+	Total
1997	4 732	2 473	7 707	16 591	8 743	6 162	4 015	3 029	1 684	2 500	57 636
1998	4 880	2 607	7 965	17 188	9 182	6 602	4 095	3 121	1 922	2 376	59 938
1999	5 079	2 780	8 263	18 409	9 187	7 100	4 057	3 217	2 098	2 332	62 522
2000	5 374	3 004	8 743	20 339	9 671	7 805	4 180	3 120	2 292	2 286	66 814

Source: Institut estonien de statistique.

Le rapport des hommes aux femmes parmi les bénéficiaires d'une pension d'invalidité était d'environ 1,2 en 1997–2000 (voir Figure 3). Parmi les titulaires d'une pension de vieillesse; ce rapport était de 0,5 (voir Tableau B en annexe). Le déséquilibre entre les sexes en matière d'invalidité a ses racines dans les causes de l'invalidité. De ce point de vue, les blessures notamment viennent en tête, entraînant une invalidité chez les hommes trois fois plus souvent que chez les femmes. En outre, les maladies cardio-vasculaires et les maladies du système nerveux et des organes sensoriels affectent plus les hommes que les femmes.

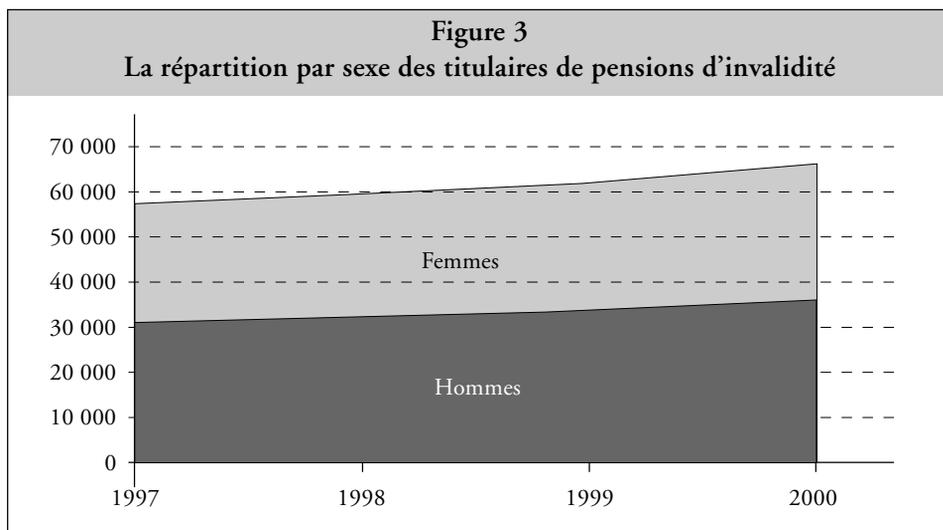


Tableau 9
Nombre de personnes à qui le statut de handicapé est reconnu pour la première fois, par problème de santé, 1990-1999

	1990	1991	1992	1993	1994
Maladies cardio-vasculaires	1 235	2 358	2 864	3 047	2 886
Tumeurs malignes	683	838	1 093	1 357	1 430
Maladies musculaires, du squelette et du tissu conjonctif	335	612	726	917	801
Traumas	474	740	725	705	806
Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	238	812	814	809	690
Troubles mentaux	166	623	922	910	846
Autres maladies	261	407	503	675	727
Maladies du système respiratoire	143	165	285	452	363
Tuberculose	40	119	185	219	269
Maladies du système digestif	70	88	115	141	171
TOTAL	5 584	6 790	8 255	9 232	8 989

	1995	1996	1997	1998	1999
Maladies cardio-vasculaires	1 887	2 700	2 442	2 658	3 340
Tumeurs malignes	1 180	1 404	1 538	1 555	1 586
Maladies musculaires, du squelette et du tissu conjonctif	634	943	1 007	1 094	1 321
Traumas	776	860	856	1 011	1 250
Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	937	935	1 030	1 164	
Troubles mentaux	797	910	890	847	1 065
Autres maladies	777	729	690	724	858
Maladies du système respiratoire	223	325	310	536	509
Tuberculose	329	325	274	320	340
Maladies du système digestif	133	153	167	182	208
TOTAL	7 427	9 286	9 109	9 957	11 641

Source: Institut estonien de statistique.

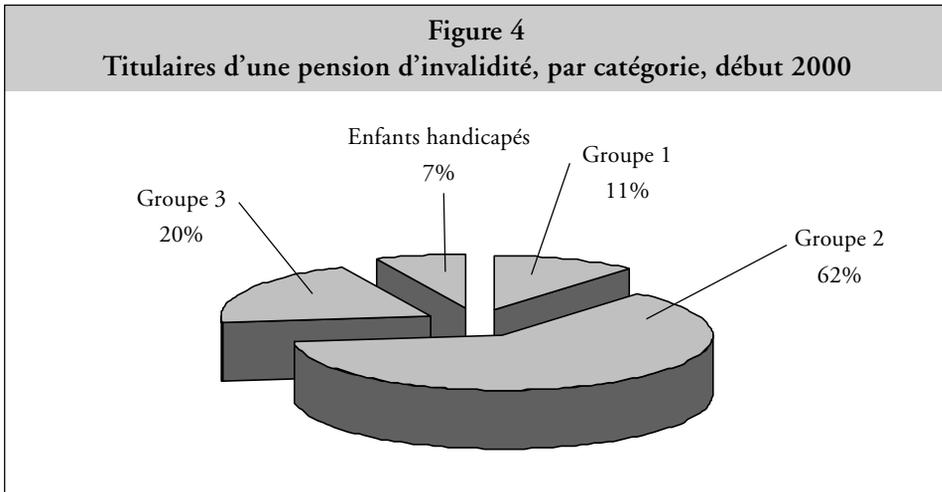
Parmi les causes d'invalidité ont dominé les maladies cardio-vasculaires, suivies du cancer et des maladies des muscles et du squelette. Ces trois facteurs combinés ont causé plus de 50% de l'ensemble des cas d'invalidité. Le nombre de nouveaux cas d'invalidité a doublé entre 1990 et 1999. Les hausses les plus significatives ont été observées dans les catégories tuberculose (huit fois et demi plus de cas²³) et troubles mentaux (six fois et demi). Cette dernière hausse a été attribuée au niveau élevé de stress régnant dans cette société en transition (Lipand 1998).

Les maladies professionnelles (257 cas en 1999) ont joué un rôle plutôt mineur parmi les causes officielles d'invalidité probablement parce qu'elles

²³ D'après les statistiques médicales, le nombre de nouveaux cas de tuberculoses a doublé au cours de la même période, passant de 325 en 1990 à 649 en 1999 (Institut estonien de statistique, 1998). Le caractère plus accentué de la hausse du taux d'invalidité lié à la tuberculose – plus de quatre fois plus élevé – est en rapport avec l'apparition de formes de tuberculose résistantes aux antibiotiques, et exigeant un traitement prolongé.

ont été sous-diagnostiquées, surtout si l'on considère la dureté des conditions de travail dans l'industrie et l'agriculture à l'époque soviétique.

La répartition des titulaires d'une pension d'invalidité par catégorie (voir Figure 4) indique que les commissions médicales ont eu une tendance excessive à recourir à la catégorie 2 (c'est-à-dire incapacité de travail totale mais sans nécessité de l'assistance d'un tiers). Ceci peut être largement attribué à la sensibilité des médecins à la situation sociale des patients, dans la mesure où, dans des circonstances normales, on pourrait s'attendre à ce que la catégorie 3 (incapacité partielle) fût la plus large. Outre que celle-ci garantit un taux de pension plus élevé, l'octroi excessif de la catégorie 2 d'invalidité est probablement lié au fait qu'un certain nombre d'avantages sociaux (comme par exemple des billets à prix réduit ou la gratuité des transports publics, des réductions sur le prix de certains médicaments, etc.) s'étendaient seulement aux handicapés des catégories 1 et 2, pas à ceux de la catégorie 3.



La décision de déconnecter les pensions des actualisations du salaire minimum à partir du 1^{er} juillet 1994 fut avantageuse pour les titulaires d'une pension d'invalidité, dans la mesure où le salaire minimum demeura inchangé, en 1993–1994 tout comme en 1996–1997. De plus, le niveau du salaire minimum en 1993–1997 était bien inférieur à celui de la pension d'invalidité de la catégorie 1. En 1998–1999, les syndicats remportèrent des succès dans

leurs négociations en matière de marché du travail, et le salaire minimum fut augmenté, passant au-dessus du niveau de la pension d'invalidité de la catégorie 1.

En chiffres nominaux, la pension d'invalidité de la catégorie 1 fut multipliée par quatre sur la période 1993–2000, tandis que, dans le même temps, les prix à la consommation étaient multipliés à peu près par trois (voir Tableau 10). Ainsi, la hausse des pensions dépassa le taux d'inflation et les pensions d'invalidité augmentèrent d'un tiers en chiffres réels.

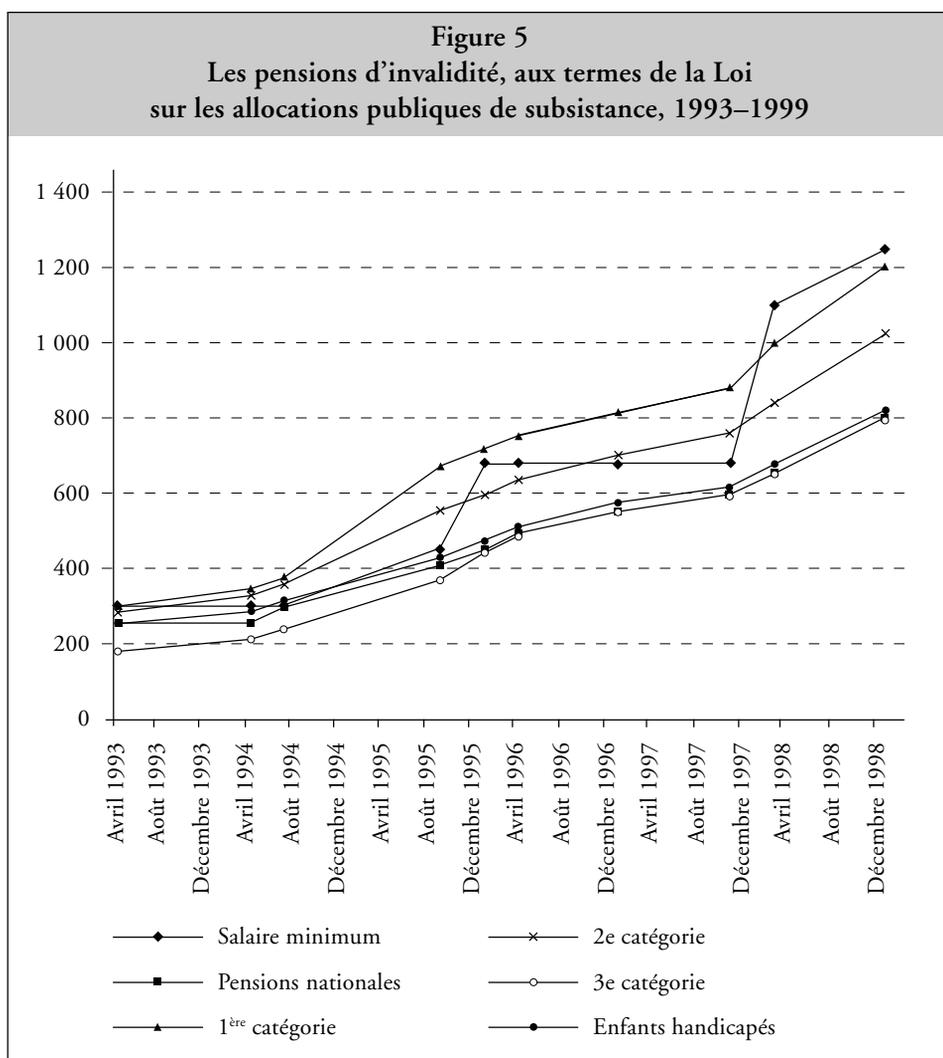


Tableau 10
Comparaison des pensions d'invalidité et de l'indice des prix à la consommation (IPC), 1993-2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Croissance cumulée de l'IPC (1993 = 100)	100	148	191	235	261	283	292	304
Pension d'invalidité de la catégorie 1 (en EEK)	300	375	677	759	882	1 005	1 210	1 210
Pensions d'invalidité, en chiffres réels (1993 = 100)	100	84	118	108	113	118	138	133

Source: Caisse nationale estonienne de l'Assurance sociale, calculs de l'auteur.

De manière notable, les pensions des trois catégories d'invalidité ne furent pas augmentées exactement au même rythme. C'est principalement parce qu'il n'existait pas de système d'indexation automatique et que les pensions étaient augmentées sur la base de décisions politiques *ad hoc*. En 1996–1999, les ratios entre les niveaux des différentes prestations furent plutôt stables – les pensions d'invalidité des catégories 2 et 3 représentaient respectivement 85% et 66% de la pension de la catégorie 1 (voir Tableau D en annexe).

Une comparaison des tendances suivies par les pensions d'invalidité et de vieillesse révèle que ces deux groupes de pensionnés n'ont pas été en "concurrence politique", dans la mesure où leurs pensions ont augmenté au même taux (voir Tableau 11). Un tel résultat ne va pas de soi, si l'on considère que les titulaires d'une pension de vieillesse sont en gros cinq fois plus nombreux que les titulaires d'une pension d'invalidité et qu'ils constituent un groupe de pression puissant. En outre, ils "concourent" pour les ressources tirées des mêmes recettes, surtout puisque les pensions sont augmentées par des décisions politiques *ad hoc*, en l'absence de règles préétablies.

Les pensions d'invalidité et des autres types (c'est-à-dire les pensions de vieillesse, de survivant, nationale et de retraite) se sont vu financées par une portion réservée des cotisations sociales, qui représente 20% du salaire brut²⁴.

²⁴ Le taux total des cotisations sociales est de 33%, parmi lesquels 20 points de pourcentage sont affectés à la caisse de pensions et 13 points de pourcentage à l'assurance maladie.

Comme la somme affectée aux pensions n'est pas subdivisée entre les différentes formes de pensions, la hausse du nombre de titulaires d'une pension d'invalidité s'est traduite par une augmentation de la part occupée par ces pensions dans le total des dépenses de pensions. Tandis que les pensions d'invalidité comptaient pour 9,9% de l'ensemble des dépenses de pensions en 1992, ce nombre s'élevait à 13,4% en 1999 (voir Tableau 12).

Tableau 11
Comparaison de la pension d'invalidité de catégorie 1
et de la pension de vieillesse, 1993-2000 (en fin d'année)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pension d'invalidité (Catégorie 1)	300	375	677	759	882	1 005	1 210	1 210
Pension de vieillesse (40 ans)	363	492	787	935	1 082	1 197	1 460	1 460
Pension d'invalidité/ Pension de vieillesse	83%	76%	86%	81%	82%	84%	83%	83%

Source: Caisse nationale estonienne de l'Assurance sociale, calculs de l'auteur.

Tableau 12
Part des dépenses de pensions d'invalidité dans le total
des dépenses de pensions, 1992-1999 (en millions d'EEK)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Pensions d'invalidité	69	158	219	340	467	556	664	863
Total des dépenses de pensions	694	1 440	1 970	2 908	4 067	4 728	5 306	6 460
Part des pensions d'invalidité dans le total des dépenses de pensions (en %)	9,9	11,0	11,1	11,7	11,5	11,8	12,5	13,4

Source: Caisse nationale estonienne de l'Assurance sociale, calculs de l'auteur.

Les dépenses de pensions d'invalidité, exprimées en pourcentage du PIB, ont plus que doublé sur la période 1992-1999 (voir Tableau 13). D'un côté, ceci fut

causé par une multiplication du nombre de titulaires d'une pension d'invalidité par 1,5. Mais un autre facteur-clé fut une hausse des dépenses destinée à financer les pensions de tous types. Néanmoins, si l'on compare avec les pays de l'Union Européenne, le rapport des dépenses de pensions d'invalidité au PIB demeure plutôt faible. La dépense moyenne des 15 Etats-membres pour les pensions d'invalidité représentait 2,3% du PIB en 1997 (Commission Européenne, 1998). Le chiffre atteignait 4,7% en Finlande et aux Pays-Bas, et seule l'Irlande présentait des dépenses moindres en proportion que l'Estonie (0,9%)²⁵.

Tableau 13
Dépenses de pensions d'invalidité rapportées au PIB, 1992–1999
 (en millions d'EEK)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Dépenses de pensions d'invalidité	69	158	219	340	467	556	664	863
PIB	13 054	21 826	29 867	40 897	52 423	64 045	73 538	76 327
Pensions d'invalidité en % du PIB	0,5	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1,1

Source: Caisse nationale estonienne de l'Assurance sociale, Institut estonien de statistique, calculs de l'auteur.

3. Les éléments essentiels de la réforme relative à l'invalidité

Le cœur de la réforme relative à l'invalidité, réforme entreprise dans les années 1995–2000, comprenait quatre éléments principaux:

1. Développement des services sociaux communautaires en vue de favoriser l'insertion sociale des personnes handicapées.

²⁵ Ceci doit être apprécié dans le contexte des dépenses totales de protection sociale par rapport au PIB. La moyenne de 28% dans l'Union Européenne en 1998 s'opposait à 17% en Estonie, en conformité avec les différences entre les PIB par habitant.

2. Transformation des pensions d'invalidité en pensions d'incapacité de travail dans le cadre d'un nouveau système de pensions à trois piliers en vue de rationaliser le remplacement du revenu en cas d'incapacité au travail.
3. Institution d'un nouveau régime de prestations sociales pour les personnes handicapées, afin de contrebalancer les coûts supplémentaires liés à leurs besoins particuliers.
4. Création d'incitations fiscales et de services sur le marché du travail pour encourager l'emploi des personnes handicapées.

Les sections suivantes décrivent les principales caractéristiques des éléments de la réforme, et sont suivies d'une discussion des effets de cette politique réformatrice.

3.1. La Loi sur le bien-être social et le développement des services communautaires de 1995

Dès les premières années de la transition, la protection contre l'invalidité se concentrait principalement sur les prestations en espèces en tant que moyen d'assurer un revenu de base. Avec la stabilisation économique du pays, le programme de la politique relative à l'invalidité s'élargit et les prestations en nature reçurent une attention croissante. La demande de services sociaux de la part des organisations de handicapés s'accrut. Le début des années 1990 vit une explosion du nombre d'organisations de la société civile, et plusieurs associations représentant les handicapés émergent. Ces ONG furent surtout constituées par des personnes atteintes d'un handicap similaire (comme par exemple un handicap physique, des déficiences auditives, des parents d'enfants handicapés mentaux, etc). Tandis qu'elles agissaient d'un côté comme des groupes d'auto-assistance, elles exerçaient également une pression en faveur d'un accroissement des chances pour les handicapés. Ces organisations étaient réunies au sein d'un organisme-chapeau, la Chambre estonienne des personnes handicapées, qui joua un rôle important dans la préparation d'un document de conception générale sur les politiques en matière d'invalidité, rapport avalisé par le gouvernement en mai 1995. Ce document de conception était fondé dans une large mesure sur le document des Nations Unies intitulé *Règles pour l'égalisation des chances des handicapés*, et était destiné à servir de base à des mesures plus concrètes dans différents sous-domaines de la protection contre l'invalidité, sous-domaines incluant la garantie du revenu, l'emploi, la formation

et les services sociaux. Tandis que ces facteurs donnaient un coup de fouet à la demande de services sociaux, la réapparition d'une formation aux métiers du secteur social en 1991 et le recrutement de travailleurs sociaux par les municipalités au niveau local étaient, du côté de l'offre, des conditions préalables importantes au développement de services sociaux.

Une évolution majeure dans le domaine de l'assistance sociale et des services sociaux fut l'adoption de la Loi sur le bien-être social en avril 1995. Le ministère des Affaires sociales prépara la loi avec l'aide d'un expert finlandais²⁶. Les idées contenues dans la loi tiraient leur origine de l'expérience historique faite par l'Estonie durant l'entre-deux-guerres (1918–1940), des principes concernant l'organisation de services sociaux en vigueur dans les pays nordiques et des exigences de la Charte sociale européenne. L'objectif de la loi était de mettre en valeur les soins en milieu ouvert (au sein de la communauté) et la réadaptation, par opposition à la philosophie des soins en institution qui prévalait à l'époque soviétique (Suni, 1995). La loi obligeait les municipalités locales à organiser des services sociaux, qui incluaient:

- Conseil social
- Fourniture d'appareils prothétiques, orthopédiques et autres
- Services à domicile
- Services de logement
- Aide aux familles
- Soins et réadaptation dans des établissements médico-sociaux.

Fait très important, la loi donnait aux personnes handicapées un droit direct à des aides techniques fonctionnelles requis par leur état de santé. Tandis que l'offre d'autres sortes de services sociaux dépend des possibilités fiscales (et des priorités politiques) du gouvernement local, la fourniture d'aides techniques est financée par le budget de l'Etat. En outre, les gouvernements locaux se voyaient assigner un nombre de tâches spécifiques destinées à garantir que les personnes handicapées bénéficient de l'égalité des chances, puissent prendre une part active à la vie sociale et gagner leur vie. En ce qui concerne les personnes handicapées, les gouvernements locaux sont tenus de:

²⁶ L'expert finlandais s'appelait Matti Mikkola, professeur à l'Université d'Helsinki et membre du Comité d'experts indépendants pour la Charte sociale européenne.

- Créer des possibilités de réduire ou de supprimer les obstacles résultant de l'invalidité par des traitements, de la réadaptation, de la formation ou des services d'interprètes.
- Créer des possibilités (en collaboration avec les autorités compétentes) aux personnes handicapées de recevoir une formation professionnelle, afin d'augmenter leur compétitivité sur le marché du travail.
- Adapter les lieux de travail et créer des centres d'activité, en collaboration avec les autres autorités compétentes.
- Organiser les transports pour les personnes handicapées.
- Assurer l'accès des personnes handicapées aux lieux publics.
- Mettre à disposition, si nécessaire, un auxiliaire de vie ou un appui personnalisé.

3.2. La pension d'incapacité de travail dans le cadre du nouveau système à trois piliers

Une réforme majeure des pensions fut engagée par le premier ministre Siimann en 1997²⁷. Le gouvernement nomma une Commission de réforme de la Sécurité sociale chargée de dessiner les contours de la réforme. La commission d'experts était présidée par un conseiller économique du premier ministre et ses membres provenaient de la Caisse nationale de l'Assurance sociale, de la Caisse d'assurance-maladie, du ministère des Finances, plus le président de la Commission sociale du Parlement. En juin 1997, le gouvernement adopta le produit final de la commission, un document d'orientation intitulé "Le cadre conceptuel de la réforme des pensions". Ce document décrivait les buts et principes essentiels du nouveau système de pensions, y compris quelques traits fondamentaux relatifs aux pensions d'invalidité. Le document visait à instituer un système de pensions à trois piliers, que voici²⁸:

- Premier pilier: régime par répartition, obligatoire, public, servant des pensions à prestations définies.

²⁷ Après les élections générales de 1995, le gouvernement fut constitué par le Parti de la coalition, de centre-droit, et par les partis agraires, de centre-gauche.

²⁸ Le premier pilier devait être créé par une refonte du régime public de pensions existant, tandis que les deuxième et troisième piliers devaient être institués à titre de nouveaux régimes.

- Deuxième pilier: régime par capitalisation, obligatoire, privé, servant des pensions à cotisations définies.
- Troisième pilier: régimes par capitalisation, facultatifs, privés, servant des pensions soit à cotisations soit à prestations définies.

Le premier pilier était destiné à couvrir les risques de vieillesse, d'incapacité de travail, et de survivant; le second pilier se limitait à couvrir le risque de vieillesse; et le troisième pilier, facultatif, les risques de vieillesse et d'incapacité de travail. La réforme avait principalement les objectifs suivants:

1. Introduire des incitations plus fortes à participer et réduire les distorsions sur le marché du travail, notamment le phénomène des salaires non déclarés «sous enveloppe», en renforçant le principe de l'assurance²⁹.
2. Lutter contre la hausse attendue du taux de dépendance du système (bénéficiaires sur cotisants) due au vieillissement de la population et qui pourrait mener à une baisse de la valeur relative (ou taux de remplacement) des pensions, en rendant les critères d'ouverture des droits plus stricts.
3. Accroître la transparence financière en faisant basculer le financement des pensions non contributives ou des compléments de pensions sur les recettes générales de l'Etat.
4. Garantir la conformité à l'acquis communautaire de l'UE en assurant l'égalité de traitement des hommes et des femmes dans tous les aspects du système de pensions et rendre possible le calcul des pensions au *prorata* en appliquant le système de coordination de la sécurité sociale de l'UE.

Le document de conception était fondé sur l'idée générale que la fonction des pensions d'invalidité était de fournir un revenu fixe aux personnes atteintes d'incapacité, en prenant en compte le degré de leur invalidité. Par contraste, la fonction reconnue à la pension d'incapacité de travail était de fournir un remplacement partiel des revenus antérieurs perdus du fait de l'incapacité, tout en prenant en compte les capacités restantes de la personne. Le but était

²⁹ En Estonie, les employeurs tiennent la comptabilité et paient des impôts uniquement sur une partie du salaire total (souvent le salaire minimum). L'autre portion est versée (et acceptée par l'employé) «sous enveloppe», échappant ainsi aux impôts.

ainsi d'établir une distinction plus claire entre les rôles respectifs des instruments d'assurance et d'assistance sociales, en ce qui concerne le risque d'invalidité.

Le nouveau système public de pensions était destiné à répondre à un objectif d'assurance sociale, mais, pour remplir d'autres objectifs en particulier pour indemniser des coûts liés aux besoins particuliers des personnes handicapées un nouveau régime de prestations sociales aux handicapés fut envisagé. Le document de conception traçait les lignes directrices concrètes suivantes en ce qui concerne les pensions d'invalidité:

- Les pensions d'invalidité seront remplacées par des pensions d'incapacité de travail, conformément au principe d'un lien plus étroit entre les prestations d'assurance sociale et les cotisations versées.
- Une période conditionnant l'ouverture des droits, liée à l'âge, sera instituée pour les pensions d'incapacité de travail, pour renforcer le principe de l'assurance.
- Le calcul des pensions d'incapacité de travail sera basé sur la même formule que celle des pensions de vieillesse, en prenant en compte le montant des cotisations sociales versées pour la personne et inscrites sur les registres de la caisse de pensions.
- En atteignant l'âge de la retraite, les titulaires d'une pension d'incapacité de travail seront transférés à la pension de vieillesse.
- Le financement des pensions nationales (par exemple pour les personnes atteintes d'une incapacité de travail permanente, mais à qui la période d'affiliation requise fait défaut), des pensions d'enfant handicapé et de divers compléments de pensions dûs à des motifs politiques (comme les pensions d'ancien combattant), sera transféré au budget général de l'Etat. Ces transferts ne seront pas financés par des recettes réservées provenant des cotisations sociales, puisqu'ils n'ont pas un caractère d'assurance sociale.

Le document de conception servit de base à la rédaction de la nouvelle législation sur les pensions. Mais plusieurs questions pratiques, comme par exemple la formule de calcul concrète des pensions, n'étaient pas réglées en détail dans le document de conception et elles allaient devoir être clarifiées au cours de la rédaction des nouvelles lois.

**3.3. La loi de 1998 sur l'assurance pensions publique:
un accent mis sur les prestations liées aux revenus**

L'avant-projet de la Loi sur l'assurance pensions publique – la loi sur le nouveau premier pilier fut élaboré par le Conseil national de l'Assurance sociale, en collaboration avec le président de la commission sociale du parlement. La loi fut adoptée en juin 1998 et un calendrier fut établi pour son application progressive. L'enregistrement individuel des services ouvrant droit à pension sur la base des cotisations sociales versées débuta le 1^{er} janvier 1999 mais les nouvelles règles en matière de prestations ne devaient être appliquées qu'à partir du 1^{er} janvier 2000. La loi limitait la déclaration d'une incapacité de travail aux personnes en âge de travailler (de seize ans jusqu'à l'âge de la retraite). Auparavant, les pensions d'invalidité pouvaient être versées sans considération d'âge, de la naissance jusqu'au décès. Une période conditionnelle fut instituée pour ouvrir droit à la pension d'incapacité de travail (voir Tableau 14).

Tableau 14
Périodes de service requises pour une pension d'incapacité de travail³⁰

Age	Période de service (années de travail)
16–20	Pas de période minimale
21–23	1 an
24–26	2 ans
27–29	3 ans
30–32	4 ans
33–35	5 ans
36–38	6 ans
39–41	7 ans
42–44	8 ans
45–47	9 ans
48–50	10 ans
51–53	11 ans
54–56	12 ans
57–59	13 ans
60–62	14 ans

Les personnes atteintes d'une incapacité de travail permanente qui ne remplissaient pas les conditions de durée de service requises pour une pension d'incapacité de travail avaient droit à une pension nationale. Les anciens titulaires d'une pension d'invalidité étaient répartis en quatre catégories:

1. Les enfants de moins de 16 ans étaient transférés au régime de l'allocation d'enfant handicapé, payée, conformément à la Loi sur les prestations sociales aux handicapés, par le budget général de l'Etat.
2. Les personnes ayant dépassé l'âge d'admission à la retraite étaient transférées au régime de la pension de vieillesse.
3. Les personnes en âge de travailler étaient transférées au régime de la pension d'incapacité de travail, si elles remplissaient les conditions de durée de service instituées par la nouvelle loi.
4. Les personnes en âge de travailler qui ne remplissaient pas les conditions de durée de service étaient transférées au régime de la pension nationale.

La loi édictait une formule de calcul des pensions unique, qui était destinée à servir au calcul des pensions de vieillesse, d'incapacité de travail et de survivant et qui incluait trois éléments additionnels³¹:

- Un montant de base uniforme, représentant l'élément de solidarité du système.
- Une composante durée de service s'appliquant aux périodes travaillées avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi (31 décembre 1998).
- Une composante assurance pensions s'appliquant aux périodes travaillées après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi (après le 1^{er} janvier 1999).

En termes mathématiques, la nouvelle formule pourrait être exprimée ainsi:

$$P = B + s \times S + i \times I,$$

³⁰ Soit la durée de service ouvrant droit à pension acquise avant le 31 décembre 1998, soit la période d'affiliation à la caisse de pensions à partir du 1^{er} janvier 1999.

³¹ La formule de calcul ne concerne pas les pensions nationales, qui demeurèrent à taux uniforme.

où les symboles ont le sens suivant:

B: montant de base,

S: durée de service du demandeur, ouvrant droit à pension,

S: valeur en espèces d'une année de service ouvrant droit à pension,

i: somme des coefficients d'assurance pensions du demandeur d'une pension,

I: valeur en liquide du coefficient d'assurance pensions 1,0 (c'est-à-dire le coefficient d'assurance quand les cotisations sociales sont prélevées sur le salaire moyen)

La valeur de B est fixée chaque année par le parlement, tandis que les valeurs de S et de I sont déterminées par le gouvernement sur la base des recettes des cotisations sociales disponibles³².

Fondamentalement, dans la formule de calcul des pensions, l'acquisition des droits à pension avant le 1^{er} janvier 1999 repose sur le nombre d'années travaillées, tandis qu'à partir du 1^{er} janvier 1999, toute nouvelle acquisition de droits à pension se fait sur la base des cotisations sociales versées. Par conséquent, la nouvelle formule de calcul des pensions comporte un passage progressif des anciennes règles aux nouvelles règles.

Les nouveaux coefficients d'assurance, ou points de pension, sont calculés à partir des cotisations sociales versées annuellement sur le compte de la personne

³² Le document de conception suggérait d'instituer l'indexation des pensions, ce qui, entre autres choses, aurait entraîné un glissement vers un régime à prestations définies. Durant la rédaction de la loi, l'idée de l'indexation fut rejetée par la coalition au pouvoir, qui maintint l'approche antérieure d'une "somme de cotisations définie au niveau d'ensemble". On argua du fait qu'en cas d'indexation, les recettes des cotisations sociales pourraient être insuffisantes pour financer les pensions, suivant l'évolution de facteurs déterminants l'indice, et vu la possibilité d'une hausse du nombre des pensionnés. En réalité, l'élément principal contre l'indexation était la volonté politique de laisser au gouvernement les mains libres pour augmenter les pensions juste avant les élections générales suivantes, prévues pour mars 1999. De fait, en janvier 1999, les pensions furent augmentées de 20% en moyenne. Le nouveau gouvernement, qui entra en fonction en avril 1999, approuva le projet d'indexation. Un amendement apporté à la Loi sur l'assurance pensions publique en décembre 2000, prévoit l'instauration de l'indexation à partir du 1^{er} avril 2002.

assurée et inscrites sur les registres de la caisse de pensions. Ces montants sont additionnés, divisés par le montant moyen des cotisations versées l'année civile donnée³³.

Ainsi, le montant des pensions dépend de deux variables individuelles: le nombre d'années de service ouvrant droit à pension, accumulées antérieurement à la nouvelle loi, et la somme des coefficients d'assurance ou points de pension accumulés postérieurement. Un plus grand nombre d'années travaillées avant 1999 et le versement de cotisations sociales plus élevées (c'est-à-dire des salaires déclarés plus élevés) à partir de 1999, sont les principaux facteurs à l'origine d'une pension plus élevée.

Si la formule générale de calcul des pensions était utilisée pour calculer les pensions d'incapacité de travail, les personnes devenues handicapées jeunes recevraient des pensions très faibles. Pour éviter cela, un élément d'aide sociale fut ajouté à la formule: les personnes créditées de moins de quinze années pour une pension (en comptant à la fois les années de service accomplies sous l'ancienne loi et la durée d'affiliation à la caisse de pensions après la réforme de 1998) seraient considérées comme ayant acquis quinze années pour le calcul de leur pension. Cette supposition nécessite le calcul de nouvelles valeurs, tant pour les années de service que pour la durée d'affiliation à la caisse de pensions, calcul effectué de manière à préserver le ratio réel entre les durées antérieure et postérieure à la réforme pour chaque individu. A partir du 1^{er} janvier 1999, les droits à pension devaient être calculés sur la base des cotisations sociales versées et pas seulement sur la base du nombre d'années. Et dans le cas où le coefficient d'assurance de la dernière année était inférieur à 1,0 (ce qui signifiait que la personne avait gagné moins que le salaire moyen ou travaillé moins d'une année pleine), c'est le coefficient 1,0 qui devait être utilisé.

Selon la nouvelle loi, toutes les pensions d'invalidité attribuées précédemment devaient être recalculées. En dépit de la formulation de garanties minimales, (par exemple, pour toute durée de cotisation inférieure à 15 ans, recours à une valeur minimale de 1,0 pour le coefficient d'assurance pensions), l'application

³³ Selon cette formule, les cotisations sociales prélevées sur le salaire moyen au cours d'une année donneraient un coefficient d'assurance de 1,0.

de nouvelles règles de calcul des prestations se serait traduite par une baisse substantielle du niveau des pensions de la plupart des anciens titulaires d'une pension d'invalidité qui étaient destinés à être transférés au nouveau régime de la pension d'incapacité de travail. Cela était dû au fait que, même en supposant aux gens 15 années de service ouvrant droit à pension, la nouvelle loi sur l'assurance pensions qui fait dépendre le montant des prestations des cotisations effectivement versées ne servirait pas une pension aussi généreuse que celle découlant de la formule de calcul des pensions antérieure à 1998.

Toutefois, la commission sociale du parlement ne percevait pas cela comme un problème. Au cours du débat parlementaire fut alléguée la nouvelle Loi sur les prestations sociales aux handicapés, qui fut adoptée le 27 janvier 1999 pour entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2000. Il fut envisagé que, tandis qu'ils verraient leurs prestations décroître, les titulaires d'une pension d'incapacité de travail recevraient un soutien complémentaire de la part du nouveau régime de prestations sociales établies par cette loi. Cette attitude était cohérente avec l'une des intentions politiques sous-jacentes de la coalition au pouvoir: faire glisser le financement du risque d'invalidité davantage vers le budget général de l'Etat, afin de dégager davantage de recettes des cotisations sociales pour les pensions de vieillesse. Cela s'expliquait par la pression politique continue exercée par les organisations de retraités.

3.4. *Les amendements de 1999 à la Loi sur les pensions de 1999: le gel de la réforme de l'invalidité*

Une nouvelle coalition gouvernementale entra en fonction en mars 1999³⁴. Avant même que la Loi sur l'assurance pensions publique de 1998 entre en vigueur, plusieurs amendements furent apportés à cette loi³⁵. Un certain nombre d'entre

³⁴ La nouvelle coalition fut formée par *Isamaa* (*Pro Patria* – conservateurs nationaux), le Parti réformiste (néo-libéral) et les Modérés (sociaux-démocrates de la “troisième voie”). Elle était dirigée par le premier ministre Laar (*Pro Patria*). Le poste de ministre des Affaires sociales était tenu par M. Eiki Nestor (des Modérés).

³⁵ Avant toute chose, l'application de la Loi sur l'assurance pensions publique fut repoussée de trois mois, essentiellement parce que toutes les données nécessaires au calcul des points de pension pour l'année civile antérieure ne furent pas disponibles avant le 1^{er} avril.

eux touchait particulièrement les pensions d'incapacité de travail. Du fait du déclin de l'économie en 1999 (déclenché par la crise financière russe), mais aussi à cause de la décision politique majeure qui fut prise d'abolir l'impôt des sociétés sur le réinvestissement des bénéficiaires, la coalition décida de repousser l'introduction des nouvelles prestations sociales formulées dans la Loi sur les prestations sociales aux handicapés au 1^{er} janvier 2001. Ainsi, lorsqu'elle entra en concurrence avec d'autres priorités, la réforme de l'invalidité n'avait plus une place très élevée dans la hiérarchie des objectifs de la coalition.

Ce délai créa un problème de synchronisation entre l'application de la Loi sur l'assurance pensions publique (en vigueur à partir du 1^{er} avril 2000) et celle de la Loi sur les prestations sociales aux handicapés (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2001). Le problème de synchronisation et les restrictions budgétaires nécessitèrent de nouveaux amendements à la Loi sur l'assurance pensions publique. A titre de garantie supplémentaire, il fut stipulé que la réévaluation des pensions d'invalidité antérieurement accordées ne pourrait pas se traduire par une baisse du montant de la pension. Parce que, dans de nombreux cas, cette réévaluation se serait traduite par une baisse: en substance, les pensions d'incapacité de travail de l'année 2000 furent versées au montant des ex-pensions d'invalidité, c'est-à-dire à trois taux différents, selon l'excédent de catégorie d'invalidité (1210, 1025 ou 800 EEK).

3.5. Les amendements de 2000 à la Loi sur les pensions de 1998: modification des définitions et élévation du plancher des prestations

De nouveaux amendements à la Loi sur l'assurance pensions publique furent votés le 15 mars 2000 et entrèrent en vigueur le 1^{er} avril 2000. Ces amendements clarifiaient les définitions des incapacités de travail et modifiaient les règles de calcul des pensions d'incapacité de travail. Le but était d'harmoniser la manière de mesurer l'incapacité de travail avec les pratiques dominantes dans les autres pays européens en traduisant l'incapacité par un pourcentage, et de régler les problèmes qui avaient été découverts dans les règles de calcul des prestations.

Selon les termes des amendements, une personne est considérée comme étant totalement inapte au travail, si elle est incapable d'exercer une activité rémunérée du fait d'une déficience fonctionnelle grave. Une personne est considérée comme partiellement inapte au travail, si elle est capable d'exercer

une activité rémunérée. mais que, du fait d'une déficience fonctionnelle, elle soit incapable d'exécuter un travail à plein temps approprié qui corresponde à la norme légale de 40 heures de travail par semaine.

Le degré d'incapacité de travail s'évalue en pourcentage. Une incapacité de travail totale correspond à 100% et une incapacité de travail partielle peut aller de 10 à 90%³⁶. Toutefois, les personnes atteintes d'une petite incapacité n'ont pas droit à une pension: pour y donner droit, l'incapacité de travail doit être au moins de 40%. Le passage des trois catégories d'invalidité antérieures à la nouvelle échelle de l'incapacité de travail doit s'accomplir au cours d'une période de transition de trois ans, allant de 2000 à 2003. Le tableau d'équivalence (voir Tableau 15) peut être vu comme rendant les critères plus stricts, étant donné que les personnes qui appartenaient à l'ex-catégorie 2 étaient considérées comme ayant une incapacité de travail totale. Toutefois, en réalité, le changement était plutôt à l'avantage des personnes handicapées, étant donné que les personnes handicapées de l'ex-catégorie 2 obtenaient un accès aux services de marché du travail. Antérieurement, ces services étaient hors de leur portée, puisqu'elles étaient considérées comme totalement handicapées.

Tableau 15
Equivalence entre les pourcentages d'incapacité de travail
et les anciennes catégories d'invalidité

Ancienne cat. d'inv.	% d'incapacité de travail	Degré d'inc. de travail
Catégorie 1	100%	incapacité de travail totale
Catégorie 2	80-90%	incapacité de travail partielle
Catégorie 3	40-60%	incapacité de travail partielle

En 2000, le ministère des Affaires sociales procéda à une analyse plus détaillée des implications possibles des règles de calcul des prestations instituées par la loi de 1998. L'étude montra que ces règles avaient certains effets non

³⁶ La version 1998 de la loi avait prévu seulement deux catégories (incapacité de travail partielle et incapacité de travail totale), sans recours aux pourcentages. Selon un amendement, à partir de mars 2000, l'incapacité de travail s'exprime par un nombre décimal se terminant par zéro: 10%, 20%, 30%, et ainsi de suite, jusqu'à 100%.

voulus pour les titulaires d'une pension d'incapacité de travail et qu'elles étaient en conflit avec l'objectif déclaré de renforcer le principe d'assurance dans le système des pensions:

- Dans certains cas, des personnes avec une durée d'affiliation plus courte (c'est-à-dire celles qui n'avaient pas d'années de service "ancien", autrement dit, antérieur à 1999) étaient dans une situation plus avantageuse que des personnes ayant travaillé plus longtemps qu'elles. C'était le résultat de l'attribution d'un crédit de 15 années fictives pour une pension à tous ceux qui avaient moins de 15 années, crédit calculé de manière à maintenir le ratio effectif entre les durées de service "ancien" et "nouveau" pour tout individu pensionné.
- La différence entre la pension d'incapacité de travail de quelqu'un qui avait accompli la durée de service requise et le taux de la pension nationale de quelqu'un qui n'avait pas la durée de service suffisante était marginale (moins de 5%).

M. Nestor, le ministre des affaires sociales de la nouvelle coalition au pouvoir, avait aussi l'intention d'ordre politique de garantir qu'aucune baisse du montant des pensions ne résulterait des nouvelles règles de calcul des pensions et que les prestations sociales aux handicapés augmenteraient leur niveau de vie en chiffres réels sans se contenter de combler la différence entre les niveaux de leur ancienne et de leur nouvelle pension. C'est pourquoi, selon les nouvelles règles, le plus élevé des deux montants suivants doit être utilisé comme base pour calculer la pension d'incapacité de travail:

1. Le montant de la pension de vieillesse calculé à partir de la période de service ouvrant droit à pension effectivement accumulée par l'individu et les points de pension (c'est-à-dire le montant de la pension de vieillesse normale).
2. Le montant de la pension de vieillesse d'une personne ayant 30 années de service ouvrant droit à pension.

Toutefois, parce que le montant d'une pension d'incapacité de travail doit refléter le degré d'incapacité de l'individu, la base de calcul, telle que calculée ci-dessus, est multipliée par le pourcentage d'incapacité de travail de la personne. Ce procédé se traduirait par des pensions très faibles pour certains individus.

Pour créer un plancher en-deçà duquel les pensions ne peuvent pas tomber, il est stipulé que la pension d'invalidité ne peut pas être inférieure au taux de la pension nationale (c'est-à-dire à la pension de vieillesse minimale). En pratique, ces règles créent un plancher relativement élevé pour les pensions d'incapacité de travail. La plupart des personnes en-dessous de l'âge de 50 ans, environ les deux-tiers de l'ensemble des bénéficiaires, recevront le taux fixe, puisque leur durée d'affiliation est relativement brève. En fait, ces garanties créent un plancher tellement élevé que la formule générale de calcul des pensions n'est en pratique pertinente que pour les personnes qui sont le plus proches de l'âge de la retraite et qui ont une durée d'affiliation supérieure à 30 ans.

Le choix du second élément du plancher tel que décrit ci-dessus – une pension de vieillesse pour quiconque ayant 30 ans de service ouvrant droit à pension – est en relation indirecte avec les exigences du Code européen de la sécurité sociale, signé par le gouvernement en janvier 2000³⁷. L'Estonie a aussi ratifié l'article 12 de la Charte sociale européenne révisée (sur le droit à la protection sociale), qui exige que tout système de sécurité sociale satisfasse aux normes du Code européen de sécurité sociale. Avec ce plancher, les nouvelles règles de calcul ont amélioré la valeur des pensions d'incapacité de travail d'une façon substantielle, si on les compare aux anciennes pensions d'invalidité (voir aussi Tableau 17).

3.6. Les prestations sociales aux handicapés

Selon les plans de la Commission de réforme de la sécurité sociale et du ministère des Affaires sociales, la fonction d'assistance sociale de la protection contre l'invalidité devait être remplie par un nouveau régime de prestations sociales aux handicapés. Le nouveau régime avait aussi le soutien de la Chambre estonienne des handicapés, qui considérait celui-ci comme un pas important vers l'amélioration de la protection sociale des handicapés.

³⁷ Le Code européen de sécurité sociale exige que la pension d'une personne ayant perdu toute capacité d'exercer une activité rémunérée corresponde à au moins 40% du salaire d'un travailleur ordinaire de sexe masculin et d'âge adulte. La même norme s'applique aussi à la pension de vieillesse des personnes ayant trente années de cotisations derrière elles. En instituant la garantie décrite, le gouvernement lia ces deux exigences, de telle sorte que la pension d'une personne ayant une incapacité de travail totale doive au moins égaler la pension de vieillesse d'une personne ayant trente années de service.

Le but déclaré des prestations sociales aux handicapés est de les indemniser pour les besoins particuliers et les coûts supplémentaires qui vont de pair avec l'invalidité, tout autant que pour les coûts accompagnant la réadaptation, les études ou le travail, le besoin de soins personnels et d'aides techniques et l'usage des transports, des moyens de communication et d'autres services publics. L'avant-projet de la Loi sur les prestations sociales aux handicapés fut préparé par le ministère des Affaires sociales en 1997-1998 et adopté par le parlement en janvier 1999. Cette loi entra pleinement en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2001, bien que certaines prestations aient été introduites dès le 1^{er} janvier 2000. Contrastant avec les lois sur les pensions, la Loi sur les prestations sociales aux handicapés emploie le terme de *handicap*. Ce fut à l'instigation du ministère des Affaires sociales. L'emploi de ce concept était fondé sur la Classification internationale des déficiences, des incapacités et handicaps, établie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³⁸.

La loi distingue trois degrés de handicap: profond, majeur, et moyen, suivant la classification internationale. Un handicap léger ne donne droit à aucune prestation. Un handicap profond est la perte de (ou une anomalie dans) un organe ou une fonction anatomique, physiologique ou mentale, en conséquence de laquelle la personne a besoin de l'aide, de l'accompagnement ou de la surveillance constante d'un tiers, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Un handicap majeur est la perte de (ou une anomalie dans) un organe ou une fonction anatomique, physiologique ou mentale, en conséquence de laquelle la personne a besoin de l'aide ou de l'accompagnement réguliers d'un tiers au moins une fois par jour. Le degré d'invalidité est apprécié en tenant compte de:

- L'état de santé de l'individu, ce qui comprend le degré d'invalidité et d'aptitude fonctionnelle restante.
- Les aspects sociaux, tels que le besoin de l'aide, de l'accompagnement ou de l'assistance d'un tiers.
- L'environnement social et les conditions de vie de la personne.

³⁸ En 2001, la classification de l'OMS fut rebaptisée "Classification internationale des aptitudes fonctionnelles, du handicap et de la santé" (*International Classification of Functioning, Disability and Health ICIDH*), pour souligner l'importance d'une approche plus positive du problème.

L'appréciation de l'invalidité est faite par des commissions d'experts, qui dépendent de la Caisse nationale d'assurance sociale. Les commissions considèrent aussi dans quelle mesure la capacité fonctionnelle peut être accrue par des aides techniques ou de la réadaptation. L'appréciation des besoins particuliers des enfants se fonde sur un projet individuel de réadaptation sociale, établi par une institution de réadaptation sociale agréée. Le projet comprend une évaluation des capacités fonctionnelles de l'enfant, et définit les objectifs et méthodes des diverses activités nécessaires à son insertion sociale ainsi qu'un calendrier pour atteindre ces objectifs.

Une condition générale pour avoir droit à des allocations est que le handicap, qu'il soit modéré, majeur ou profond, cause des dépenses supplémentaires. La loi énonce neuf types de prestations différentes:

1. L'allocation d'enfant handicapé
2. L'allocation aux handicapés de plus de 16 ans
3. L'allocation de tierce personne
4. L'allocation de parent handicapé
5. L'allocation d'étude
6. L'allocation de rééducation
7. L'aide à la formation permanente
8. L'allocation de transport
9. L'allocation de téléphone

L'allocation d'enfant handicapé remplaçait les pensions d'enfant invalide antérieures. Outre sa nouvelle étiquette, cette prestation changea également de fonction et le taux de la prestation pour enfants atteints d'une déficience majeure ou profonde fut augmenté. Le but de l'allocation d'enfant handicapé est de pourvoir aux dépenses supplémentaires qui vont de pair avec la réadaptation sociale et les soins particuliers requis pour un enfant handicapé³⁹. L'allocation est versée mensuellement jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 16 ans. Il existe deux montants différents, qui varient selon le degré d'invalidité de l'enfant: (1) 210% du taux de prestation sociale (TPS) pour

³⁹ Tout enfant handicapé remplit également les conditions requises pour les allocations familiales instituées par la Loi sur les prestations familiales publiques.

les enfants atteints de déficience moyenne⁴⁰; et (2) 235% du TPS pour les enfants atteints de déficience majeure ou profonde (voir Tableau 18 pour le montant de toutes les allocations en 2001).

Le but de l'*allocation aux handicapés de plus de 16 ans* est de pourvoir aux dépenses qui vont de pair avec l'invalidité des adultes (ce qui comprend les aides techniques, les soins spécifiques, les transports et autres services spécifiques). L'allocation est versée mensuellement selon trois taux différents, fonction du degré d'invalidité: (1) 160% du TPS pour les personnes atteintes de déficience profonde; (2) 105% du TPS pour les personnes atteintes de déficience majeure; et (3) 50% du TPS pour les personnes atteintes de déficience modérée.

L'*allocation de tierce personne* est versée au père ou à la mère sans activité professionnelle qui élève un enfant handicapé (qui a entre 3 et 16 ans), ou à un parent-substitut officiellement désigné qui prend soin d'un adulte atteint d'un handicap majeur ou profond. Le montant de l'allocation varie dans une fourchette qui va de 60 à 100% du TPS, en fonction de l'âge de l'enfant et de son degré d'invalidité. L'*allocation de parent handicapé* est versée à une mère ou à un père célibataire et handicapé ou à l'un de deux époux handicapés et vise à indemniser des coûts qui vont de pair avec l'état de père ou de mère pour une personne handicapée. L'allocation est payée au taux uniforme de 75% du TPS.

Le but de l'*allocation d'étude* est d'indemniser des frais supplémentaires liés à l'invalidité d'un scolaire ou d'un étudiant handicapé.

L'*allocation de rééducation* est versée à titre de remboursement des frais effectifs de réadaptation, jusqu'à une limite déterminée (100% du TPS). On peut être indemnisé pour des cours de rééducation dont la durée n'excède pas deux semaines par année civile. Pour être remboursée, la personne doit présenter la facture des frais de rééducation.

L'*aide à la formation permanente* est une prestation spécifique accordée une fois, pour permettre aux personnes handicapées de continuer à travailler. Elle est versée aux personnes handicapées qui travaillent, pour les indemniser des coûts effectifs de cours de formation, pour une durée maximale de trois mois tous les trois ans et un maximum de 200% du TPS par semaine de formation.

⁴⁰ Le TPS est fixé par le parlement dans le cadre du vote annuel du budget de l'Etat, et il est actuellement de 400 EEK.

Les allocations de transport et de téléphone sont destinées à indemniser, en partie, les familles ayant des enfants atteints de déficience majeure ou profonde, pour leurs besoins spécifiques en matière de mobilité et de communication.

3.7. Les questions de marché du travail et d'incitation fiscale

Le taux d'emploi des personnes handicapées a fortement diminué au cours de la transition d'une économie planifiée à une économie de marché. Le point de vue dominant au sein du gouvernement et des organisations de handicapés est que leur activité professionnelle devrait être encouragée et promue par des mesures indirectes – telles que des incitations fiscales, des formations liées au marché du travail, et la rééducation professionnelle – plutôt qu'en imposant des contingentements obligatoires aux employeurs. La possibilité d'un système de quotas fut débattue, mais elle fut rejetée tant par les principales organisations de handicapés que par les hommes politiques, pour la raison qu'elle pourrait s'avérer contre-productive. Le recours à la contrainte pourrait amener les employeurs à percevoir les personnes handicapées comme une obligation déplaisante, à laquelle ils pourraient tenter de se soustraire, alors que le recours à des incitations d'ordre économique pourrait promouvoir les personnes handicapées comme une main d'œuvre utile. L'arsenal de mesures indirectes est néanmoins plutôt limité et il inclut deux instruments principaux:

- une subvention temporaire à l'emploi (aide au marché du travail), versée aux employeurs embauchant une personne handicapée
- une contribution publique aux cotisations versées par les employeurs pour le compte de leurs employés handicapés

Conformément à la Loi sur la protection sociale contre le chômage (une nouvelle mouture de la loi est en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2000), les personnes atteintes d'une incapacité totale de travail ne peuvent pas être inscrites comme chômeuses. Les personnes atteintes d'une incapacité partielle de travail peuvent être inscrites comme chômeuses, mais n'ont droit à aucune allocation de chômage, tant qu'elles sont bénéficiaires d'une pension de l'Etat (sans considération du type de pension). Toutefois, les personnes handicapées peuvent encore bénéficier des services au marché du travail fournis en vertu de la Loi sur les services de l'emploi (en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2000). Ces services comprennent:

- un bureau de placement
- de la formation favorisant la réinsertion sur le marché du travail
- de l'orientation professionnelle
- des aides à l'emploi
- travail temporaire

Les aides à l'emploi sont versées aux employeurs des personnes ayant une compétitivité réduite, ce qui inclut les personnes atteintes d'une incapacité de travail partielle. Il s'agit essentiellement d'une subvention à l'emploi versée durant la première année qui suit l'embauche. Le montant de la subvention est égal au salaire minimum (actuellement 1600 EEK par mois) durant les six premiers mois, et à 50% du salaire minimum durant les six mois suivants.

La Loi sur les cotisations sociales prévoit certaines réductions de cotisations pour les employeurs qui recrutent des personnes handicapées. La part patronale des cotisations sociales est réduite de 231 EEK par mois, parce que l'Etat prend à sa charge les cotisations sociales (33%) sur les 700 premiers EEK du salaire mensuel. Etant donné qu'à tout employé à plein temps, l'employeur est tenu de verser au moins le salaire minimum (actuellement 1600 EEK), la contribution de l'Etat peut être considérée comme plutôt modeste. Il est à espérer que cette mesure actuellement utilisée contribue au moins à maintenir les personnes handicapées dans leur emploi en fournissant aux employeurs une petite réduction de cotisation. Toutefois, elle n'a probablement pas un impact substantiel sur le taux d'emploi des personnes handicapées.

3.8. Les répercussions des politiques réformatrices

Il est clair qu'il est trop tôt pour procéder à une évaluation solide des répercussions des réformes mises en œuvre en 2000–2001. Ce qu'on peut dire, c'est que le passage du régime des pensions d'invalidité à celui des pensions d'incapacité de travail édicté par la Loi sur l'assurance pensions publique s'est traduit par une chute du nombre total de titulaires d'une pension de ce type: de 66 814 en janvier 2000 à 43 394 en janvier 2001. Dans le même temps, le nombre de titulaires d'une pension de vieillesse augmenta de 13 000 personnes, passant de 284 327 à 297 363. Cela reflétait dans une large mesure le transfert à la pension de vieillesse des titulaires d'une pension d'invalidité qui avaient déjà dépassé l'âge ouvrant droit à la pension de vieillesse. Un total de 3 167 personnes

a commencé à recevoir une pension nationale pour un motif d'incapacité de travail, et environ 4 800 enfants handicapés perçoivent l'allocation d'enfant handicapé plutôt que l'ancienne pension d'enfant invalide. A partir de ces chiffres, l'effet "net" de la réforme peut être estimé équivalent à une baisse du nombre de bénéficiaires de l'ordre de 2 000 personnes.

La réforme a aussi affecté la répartition par sexe des titulaires d'une pension d'incapacité de travail. Sur un total de 43 394 bénéficiaires, 25 884 étaient des hommes et 17 550 des femmes, ce qui faisait progresser le ratio hommes/femmes de 1,2 en 2000 à presque 1,5 en 2001. Cela est surtout attribuable au transfert des femmes âgées du régime des pensions d'invalidité à celui des pensions de vieillesse.

A cause de ces changements, les données sur les anciens titulaires d'une pension d'invalidité et celles sur les bénéficiaires d'une pension d'incapacité de travail ne sont pas comparables. La "série" de l'ancienne époque prit fin en 2000, et la nouvelle "série" débuta en 2001. Fait très important, le nombre de titulaires d'une pension d'incapacité de travail reflète désormais uniquement les personnes en âge de travailler (voir aussi le tableau E en annexe).

Les données sur la répartition des titulaires d'une pension d'incapacité de travail par degré d'invalidité révèlent un nombre démesurément élevé de personnes atteintes d'une incapacité de 60 et de 80% (voir Tableau 16). Cela est dû au fait que la plupart des personnes issues des anciennes catégories d'invalidité n'ont pas encore été réexaminées par les commissions d'experts et qu'elles se sont vu, par conséquent, attribuer un pourcentage d'incapacité sur la base du tableau (voir Figure 4 et Tableau 15).

Les nouveaux registres de la caisse de pensions fournissent également des données fiables sur l'exercice d'une activité rémunérée par les pensionnés. Début 2001, environ 10% de tous les titulaires d'une pension d'incapacité de travail travaillaient. La part démesurément grande des pensionnés exerçant une activité rémunérée parmi les pensionnés atteints d'une incapacité de 60% découle du haut niveau du taux d'emploi des anciens titulaires d'une pension d'invalidité de catégorie 3. Parmi les personnes avec une incapacité de travail complète, seulement 3,2% travaillaient. Néanmoins, conformément à la définition de l'incapacité de travail totale, on n'attendait pas de ces personnes qu'elles fussent capables de gagner, ne serait-ce qu'un peu, leur vie.

Tableau 16
Répartition des titulaires d'une pension d'incapacité de travail,
au 1^{er} janvier 2001

Incapacité de travail	Titulaires d'une pension d'incapacité de travail	Titulaires d'une pension d'incapacité de travail exerçant un travail	Pensionnés exerçant un travail en % du total
100%	4 449	143	3,2
90%	1 107	29	2,6
80%	22 887	1 492	6,5
70%	1 599	140	8,7
60%	9 611	2 238	23,3
50%	1 755	185	10,5
40%	1 986	225	11,3
Total	43 394	4 452	10,3

Source: Caisse nationale estonienne d'assurance sociale

Les modifications apportées à la formule de calcul des pensions augmentèrent la valeur des pensions d'incapacité de travail par rapport à celle de l'ancienne pension d'invalidité, excepté pour les personnes ayant une incapacité de travail de 80%. Toutefois, dans le cas où le montant recalculé est inférieur au montant de l'ancienne pension d'invalidité, les règlements stipulent que c'est le montant de la pension antérieure qui est retenu. C'est pourquoi la baisse du niveau des pensions affecte seulement les nouveaux cas. La Loi sur les prestations sociales aux personnes handicapées, qui entra pleinement en vigueur le 1^{er} janvier 2001, améliora encore la situation financière des personnes handicapées, ajoutant entre 200 et 640 EEK au revenu mensuel d'un handicapé adulte, en fonction de son degré d'invalidité.

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux handicapés de plus de 16 ans dépasse substantiellement le nombre de titulaires d'une pension d'incapacité de travail, surtout du fait des personnes âgées dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes

ordinaires de la vie. Les tierces personnes, assistant un adulte handicapé, forment une catégorie entièrement neuve de bénéficiaires, puisque auparavant il n'existait aucune aide financière accessible aux assistants qui étaient contraints de renoncer à travailler du fait du handicap (ou de la dépendance) d'un membre de leur famille. En 2001, les dépenses totales engagées en vertu de la Loi sur les prestations sociales aux handicapés dépasseront les 360 millions d'EEK.

Tableau 17
Les pensions liées à l'invalidité aux termes des différentes lois
sur les pensions⁴¹

Incapacité de travail	Pension d'invalidité aux termes de la Loi sur les prestations publiques de subsistance	Version 1998 de la Loi sur l'assurance pensions publique		Pension d'incapacité de travail (janvier à mars 2001)	Pension d'incapacité de travail (avril 2001 à aujourd'hui)
		Pension d'incapacité de travail	Pension nationale pour motif d'incapacité		
100%	1 210	804	800	1 197	1 232
90%	1 025	724	720	1 077	1 109
80%	1 025	643	640	958	986
70%	800	563	560	838	862
60%	800	482	480	800	800
50%	800	402	400	800	800
40%	800	322	320	800	800

⁴¹ En ce qui concerne la Loi sur l'assurance pensions publique, les taux indiqués dans le tableau correspondent aux montants minimaux.

Table 18
Les prestations sociales aux handicapés, 2001⁴²

Type de prestation	Montant de la prestation (en EEK)
Allocation d'enfant handicapé:	
handicap modéré	840
handicap majeur ou profond	940
Allocation aux handicapés de plus de 16 ans	
handicap modéré	200
handicap majeur	420
handicap profond	640
Allocation de parent handicapé	300
Allocation de tierce personne	
enfant handicapé	300
adulte ayant un handicap majeur	240
adulte ayant un handicap profond	400
Allocation d'éducation	100–400
Allocation de réadaptation	jusqu'à 800
Allocation de transport	jusqu'à 80
Allocation de téléphone	jusqu'à 60

⁴² Les taux sont ceux des allocations mensuelles, excepté pour l'allocation de réadaptation, qui indique la somme maximale par année civile.

Tableau 19
Nombre de bénéficiaires aux termes de la Loi
sur les prestations sociales aux handicapés, premier semestre 2001

Type d'allocation	Nombre de bénéficiaires
Allocation d'enfant handicapé:	4 600
handicap modéré	2 130
handicap majeur ou profond	2 470
Allocation aux handicapés de plus de 16 ans	67 200
handicap modéré	12 100
handicap majeur	31 500
handicap profond	23 600
Allocation de parent handicapé	1 970
Allocation de tierce personne	17 800
enfant handicapé	2 100
adulte ayant un handicap majeur	5 900
adulte ayant un handicap profond	9 800
Total	91 570

Source: Caisse nationale estonienne de l'assurance sociale.

4. Conclusions

Le point de départ d'une politique nationale en matière de prestations d'invalidité fut le système de pensions soviétique. Les pensions d'invalidité dans l'ex-Union Soviétique avaient des traits bismarckiens: il fallait avoir travaillé pour y avoir droit, et les prestations étaient liées au salaire antérieur. Toutefois, contrairement à un régime bismarckien typique, les pensions étaient financées à partir du budget général de l'Etat. Un trait notable du système soviétique était la forte proportion de titulaires d'une pension d'invalidité exerçant un travail, résultat de la politique de plein emploi. Bien que le système de pensions soviétique fournît des taux de remplacement assez élevés, les premières tentatives faites par le gouvernement estonien pour réformer le système étaient en partie

motivées par l'intention d'élever le niveau de protection sociale encore davantage. Un autre facteur important était le désir de rendre le système différent du système soviétique, soulignant ainsi l'autonomie de l'Estonie par rapport au reste de l'Union Soviétique.

Ces intentions furent d'abord mises en pratique à travers une modification du système de financement: le budget général de l'Etat fut délaissé au profit de cotisations sociales pré-affectées. De nouvelles règles relatives aux prestations suivirent peu après, étendant le taux de couverture à tous les résidents et instituant une formule de calcul des prestations mixte (un taux uniforme, complété par un élément lié aux revenus). L'échec de la première réforme fut surtout dû à un manque flagrant de personnel qualifié capable d'élaborer des politiques et une législation de manière cohérente. Cette situation fut encore aggravée par une crise économique sérieuse au moment de l'effondrement de l'économie soviétique. Dans ce contexte, les grandes attentes de la population en matière sociale, attentes allant de pair avec l'indépendance et l'accès au statut d'Etat, se heurtèrent brutalement aux conditions difficiles qui marquèrent les premières années d'indépendance.

L'institution de prestations de subsistance avec des allocations forfaitaires à taux uniforme devrait plutôt être considérée comme une mesure de sauvetage que comme un changement de direction intentionnel vers des principes égalitaristes. La prudence adoptée en matière financière pour financer le système de pensions – ce que nous avons appelé la méthode des cotisations définies au niveau macro-économique – fut un résultat direct des leçons tirées des tâtonnements antérieurs. Les règles *beveridgiennes* en matière de prestations fournirent un havre sûr au système de pensions pendant huit ans.

Une troisième réforme, engagée en 1997, fut compliquée par un conflit entre le principe de suffisance des prestations et le principe d'équité. Le défi pour les décideurs politique fut de découvrir comment satisfaire le désir d'ordre politique d'un lien plus fort entre cotisations et prestations, tout en maintenant tous les bénéficiaires au-dessus du seuil de pauvreté. Après quelques tâtonnements, le conflit fut résolu par une règle de calcul des prestations qui, bien qu'elle fût en principe proportionnelle aux gains, incluait une pension minimale si élevée que plus de la moitié des bénéficiaires recevaient le même montant. Le produit final peut ainsi être caractérisé comme un pas en arrière vers *Bismarck*, mais avec de forts éléments *beveridgiens*.

Tableau 20
Traits principaux des réformes en matière de pension d'invalidité

Loi	Notion	Ouverture des droits	Prestation	Financement
Loi soviétique sur les pensions de 1956	Invalidité	Par l'emploi	Proportionnelle aux gains	Budget général
Loi estonienne sur les pensions de 1991	Invalidité	Par le statut	A taux uniforme + élément proportionnel aux gains	Cotisations sociales pré-affectées
Loi sur les prestations de subsistance de 1993	Invalidité	Par le statut de résident	A taux uniforme	Cotisations sociales pré-affectées
Loi sur l'assurance pensions publique de 2000	Incapacité de travail	Incapacité de travail, par l'emploi	Proportionnelle aux gains (avec un plancher élevé)	Cotisations sociales pré-affectées
		Pension nationale, par le statut de résident	A taux uniforme	Budget général

Un certain nombre de problèmes demeurent encore sans solution dans le système de pensions, notamment les suivants:

- La relative brièveté de la période de versement des indemnités de maladie (182 jours au plus) a pour effet significatif d'amener de nouveaux bénéficiaires au système.
- Les incitations à retourner travailler sont minces.
- L'interaction du système de pensions avec les services de réadaptation pour soutenir le retour à la vie active est très faible.

Le modèle médical de l'*invalidité* (c'est-à-dire l'insistance sur l'individu plutôt que sur son milieu) était en position de force à l'époque soviétique. Ce paradigme est demeuré inchangé jusqu'en 2000. L'introduction de la

notion, nouvelle, d'incapacité de travail fut une tentative de la part du ministère des Affaires sociales pour refondre l'ancien paradigme. Cette tentative a largement échoué, surtout parce que les professionnels de la santé sont toujours les seuls à définir les critères fonctionnels pour évaluer l'incapacité de travail. Du même coup, la définition légale de l'incapacité de travail continue à prêter à controverse. Par définition, une personne atteinte d'une incapacité de travail totale ne devrait être capable d'exercer aucune activité rémunérée – or, il ne lui est pas interdit de travailler et de compléter sa pension d'incapacité de travail par une autre source de revenus.

La notion de *handicap*, qui sert de fondement à ces nouvelles prestations sociales, se concentre sur l'interaction de la personne et de son milieu. Cette approche a eu apparemment plus de succès pour ce qui est de transformer le paradigme dominant du handicap en tant qu'incapacité à fonctionner. Toutefois, ces deux nouveaux termes – *incapacité de travail* et *handicap* – ont encore un temps de retard par rapport à l'évolution internationale, où le cadre conceptuel se déplace pour considérer les aptitudes restantes et fonctionnelles de la personne, plutôt que ses déficiences fonctionnelles.

Bibliographie

- Commission européenne (1998): *La Protection sociale en Europe en 1997*, Luxembourg.
- Institut estonien de statistique (1998): *Social Trends*, Tallinn.
- Institut estonien de statistique (2001): *Social Trends 2*, Tallinn.
- Leppik, L. (2001): "The Estonian Social Security System," in *Belgian Review of Social Security*, Vol. 43.
- Lipand, A. (1998): "Health," in *Social Trends*, Institut estonien de statistique, Tallinn.
- Männik, G. et L. Leppik (1998): *Transformation of Old-Age Security in Estonia* (manuscrit). Tallinn.
- Suni, M. (1995): "Social Welfare and Law in Estonia," in J. Simpura (sous la dir.), *Social Policy in Transition Societies: Experience from the Baltic Countries and Russia*, Helsinki.

Annexe

Tableau A					
Part des titulaires d'une pension d'invalidité dans la population et parmi l'ensemble des pensionnés, en 1991–2000 (en début d'année)					
	1991	1992	1993	1994	1995
Titulaires d'une pension d'invalidité	40 750	46 034	48 923	50 004	52 339
% de titulaires d'une pension d'invalidité sur l'ensemble de la population	2,6	3,0	3,2	3,3	3,5
% de titulaires d'une pension d'invalidité sur le nombre total de pensionnés	11,1	12,3	12,8	13,1	13,9
	1996	1997	1998	1999	2000
Titulaires d'une pension d'invalidité	55 250	57 636	59 938	62 522	66 814
% de titulaires d'une pension d'invalidité sur l'ensemble de la population	3,7	3,9	4,1	4,3	4,8
% de titulaires d'une pension d'invalidité sur le nombre total de pensionnés	14,8	15,6	16,3	16,8	18,8

Source: Institut estonien de statistique, calculs de l'auteur.

Tableau B
Répartition par sexe des titulaires d'une pension d'invalidité,
1997–2000 (en début d'année)

Année	Hommes	Femmes	Total
1997	31 578	26 058	57 636
1998	32 840	27 098	59 938
1999	34 300	28 222	62 522
2000	36 833	29 981	66 814

Source: Institut estonien de statistique.

Tableau C
Taux des pensions d'invalidité (en EEK), 1993–1999

	4/93	4/94	7/94	9/95	1/96
Pension d'invalidité					
Catégorie 1	300	345	375	677	718
Catégorie 2	285	330	360	554	595
Catégorie 3	180	210	240	369	451
enfants handicapés	255	285	315	431	472
Pension nationale	255	255	300	410	451
Salaire minimum	300	300	300	450	680
	4/96	1/97	11/97	3/98	1/99
Pension d'invalidité					
Catégorie 1	759	820	882	1 005	1 210
Catégorie 2	636	697	759	841	1 025
Catégorie 3	492	554	595	656	800
enfants handicapés	513	574	615	677	820
Pension nationale	492	554	595	656	800
Salaire minimum	680	680	680	1 100	1 250

Source: Caisse nationale estonienne de l'assurance sociale.

Tableau D
Rapports des pensions d'invalidité au salaire minimum, 1993–1999

	4/93	4/94	7/94	9/95	1/96	
Rapport de la pension d'invalidité de catégorie 2 à la pension d'invalidité de catégorie 1		95%	96%	96%	82%	83%
Rapport de la pension d'invalidité de catégorie 3 à la pension d'invalidité de catégorie 1		60%	61%	64%	55%	63%
Rapport du salaire minimum à la pension d'invalidité de catégorie 1		100%	87%	80%	66%	95%
		4/96	1/97	11/97	3/98	1/99
Rapport de la pension d'invalidité de catégorie 2 à la pension d'invalidité de catégorie 1		85%	85%	86%	84%	85%
Rapport de la pension d'invalidité de catégorie 3 à la pension d'invalidité de catégorie 1		65%	68%	67%	65%	66%
Rapport du salaire minimum à la pension d'invalidité de catégorie 1		90%	83%	77%	109%	103%

Source: Caisse nationale estonienne de l'assurance sociale, calculs de l'auteur.

Tableau E
Répartition par âge des titulaires d'une pension d'incapacité de travail Age
(1^{er} janvier 2001)

Age	Moins de 18 ans	18–24	25–39	40–54	55–59	60–62	Total
Nombre de pensionnés	752	2 829	7 693	20 120	8 141	3 859	43 394

Source: Caisse nationale estonienne de l'assurance sociale.

La protection contre l'invalidité en Pologne

Irena Wóycicka (coordinatrice), Anna Ruzik et Hanna Zalewska

Introduction

En Pologne, les personnes handicapées peuvent recevoir les prestations de l'assurance sociale et/ou de l'aide sociale, en fonction de leur statut professionnel. A l'âge de 18 ans, toute personne handicapée depuis l'enfance a droit à une prestation d'aide sociale à taux uniforme, sans considération des revenus de la famille au sein de laquelle elle vit. D'autre part, les personnes handicapées qui ont travaillé durant une période suffisante ont droit à une pension et à d'autres prestations de l'assurance sociale. Une prévention médicale et une rééducation, à l'intention des personnes atteintes de maladie chronique et qui reçoivent ou pourraient recevoir, une pension d'invalidité, ont progressivement été incorporées au système d'assurance sociale au cours des années 1990.

L'organisation et le financement de la rééducation professionnelle demeurent en majeure partie extérieurs au système d'assurance sociale¹. Bien que la rééducation professionnelle ait obtenu des résultats positifs indéniables, son effet sur la participation des handicapés à l'activité rémunérée est limité. Cette situation est due aux problèmes du marché du travail et à certains traits propres aux organismes prestataires ainsi qu'à la faiblesse, en moyenne, du niveau d'instruction et de qualification professionnelle des personnes handicapées. Près de 85% des personnes handicapées sont inactives économiquement.

Par rapport à d'autres pays, une forte proportion de la population assurée reçoit une pension d'invalidité et le taux d'activité des personnes handicapées est faible. Le premier phénomène s'explique partiellement par le fait que certains

¹ Excepté les pensions de formation qui furent instituées, pour les salariés et les travailleurs indépendants, dans le cadre du système d'assurance sociale à la fin des années 1990.

pensionnés ont déjà atteint l'âge de la retraite et qu'ils pourraient avoir droit à une pension de vieillesse². En 1997, plus de 24% des personnes recevant une pension d'invalidité avaient 65 ans ou plus. Il n'en reste pas moins, qu'au sein de la population en âge de travailler (de 15 à 64 ans), la part des titulaires d'une pension d'invalidité est plus élevée en Pologne que dans aucun autre pays de l'OCDE (voir Tableau 1 en annexe).

1. L'héritage: la protection contre l'invalidité avant 1989

1.1. *La loi, les règlements et la structure administrative*

En 1989, le nouveau gouvernement polonais hérita d'un système complexe de protection contre l'invalidité. Il existait deux régimes fonctionnant côte à côte, tous deux gérés par l'Institut de l'assurance sociale (ZUS). L'un était destiné aux salariés et aux travailleurs indépendants, l'autre aux agriculteurs³. Tous deux étaient financés par une cotisation unique, qui couvrait non seulement les pensions d'invalidité, mais aussi les pensions de vieillesse et de survivant, ainsi que les prestations de maladie et de maternité. Comme les recettes tirées des cotisations étaient insuffisantes, les régimes recevaient également des subventions du budget de l'Etat. Certaines catégories particulières (militaires, policiers, invalides de guerre, etc.) avaient, elles, leur propre régime d'invalidité, qui était totalement financé par les recettes de l'Etat (aucune cotisation obligatoire). Tous ces régimes procuraient des prestations, tant de courte que de longue durée. Les prestations de longue durée comprenaient celles d'invalidité générale et d'invalidité d'origine professionnelle, tandis que les prestations de courte durée comprenaient, entre autres, celles de maladie, de réadaptation et de formation.

Pour déterminer si une personne était invalide, on prenait en compte l'interaction de trois variables: l'état de santé, la capacité de travail, et le besoin de recevoir des soins ou une prise en charge sociale. L'invalidité était définie

² Cela est dû au fait, qu'en Pologne, les individus qui remplissent les conditions pour recevoir plus d'une prestation de l'assurance sociale, ont la permission de choisir celle qu'ils veulent.

³ L'administration des prestations des agriculteurs fut transférée plus tard à une autre institution, la KRUS.

par la loi comme “une incapacité de travail complète ou partielle, due à une déficience physique ou mentale permanente ou durable”⁴. Cette définition recouvrait à la fois l’aspect biologique de l’invalidité (à savoir, l’obligation d’être atteint d’une déficience permanente, irréversible, ou durable) et l’aspect économique (à savoir, une incapacité de travail complète ou partielle et la perte de la capacité de gagner sa vie par suite de la déficience en question). Trois catégories d’invalidité furent établies et, pour recevoir une prestation, toute personne handicapée devait être rangée dans l’une des trois:

- Catégorie I: Aucune activité rémunérée possible, impossibilité de vivre seul, besoin permanent ou durable des soins d’une tierce personne.
- Catégorie II: Aucune activité rémunérée possible, mais sans besoin permanent ou durable des soins d’une tierce personne⁵.
- Catégorie III: Invalidité partielle
 - incapacité de faire le même travail qu’avant à temps plein, mais capacité de (i) faire ce travail à temps partiel, ou (ii) de faire un travail moins exigeant, ou
 - existence d’une déficience physique ou mentale qui, quoique significative, n’affecte pas la capacité de continuer à faire le même travail qu’avant (par exemple, perte d’un pied, d’un œil, de doigts etc.).

Pour les agriculteurs, il s’agissait d’un critère professionnel différent, à savoir l’incapacité d’effectuer un travail agricole⁶.

En plus de devoir répondre à la définition légale de l’invalidité, la plupart des demandeurs d’une prestation devaient aussi remplir des conditions de durée de service. En général, cinq années de travail étaient exigées au cours des dix années précédant la demande de pension d’invalidité. Pour les personnes ayant moins de 30 ans, le nombre d’années exigées était proportionnellement moindre.

⁴ Loi du 14 décembre 1982, sur la protection sociale des salariés et de leurs familles (parue au Journal officiel sous le nom de Dz.U. de 1982, n° 40).

⁵ La capacité de certaines personnes à travailler dans des conditions spéciales, ne les empêchait pas de pouvoir être rangées dans les catégories I ou II.

⁶ Loi du 14 décembre 1982, sur la protection sociale des agriculteurs et de leurs familles (paru au Journal officiel sous le nom de Dz.U. de 1982, n° 40).

Pour le calcul des services du demandeur, certaines périodes étaient prises en compte, même si aucun travail rémunéré n'avait été effectué et aucune cotisation versée (par exemple les congés de maternité). Cette obligation de durée de service ne concernait pas les accidents de travail, ni les maladies professionnelles.

Pour ce qui est du montant de la prestation, pour les salariés ou les travailleurs indépendants, une pension de catégorie I ou II était calculée de la même manière qu'une pension de vieillesse; une pension de catégorie III consistait en une portion de ce montant; et la pension d'invalidité d'un agriculteur était calculée de la même manière qu'une pension de vieillesse d'agriculteur.

Les règles ci-dessus concernaient les pensions dites "d'état de santé global", lesquelles constituaient presque 90% de l'ensemble des pensions d'invalidité à la fin des années 1980. Les pensions liées au travail constituaient les 10% et quelques restants. Ces dernières avaient des conditions plus généreuses: il n'existait pas d'obligation de durée de travail particulière, et les sommes versées se montaient à 100% des gains antérieurs (75% en cas d'invalidité partielle).

1.1.1. L'organisation de l'appréciation de l'invalidité et des visites médicales

Le ZUS confiait à des commissions médicales locales le soin de prendre de nombreuses décisions liées à l'appréciation des conditions d'éligibilité à une pension d'invalidité. Ces commissions évaluaient la capacité de travail des demandeurs, les affectaient à l'une des catégories d'invalidité, établissaient la date d'apparition de l'invalidité, et examinaient les besoins des demandeurs ainsi que l'utilité, pour eux, d'une formation professionnelle⁷. Ces commissions,

⁷ Ces commissions avaient encore d'autres pouvoirs. Elles appréciaient le degré d'invalidité des personnes candidates à un emploi ou à une formation professionnelle dans des lieux spécialement conçus pour les handicapés, à de l'aide sociale, à un secours, à des pensions préférentielles, et à des prestations particulières. Ces commissions avaient aussi pour charge d'apprécier l'admissibilité à une prestation de réadaptation, le degré d'une invalidité d'origine professionnelle, la nécessité d'une réadaptation professionnelle, lorsque celle-ci avait été jugée superflue par une autre institution de la santé publique, la question de savoir si un enfant avait besoin de soins constants impliquant un infirmier et une assistance régulière pour son traitement et sa réadaptation, ainsi que d'autres questions régies par des règlements distincts.

qui fonctionnaient dans les différentes agences du ZUS réparties à travers le pays, traitaient à la fois les demandes initiales et les appels. Chaque commission était sous la supervision directe d'un médecin (contrôlant l'appréciation de l'invalidité). A moins qu'elles ne fussent remises en cause, leurs évaluations servaient de bases aux décisions administratives en matière d'attribution des pensions et des autres prestations.

Ces commissions menaient également des visites de suivi pour vérifier le degré d'invalidité des pensionnés (soit d'office, soit à la demande d'un pensionné déclarant une dégradation de son état de santé). Ces visites étaient obligatoires, une fois par an ou tous les deux ans, en fonction de l'origine, de la gravité, et de l'évolution attendue de l'invalidité.

Durant les années 1980, le nombre moyen d'évaluations effectuées par les commissions et assignant de nouveaux demandeurs à l'une des catégories d'invalidité, excédait les 200 000 par an. Les visites de suivi se traduisaient approximativement par 300 000 évaluations supplémentaires de la part des commissions, soit environ 60% de la charge de travail totale des commissions, à savoir 500 000. Et pourtant, malgré l'importance des moyens consacrés à la ré-appréciation des cas, celles-ci n'avaient guère d'effet sur le nombre total de titulaires d'une pension d'invalidité, pas plus qu'elles n'étaient à l'origine de beaucoup de transferts de pensionnés d'une catégorie d'invalidité à une autre. Seuls environ 2,5% des pensionnés étaient déclarés non invalides chaque année, et environ 80% des individus examinés demeuraient dans la même catégorie de gravité.

1.1.2. La prestation de réadaptation

En 1983, une *prestation de réadaptation* fut instituée dans le cadre du régime invalidité du ZUS⁸. Elle était faite pour les personnes qui étaient toujours hors d'état de travailler après que leurs indemnités de maladie avaient pris fin, mais dont le rétablissement paraissait prometteur, pour peu qu'on leur donne une prolongation de traitement ou de la réadaptation. Cette prestation était attribuée pour la durée nécessaire à la ré-obtention de la capacité de

⁸ Loi du 14 décembre 1982, sur la protection sociale des salariés et de leurs familles (paru au Journal officiel sous le nom de Dz.U. de 1982, n° 40)

travail, jusqu'à un maximum de 12 mois. Elle équivalait à 75% du salaire à partir duquel les indemnités de maladie étaient calculées, ou, si la déficience avait été contractée dans le cadre du travail⁹, à 100% de ce salaire.

Toutefois, peu des assurés affiliés au ZUS reçurent cette prestation. Dans la seconde moitié des années 1980, le nombre mensuel moyen de prestations de réadaptation était à peine supérieur à 16 000 (pour un nombre de titulaires de pensions d'invalidité égal à environ deux millions et une population d'assurés dépassant 14 millions). Les recettes dépensées pour le versement de cette prestation ne représentaient qu'entre 0,1% et 0,2% de l'ensemble des dépenses du ZUS pour les prestations en espèces.

1.1.3. La rééducation professionnelle

Dans les années 1980, le ZUS pouvait affecter ses affiliés à une formation professionnelle ou à un emploi. Dans ce dernier cas, la seule forme officielle d'emploi spécialement adapté aux besoins des travailleurs handicapés, était constituée par les coopératives pour handicapés. Depuis les années 1960, de telles coopératives s'étaient vu accorder divers privilèges en Pologne, et, à la fin des années 1980, environ 200 000 personnes handicapées y travaillaient encore (Barczyński, 2001)¹⁰. Toutefois, comme les changements économiques des années 1990 allaient le montrer, ces entités n'étaient pas assez compétitives pour le marché.

1.2. *Le nombre des titulaires de pensions d'invalidité et l'évolution des dépenses*

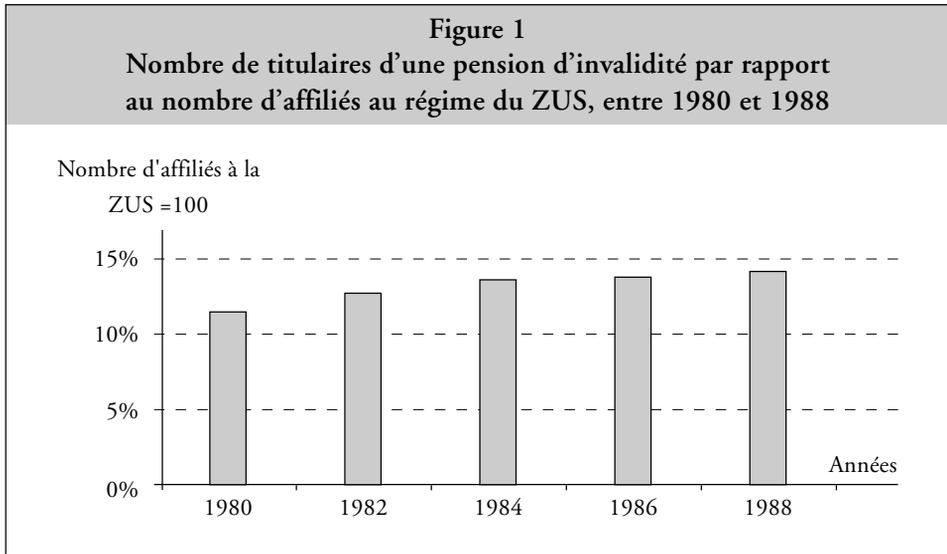
1.2.1. Les titulaires de pensions d'invalidité

Les années 1980 furent une période de forte croissance pour les pensions d'invalidité. Sur la décennie, la proportion de titulaires d'une pension d'invalidité du ZUS passa de 12% à 14% de la population affiliée (voir Figure 1). La

⁹ C'est-à-dire les accidents survenant au travail ou au cours d'un trajet entre le domicile et le lieu de travail, ainsi que les maladies professionnelles.

¹⁰ A cette époque, ces privilèges comprenaient un accès facilité aux moyens de production, mais aussi le monopole de la production de certains produits.

période de croissance la plus vive fut celle des années 1979–81. Ensuite, les attributions de pensions nouvelles diminuèrent quelque peu et, peu à peu, cela se refléta dans la quantité totale de pensionnés (voir Tableaux A2 et A3 en annexe). Le nombre de pensions d'invalidité pour agriculteurs augmenta à un rythme extrêmement rapide, passant de 5 400 en 1978, l'année où ce régime fut institué, à 368 700 une décennie plus tard (voir Tableau A3 en annexe).



Source: ZUS (1986, 1991), *Annuaire de l'assurance sociale* (Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych); calculs de l'auteur.

1.2.2. Les dépenses en matière de pensions d'invalidité

Dans la seconde moitié des années 1980, les dépenses en matière de pensions d'invalidité représentèrent entre 2,1% et 2,2% du PIB (Tableau 1). Les prestations furent augmentées au coup par coup jusqu'en 1986, date à laquelle furent établies des règles pour l'indexation automatique de toutes les pensions, y compris celles de vieillesse, de survivant, et d'invalidité¹¹. Selon ces règles, les pensions étaient indexées sur le salaire moyen, en deçà d'une limite

¹¹ Les prestations attribuées en 1981 et avant, furent revalorisées en 1982, et les prestations, attribuées en 1983 et avant, furent revalorisées en 1985.

équivalant à 150% du salaire moyen de l'année antérieure. Comme on peut le voir dans le Tableau 2, ce changement a causé des modifications significatives dans le rapport des pensions d'invalidité au salaire moyen¹².

Tableau 1
Les dépenses en matière de pensions d'invalidité (en % du PIB)

Année	Total	En % du PIB	
		Régime des salariés et des travailleurs indépendants	Régime des agriculteurs
1985	2,10	1,89	0,21
1986	2,18	1,91	0,27
1987	2,24	1,95	0,29
1988	2,21	1,91	0,30
1989	2,13	1,83	0,30

Source: Voir Figure 1, et KRUS (1998), *L'assurance sociale des agriculteurs* (Ubezpieczenie społeczne rolników); calculs de l'auteur.

Tableau 2
Le rapport de la pension d'invalidité mensuelle moyenne versée par le ZUS au salaire mensuel moyen

Année	Pension d'invalidité mensuelle moyenne en % du salaire mensuel moyen
1980	41,4%
1985	46,0%
1986	46,7%
1987	50,4%
1988	46,4%

Source: Voir Figure 1; GUS (Agence centrale de statistique) (1990-1991), *Annuaire statistique* (Rocznik Statystyczny); calculs de l'auteur.

¹² Dans le Tableau 2, la chute de 1988 est due au fait que la hausse des salaires fut supérieure au plafond de 150%. Alors que cette hausse avait été de 121% en 1987, en 1988, elle fut de 184%.

2. La protection contre l'invalidité durant les premières années de la transition

2.1. *Les premiers changements sur le marché du travail et les réponses des politiques nationales*

2.1.1. Les changements sur le marché du travail

Dans les premières années de la transition, le système de protection sociale fut très affecté par les changements qui se produisirent dans les domaines économique et social, notamment sur le marché du travail. Le chômage explosa, de sorte qu'en 1994, le nombre de sans-emploi atteignait 16%, soit 2,8 millions de la population en âge de travailler. Dans le même temps, 7% des emplois disparurent, soit 1,2 million (entre 1990 et 1995) et le secteur parallèle connut une expansion rapide. Les salaires réels et les revenus de l'agriculture chutèrent également. Rien qu'en 1990, les salaires réels diminuèrent de 24%, et ils ne se remirent à augmenter que quatre ans plus tard.

Les transformations rapides de l'environnement économique et social contribuèrent à causer un sentiment de profonde insécurité au sein de la population. De nombreux travailleurs qui avaient perdu leur place cherchèrent à obtenir des prestations de protection sociale, y compris des prestations d'invalidité, lesquelles étaient relativement aisées à obtenir. Les travailleurs qui avaient l'âge de partir en retraite et qui avaient accumulé les périodes de service obligatoires pour une pension de vieillesse, furent les premiers à être licenciés, mais les menaces de perte d'emploi en incitèrent beaucoup d'autres à demander une préretraite de leur propre initiative. Le nombre de nouvelles pensions de vieillesse liquidées annuellement bondit, passant d'environ 130 000 au milieu des années 1980 à 500 000 en 1991. De plus, de nombreuses personnes atteintes de problèmes de santé, dont certains étaient relativement mineurs, demandèrent des pensions d'invalidité. L'accès à cette voie vers la préretraite était facilité par le laxisme relatif des critères d'attribution et le manque de contrôle effectif des procédures d'attribution de l'invalidité.

2.1.2. Les réponses des politiques nationales

2.1.2.1. Les pensions d'invalidité

Durant les années 1990–1992, le gouvernement eut pour priorité de procurer à la population une couverture sociale, allégeant le coût des transformations supporté par les catégories les moins aisées. Ainsi, à partir de 1990, les pensions d'invalidité (de même que les pensions de vieillesse et de survivant) furent protégées contre une forte inflation par leur indexation sur les hausses du salaire polonais moyen¹³.

En 1992, les dépenses d'invalidité augmentèrent encore davantage, sous l'effet d'une loi augmentant fortement le niveau des prestations¹⁴. Toutes les pensions de vieillesse et d'invalidité du ZUS furent recalculées selon une nouvelle formule¹⁵ et tous les salaires qui servaient d'assiette pour calculer

¹³ Avant 1992, les pensions de vieillesse, de survivant et d'invalidité, faisaient l'objet d'une indexation quand le ratio du salaire moyen au salaire moyen qui était en vigueur lors du dernier trimestre où un ajustement avait eu lieu (appelé "ratio d'indexation") était d'au moins 105%. En 1992, le ratio déclenchant l'indexation passa de 105% à 110%.

¹⁴ Loi du 17 octobre 1991 sur la revalorisation des pensions (Dz.U. de 1991, n° 104).

¹⁵ Dans le cas de la pension d'invalidité des handicapés des catégories I et II, la formule est la suivante:

$$RI = 24\%KB + 1,3\%Os \times wwp \times KB + 0,7\%On \times wwp \times KB + 0,7\%Oh \times wwp \times KB$$

Où:

KB – Le montant de base, soit le montant qu'atteignait le salaire polonais moyen juste avant le dernier trimestre de l'année précédant la liquidation de la retraite. 24% de KB constitue l'élément universel, qui est compris dans toutes les prestations. Celui-ci est inférieur au niveau de l'aide sociale dans le système de pensions, qui est de 36%.

wwp – Le coefficient de base (rapport de la moyenne des salaires du bénéficiaire à la moyenne des salaires, durant la période considérée pour établir l'assiette de calcul de la prestation)

Os – périodes de cotisation (périodes durant lesquelles furent versées des cotisations à l'assurance sociale)

On – périodes de non-cotisation (par exemple, périodes de service militaire ou d'études supérieures)

Oh – période fictive (période manquante pour parvenir à 25 ans pleins de périodes de cotisation et de non-cotisation à la date de demande d'une pension)

les prestations furent indexés de manière à leur rendre la valeur qu'ils avaient à l'origine, c'est-à-dire au moment de l'attribution de la prestation¹⁶. Cette réforme s'attaquait à une injustice majeure de l'ancien système, à savoir le fait que l'irrégularité et l'insuffisance des ajustements des prestations laissaient aux personnes qui étaient pensionnées depuis le plus longtemps un pouvoir d'achat grandement réduit. Ainsi, la réforme garantissait une égalisation importante entre les niveaux moyens des prestations attribuées en différentes années. Prises globalement, ces mesures se traduisirent par une augmentation substantielle de la moyenne des prestations, ainsi que du rapport de la moyenne des prestations à la moyenne des salaires (comparer le Figure 2 et, en annexe, le Tableau 7)¹⁷.

d'invalidité, jusqu'à l'âge où le pensionné devrait atteindre 60 ans; en d'autres termes, cette période fictive compense pour la période manquante dans les cas où O_s+O_n est inférieur à 25)

Le montant de la pension d'invalidité de catégorie III est égal à 75% de la pension d'invalidité que touchent les handicapés de la catégorie II.

Dans le cas d'une pension d'invalidité pour accident de travail ou maladie professionnelle, le montant de la pension calculée en fonction de la formule ci-dessus ne peut pas dépasser:

80% de son assiette de calcul, dans le cas des handicapés des catégories I ou II;

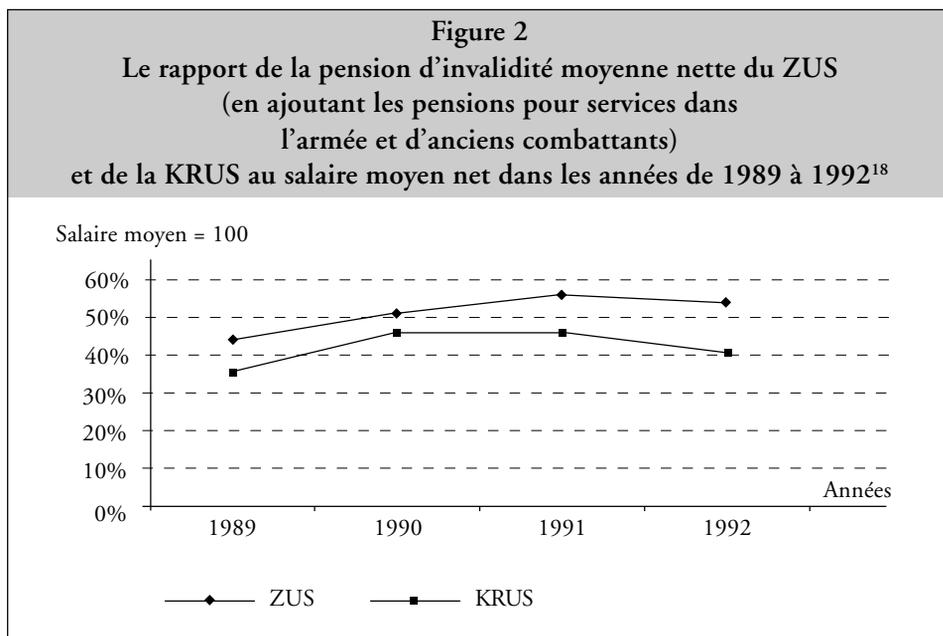
60% de son assiette de calcul dans le cas des handicapés de la catégorie III.

¹⁶ Le salaire moyen utilisé pour calculer les pensions d'invalidité, exprimé en proportion du salaire polonais moyen, était de 67,2% avant sa revalorisation, et passa à 110,9%.

¹⁷ Le changement de l'assiette moyenne servant à calculer les prestations, en fonction de l'année d'attribution de la prestation, par suite de la réforme des pensions lancée en 1992, tel qu'illustré ci-dessous:

Année d'attribution	Montant des prestations en moyenne (en% du salaire)	
	Avant la revalorisation	Après la revalorisation (tel que calculé)
Jusqu'en 1981	55,9	66,5
1982-1983	52,2	67,2
1984-1988	55,6	64,2
1989	70,5	61,6
1990-1991	82,2	69,3

Source: ZUS, *Les effets de la revalorisation*, document inédit.



Source: ZUS (1996), *Annuaire statistique de l'Assurance sociale* (Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych); KRUS (1998), *L'assurance sociale des agriculteurs* (Ubezpieczenie społeczne rolników), 1998; calculs de l'auteur.

Le régime invalidité des agriculteurs, lui aussi, subit d'importants remaniements. Là, une réforme était nécessaire parce que le régime avait de nombreuses caractéristiques conçues pour soutenir les objectifs de l'ancien système communiste (par exemple, la liquidation de la propriété privée dans l'agriculture ou la vente de la production des fermes à des entreprises étatiques¹⁹). En décembre 1990, une loi transforma totalement la législation

¹⁸ L'impôt sur le revenu individuel, institué en 1992, créa un écart entre les salaires brut et net.

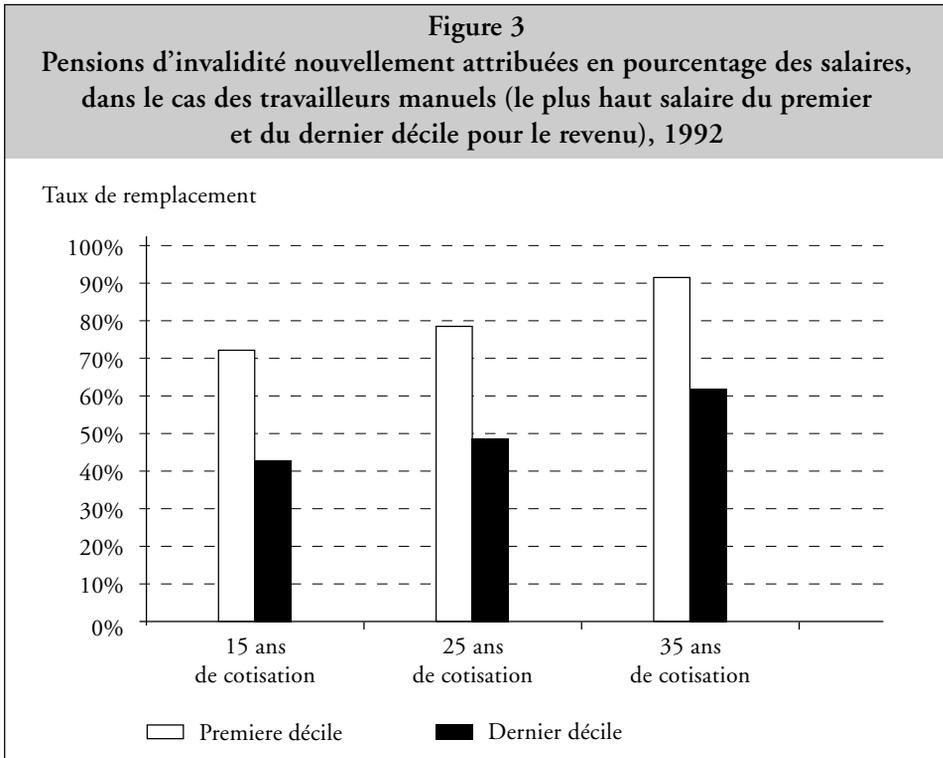
¹⁹ En d'autres termes, pouvaient escompter des pensions d'un montant plus élevé les agriculteurs qui coopéraient avec l'Etat, en vendant leur production aux entreprises étatisées ou en vendant leur ferme à l'Etat.

sur l'assurance sociale des agriculteurs²⁰. Cette loi institua une institution distincte, la KRUS, pour collecter les cotisations, décider de l'ouverture des droits, et payer les prestations²¹. (L'évaluation de l'invalidité, toutefois, demeura du ressort du ZUS) Sous la pression d'organisations agricoles puissantes, la réforme assouplit également les critères d'éligibilité, remplaçant la définition antérieure de l'invalidité par une nouvelle norme, à savoir une incapacité durable d'effectuer des travaux agricoles. D'autres conditions d'ouverture des droits sans rapport avec la santé furent également rendues plus libérales (pour plus de détails, voir Tableau S1 dans le Supplément).

La croissance accélérée du nombre de bénéficiaires du régime combinée avec la hausse des dépenses contribua à garantir une large portion de la population (neuf millions de pensionnés) contre la dégradation de la situation économique. Le taux de remplacement du salaire assuré par les pensions de vieillesse et d'invalidité, notamment celles des bénéficiaires à faible revenu, était relativement élevé, comme on peut le voir sur la Figure 3. En conséquence, ces pensionnés étaient, dans l'ensemble, mieux protégés que les personnes recevant des indemnités de chômage (Banque mondiale, 1995). Dans le secteur agricole, à cause de la baisse des revenus réels tirés de la production et de l'augmentation du chômage parmi les habitants des zones rurales, les pensions d'invalidité et de vieillesse de la KRUS, quoiqu'en baisse par rapport au salaire moyen (voir Figure 2), commencèrent à jouer un rôle plus important dans le revenu des ménages (Zegar, 2000; Topińska, 2000; Wóycicka, 2000).

²⁰ L'assurance sociale des agriculteurs recouvre les pensions de vieillesse, de survivant, et d'invalidité, des prestations supplémentaires (telles que la pension d'ancien combattant) et des prestations d'assurance sociale de courte durée (allocations de maladie et de maternité, etc.).

²¹ Loi du 20 décembre 1990 sur l'assurance sociale des agriculteurs (pour la forme définitive du texte, voir Dz.U. de 1998, N° 7, article 25).



Source: ZUS (1996), *Annuaire statistique de l'assurance sociale* (Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych); GUS (1994), *Annuaire statistique* (Rocznik Statystyczny); calculs de l'auteur.

2.1.2.2. La rééducation professionnelle

Parallèlement à ces modifications des pensions d'invalidité, le gouvernement polonais adopta de nouvelles mesures destinées à faire en sorte que les handicapés retournent au travail. La nouvelle approche était motivée par le manque de compétitivité des coopératives qui employaient des handicapés sous l'ancien régime. Par suite des transformations politiques et économiques, le gouvernement retira aux coopératives les privilèges exceptionnels dont elles avaient traditionnellement bénéficiés (c'est-à-dire le monopole de la fourniture de certains produits et un accès privilégié à certains biens de consommation intermédiaire). En conséquence, l'emploi baissa à toute vitesse, passant de 200 000 à 80 000 en juste un an.

En juin 1991, une nouvelle manière de soutenir l'emploi fut fournie par la Loi sur l'emploi des handicapés et leur retour au travail²². Ses principales dispositions prévoyaient:

- l'instauration de subventions pour inciter toutes les firmes à employer des handicapés, et des amendes pour celles qui ne le feraient pas, sous la forme d'un système combinant quotas et amendes;
- la création d'un fonds d'Etat pour la rééducation des personnes handicapées (*Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*, ou PFRON), qui emploierait les recettes tirées des amendes à financer diverses formes de rééducation et d'emploi;
- l'élaboration de règles de fonctionnement pour un nouveau type d'établissements de travail subventionné (baptisés SWE);
- la nomination d'un Plénipotentiaire du gouvernement pour les personnes handicapées.

Selon le système quotas-amendes, les entreprises employant plus de 50 salariés étaient obligées de faire en sorte qu'au moins 6% de leur effectif soient constitués de personnes handicapées. Celles qui ne réussissaient pas à atteindre ce minimum devaient payer une amende: pour chaque personne handicapée manquante, il leur fallait payer 40,65% du salaire moyen au PFRON.

Il était prévu que les recettes ainsi générées serviraient à financer la rééducation professionnelle, sociale et médicale des personnes handicapées, ainsi que la création directe d'emplois pour cette population. La loi stipulait qu'au moins 65% de l'ensemble des recettes annuelles du PFRON devaient être consacrés à la rééducation professionnelle et à l'emploi.

Les nouveaux SWE étaient tenus d'embaucher un plus fort pourcentage de personnes handicapées que les entreprises ordinaires (mais moindre que dans les anciennes coopératives, qui étaient faites pour les handicapés exclusivement), et, en échange, elles recevaient un traitement privilégié dans certains domaines. Voici les principales règles concernant les SWE:

- au moins 40% des travailleurs devaient être handicapés et au moins 10% devait présenter un degré d'invalidité moyen ou profond;

²² Loi du 9 mai 1991 sur l'emploi des handicapés et leur retour au travail (Dz.U. de 1991, n° 46, article 201).

- des règles de sécurité plus strictes devaient être respectées sur le lieu de travail; et
- certains services de soins médicaux et de rééducation devaient être assurés aux employés handicapés.

Ces obligations étaient évidemment coûteuses et, en compensation, les SWE jouissaient de privilèges fiscaux – par exemple, ils étaient exemptés de certains prélèvements, comprenant l'impôt sur les sociétés, l'impôt foncier, l'impôt sur les donations et les successions, la taxe agricole et forestière, la taxe sur les transports et la TVA. En outre, l'impôt sur le revenu, que les SWE déduisaient du salaire des travailleurs handicapés, était ensuite réservé au financement de la réadaptation médicale. 90% de ces impôts retenus à la source allaient au fonds de réadaptation de l'entreprise, et les 10% restants allaient au PFRON. Les SWE se voyaient également exemptés de verser des cotisations au Fonds de garantie des prestations de sécurité pour les salariés ou au Fonds du travail²³.

2.2. Les répercussions sur les programmes de pensions d'invalidité

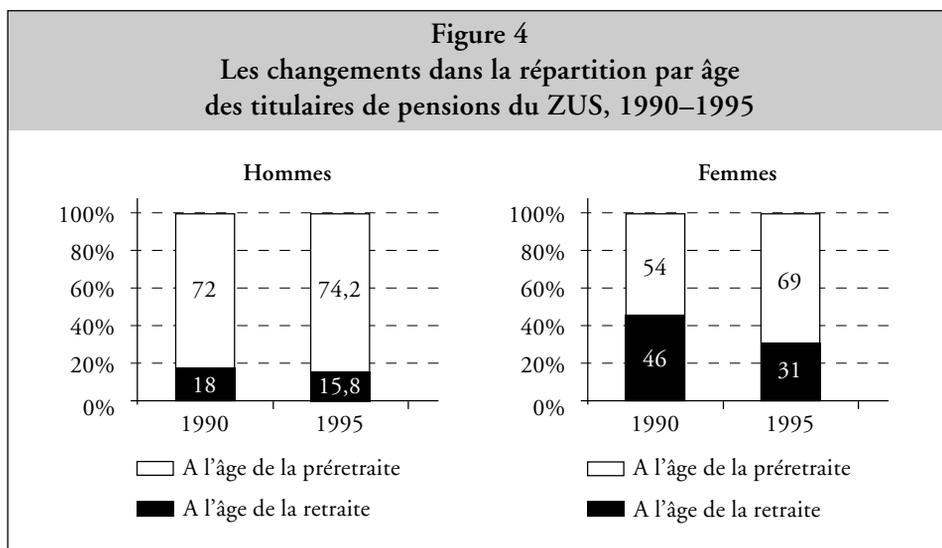
2.2.1. Le nombre de pensions et les dépenses

A elles deux, les transformations économiques et les réformes décrites ci-dessus ont eu des répercussions majeures sur les régimes d'invalidité polonais. Au cours de la première moitié des années 1990, le nombre de pensionnés du ZUS augmenta de plus de 20% (c'est-à-dire, de presque 500 000 pensionnés) et le nombre de pensionnés de la KRUS, de 90% (380 000 pensionnés nouveaux). Dans le même temps, l'ensemble des dépenses en matière d'invalidité augmenta, passant de 2,6% du PIB en 1990 à 4,3% en 1995 (voir Tableaux A4, A5 et A6, en annexe).

²³Le Fonds de garantie des prestations de sécurité pour les salariés fut institué pour couvrir certaines dépenses (salaires, etc.) des entreprises qui font faillite. Le fonds est financé par les cotisations versées par les employeurs.

2.2.2. L'âge des bénéficiaires

En 1990, la Pologne présentait une proportion exceptionnellement élevée de titulaires d'une pension d'invalidité en âge d'être à la retraite (voir Figure 4)²⁴. C'était possible parce qu'en Pologne, les titulaires d'une pension d'invalidité peuvent choisir, quand ils atteignent l'âge légal de la retraite, entre passer à une pension de retraite ou rester bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Au début des années 1990, toutefois, l'afflux important des nouveaux pensionnés modifia significativement la composition des âges, étant donné qu'une plus grande quantité de jeunes travailleurs se mit à demander et à obtenir des pensions d'invalidité. Dans la première moitié des années 1990, les titulaires d'une pension d'invalidité du ZUS avaient en moyenne un âge inférieur de presque trois ans à ceux de la fin des années 1980²⁵.



Source: Données inédites du ZUS, calculs de l'auteur.

²⁴ Parmi les titulaires d'une pension d'invalidité du ZUS, plus de 18% des hommes avaient 65 ans ou plus, et près de 46% des femmes avaient 60 ans ou plus.

²⁵ Durant la première moitié des années 1990, l'âge moyen des titulaires d'une pension d'invalidité était de 54 ans (53,7 pour les hommes, et 54,5 pour les femmes), tandis qu'à la fin des années 1980, il était de 56,4 ans (55,1 pour les hommes, et 56,6 pour les femmes).

Des évolutions similaires peuvent être observées chez les personnes titulaires d'une pension d'invalidité de la KRUS (voir Wóycicka, 2001).

2.2.3. Les causes de l'incapacité de travail

Comme il a été expliqué précédemment, il existe deux types de pensions d'invalidité en Pologne: les pensions non liées au travail, accordées en raison de l'"état de santé global", et les pensions liées au travail, qui couvrent à la fois les accidents du travail (y compris les blessures sur le trajet entre le domicile et le travail) et les maladies professionnelles. Même si la première catégorie a toujours dominé, le début des années 1990 la vit subir un petit déclin progressif, tandis que la seconde grossissait (voir Tableau 3)²⁶. En 1995, la ZUS versa 2 602 000 pensions d'invalidité, dont 212 000 (6,3%) furent attribuées pour maladie professionnelle ou accident de travail²⁷. Cela constituait une augmentation d'environ un tiers par rapport à 1990.

On trouvait le plus souvent les maladies professionnelles parmi les enseignants, les mineurs, et les ouvriers métallurgistes. Les maladies chroniques des organes de la voix, les lésions auditives causées par le bruit et les maladies liées aux poussières étaient parmi les plus communes.

Si nous comparons les principales causes d'invalidité en 1990 et en 1995, nous pouvons également voir des changements significatifs (voir Tableau 4). La part des maladies cardiaques et cardio-vasculaires diminua, tandis que celle des maladies mentales, des psycho-névroses et des tumeurs malignes, augmenta²⁸.

²⁶ Tant les accidents du travail que les maladies professionnelles causaient deux à trois fois plus de cas d'invalidité chez les hommes que chez les femmes.

²⁷ Quand on interprète ces chiffres, il ne faut pas perdre de vue l'augmentation significative du nombre de pensions d'invalidité durant la première moitié des années 1990. Comme cela a déjà été exposé (voir sections 2.1.2.1 et 2.2.1), cette augmentation avait pour cause les problèmes économiques de la période et le laxisme des critères d'admission aux prestations d'invalidité. La croissance du nombre de pensions d'invalidité ne reflétait pas un déclin de l'état de santé global de la population, ni une progression des maladies professionnelles. Ces dernières constituaient toujours une part relativement faible des pensions d'invalidité liées à l'emploi.

²⁸ Ces changements reflètent les transformations des causes et de l'incidence des maladies parmi l'ensemble de la population.

Tableau 3
Les causes d'invalidité parmi les titulaires de pensions d'invalidité du ZUS, 1990–1995

Cause d'invalidité	Etablissement initial de l'invalidité		
	1990	1993	1995
Total	100,0	100,0	100,0
Accidents du travail	1,4	2,8	2,9
Maladies professionnelles	2,5	2,9	3,4
Etat de santé global	96,1	94,3	93,7

Source: ZUS (1991, 1994, 1996), *L'Etablissement des incapacités de travail* (Orzecznictwo inwalidzkie o niezdolności do pracy).

Tableau 4
Les principales causes d'invalidité, 1990 et 1995

Année	1990	1995
Maladies cardiaques/cardio-vasculaires	31,1	26,9
Maladies rhumatismales	21,0	21,2
Maladies mentales et psycho-névroses	8,0	11,7
Maladies du système nerveux	4,9	6,7
Maladies du système respiratoire	4,0	3,7
Tumeurs malignes	3,4	4,9
Maladies et lésions des os et des articulations	3,1	6,6

Source: ZUS (1991, 1996), *L'Etablissement des incapacités de travail* (Orzecznictwo inwalidzkie o niezdolności do pracy).

Méritent une mention spéciale les maladies associées aux tensions de la vie moderne, qui contribuent de plus en plus à alimenter le nombre de personnes demandant des pensions d'invalidité, et qui affectent en particulier les jeunes. Dans le groupe d'âge le plus jeune (moins de 30 ans), qui, en 1990, constituait 27% des personnes examinées pour voir établir leur invalidité, prédominaient les maladies mentales et les psycho-névroses. Ce groupe d'âge présentait également une proportion assez élevée de cas de maladies du système nerveux (18,8%).

Dans le groupe d'âge suivant (de 30 à 39 ans), on peut voir des causes d'invalidité similaires: maladies mentales, 23,7%; maladies du système nerveux, 25%. En revanche, le groupe des 40-59 ans constitue la majorité de ceux qui souffrent de maladies rhumatismales (75,6%), de tumeurs malignes (68%), et de maladies respiratoires (69,8%), tandis que les maladies prédominant dans le groupe des 60-64 ans étaient les maladies cardiaques (14,5%) ainsi que les maladies cardio-vasculaires et respiratoires (13,3%).

2.2.4. Le degré d'invalidité et ses modifications du fait des visites médicales de suivi

Durant la première moitié des années 1990, la majorité des décisions du ZUS relevait de la troisième catégorie d'invalidité (invalidité partielle) et la majorité des prestations attribuées l'était pour une durée limitée. En 1995, la proportion des invalidités partielles était de 58,1%, tandis que la proportion des prestations attribuées pour une période fixée était de 80%. Pourtant, malgré le fait que la plupart des pensionnés étaient jugés partiellement et/ou temporairement handicapés, la grande majorité des réexamens, dont faisaient l'objet les individus ainsi classés, ne se traduisait nullement par une modification du statut de leur invalidité. Comme on peut le voir dans le Tableau 5, la plupart des pensionnés demeuraient inscrits comme pensionnés sous le même statut qu'avant leur réexamen.

Tableau 5
Les modifications du statut d'invalidité par suite des visites médicales de suivi, 1990-1995

Décisions prises après les visites médicales de suivi	Année			
	1990	1993	1994	1995
Total, dont les décisions de:	100,0	100,0	100,0	100,0
Maintenir l'ayant droit dans sa catégorie	77,2	74,4	74,9	75,9
Transférer l'ayant droit à une catégorie supérieure	18,8	20,4	20,3	18,6
Transférer l'ayant droit à une catégorie inférieure	2,0	2,8	2,6	3,0
Déclarer une absence d'invalidité	2,0	2,4	2,2	2,5

Source: ZUS (1991-1996), *L'Etablissement des incapacités de travail* (Orzecznictwo inwalidzkie o niezdolności do pracy).

3. Les éléments essentiels de la réforme de l'invalidité

3.1. Les changements législatifs et réglementaires

La croissance rapide du nombre de pensions d'invalidité et des dépenses rendait nécessaire une réforme du système de pensions d'invalidité. Des discussions publiques commencèrent, en 1993, au sujet de la réforme du système d'assurance sociale tout entier, au vu du vieillissement attendu de la population. Des projections actuarielles montrèrent que des difficultés financières croissantes guettaient le système (MPiPS, 1993). Les personnes qui critiquaient les règles légales régissant alors l'appréciation de l'invalidité soutenaient qu'il était nécessaire de distinguer l'attribution des pensions d'invalidité des autres types de décisions. Elles soulignaient le manque de professionnalisme caractérisant le travail des commissions médicales, manque qui résultait en partie de l'insuffisance de l'équipement médical de celles-ci (Golinowska, 2001). La réforme avait pour objectif supplémentaire de rendre la politique du ZUS plus active en matière de rééducation et de formation professionnelle.

Les réformes eurent lieu en plusieurs étapes durant la seconde moitié des années 1990. La première, inscrite dans la législation en 1995, autorisa le ZUS à fournir de la réadaptation médicale²⁹. Ensuite, le mécanisme d'indexation des pensions fut modifié de manière à lier les pensions aux prix plutôt qu'aux salaires, modification dont on attendait des économies de prestations substantielles. S'ensuivit une réforme globale de l'appréciation des invalidités par le ZUS en 1997, réforme qui rendit plus étroite la définition de risque assurable et durcit le système d'appréciation des conditions d'attribution, mesures qui, l'une et l'autre, furent adoptées en vue de réduire le nombre de titulaires de pensions d'invalidité³⁰. Cette nouvelle loi attribua aux médecins la responsabilité d'empêcher les abus du système et institua une nouvelle prestation, la pension de formation. La même année, une autre nouvelle loi établit un système distinct, fonctionnant en dehors du ZUS, pour décider de l'ouverture des droits aux prestations d'invalidité autres que les pensions³¹.

²⁹ Loi du 22 juin 1995 amendant la Loi sur l'organisation et le financement de la protection sociale (Dz.U. de 1995, n° 85).

³⁰ Loi du 29 juin 1996 sur les pensions et l'assurance sociale (Dz.U. de 1996, n° 100).

³¹ Loi du 27 août 1997 sur la réadaptation professionnelle et sociale et l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 1997, n° 123, article 776; avec des amendements).

3.1.1. La réadaptation médicale comme instrument de prévention de l'invalidité

La première réforme (1995), qui donna au ZUS compétence pour fournir de la réadaptation, était destinée à empêcher qu'une personne atteinte d'une maladie ou d'une invalidité de courte durée ne bascule dans une des catégories d'invalidité permanente ou de longue durée. Dans le cadre de cette compétence plutôt limitée, le ZUS ne pouvait couvrir qu'une partie des frais de réadaptation médicale des personnes qui recevaient des indemnités de maladie (ou des allocations de réadaptation) pendant plus de six mois et des personnes risquant une incapacité de travail durable ou permanente³². En 1997, le ZUS fut autorisée à fournir de la réadaptation sur une base plus souple. En vertu de cette nouvelle loi, une appréciation des besoins de réadaptation put être effectuée aux divers stades du processus d'ouverture des droits³³. Le ZUS prend à sa charge la totalité des coûts d'une telle réadaptation médicale, y compris les frais d'hébergement et de voyage. Dans le cadre de ses efforts pour prévenir l'invalidité, le ZUS peut, soit gérer ses propres centres de réadaptation, soit offrir aux personnes les services de réadaptation d'autres institutions.

3.1.2. Les modifications de l'indexation des prestations

L'augmentation rapide des dépenses de pensions de vieillesse, de survivant et d'invalidité, causa des tensions financières au sein de ces régimes, tensions qui rendirent une modification du mécanisme d'indexation nécessaire³⁴. Le

³² Le ZUS pouvait financer les coûts de réadaptation médicale mais pas les frais de voyage.

³³ Elle peut être effectuée, par exemple, lors de la prolongation d'un congé de maladie, lors de l'examen du bien-fondé d'une prestation de réadaptation, lors de l'établissement d'une incapacité de travail en vue d'une pension d'invalidité, lors du réexamen des raisons ayant abouti à la reconnaissance d'une incapacité de travail temporaire pour cause de maladie, ou lors de la délivrance d'un certificat médical d'invalidité.

³⁴ Evolution des principaux indicateurs macro-économiques, 1990–1998

Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Evolution du salaire moyen brut – réel	—	100,2	115,4	99,6	101,7	103,0	105,5	106,1	103,5
Evolution du salaire moyen net – réel	75,6	100,2	97,1	97,0	100,5	103,1	105,7	107,5	104,7
IPC (biens et services)	658,4	170,3	143	135,3	132,2	127,8	119,9	114,9	111,8

Source: Hagemeyer, Liwiński, et Wóycicka (2002).

mécanisme utilisé au milieu des années 1990 était en relation avec les augmentations de salaires, tandis que le nouveau, adopté en 1996, était en relation avec les augmentations de prix. Le nouveau mécanisme d'indexation se traduit par une baisse de la prestation moyenne par rapport aux salaires. Le taux d'indexation était fixé dans la Loi budgétaire annuelle, où l'objectif de croissance réelle des pensions de vieillesse, de survivant et d'invalidité, se trouvait établi pour chaque année. L'ajustement devait être effectué une ou deux fois par an, selon que l'indice annuel estimé des prix à la consommation (IPC) était supérieur ou inférieur à 110%.

Peu après le passage à l'indexation sur les prix, le mécanisme d'indexation fut à nouveau modifié, afin de restituer une partie de ce qui avait été retiré en 1996. Le 1^{er} janvier 1999, de nouvelles règles de revalorisation entrèrent en vigueur, garantissant un ajustement minimal pour les pensionnés tant du ZUS que de la KRUS, ajustement qui ne peut être inférieur à l'IPC prévu, plus une certaine proportion de l'augmentation anticipée pour le salaire moyen. Cette proportion fut de 15% pour les années 1999–2000, avant de passer à 20% en 2001 et ensuite. Malgré ces mesures libérales, on prévoit la continuation de la baisse du rapport des prestations au salaire moyen.

3.1.3. Le nouveau concept d'“incapacité de travail”

En 1997, la législation institua une nouvelle catégorie ouvrant droit aux prestations d'assurance du ZUS, “l'incapacité de travail”, en remplacement de l'ancienne catégorie de l'“invalidité”. Cette réforme fut inscrite dans la loi en réponse au sentiment répandu parmi les observateurs attentifs du régime et selon lequel (a) l'augmentation du nombre de pensionnés était en partie due à la définition légale d'“handicapé”, et (b) qu'en appréciant l'invalidité d'une personne, les médecins du ZUS considéraient essentiellement son état de santé, plutôt que son degré de capacité de travail réel. La population handicapée était ainsi perçue comme présentant des déficiences physiques ou mentales, mais pas forcément un degré de capacité de travail élevé.

En plus de remplacer le vieux concept d'“invalidité” par le nouveau concept d'“incapacité de travail”, la réforme réduisit le nombre de catégories d'invalidité de trois à deux. Les pensions des catégories I et II devinrent des pensions “d'incapacité de travail complète”, tandis que les pensions de la catégorie III devinrent des pensions d'“incapacité de travail partielle”.

Les facteurs suivants sont pris en considération, quand on évalue le degré et la durée de l'incapacité de travail, et qu'on fait un pronostic sur la récupération de la capacité de travail:

- le degré de déficience physique ou mentale, et les chances d'amélioration par les traitements et la réadaptation; et
- les chances de conserver l'emploi antérieur ou d'obtenir un nouvel emploi, et le bien-fondé d'une nouvelle formation, au vu de la nature de l'emploi antérieur, de l'instruction, de l'âge, ainsi que des aptitudes mentales et physiques.

Toutes ensemble, ces modifications étaient destinées à restreindre l'éventail de déficiences qui correspondent à la définition d'un risque couvert³⁵. Seule une personne qui n'a aucune chance de récupérer une capacité de travail par une nouvelle formation pouvait être considérée comme incapable de travailler au regard de l'ouverture des droits à pension.

L'ancienne distinction entre pension d'invalidité permanente et pension d'invalidité temporaire était maintenue. Toutefois, la loi ne prévoit plus de suivi automatique par des visites médicales de la part du ZUS; à la place, la charge de demander une prolongation de ses droits ou une conversion de sa pension temporaire en pension permanente est transférée au pensionné. Qui plus est, il n'incombe pas au ZUS de rappeler au pensionné la date à laquelle il est prévu que sa pension temporaire expire.

3.1.4. Les modifications de la procédure d'évaluation par les médecins

Inscrites dans la législation dans le cadre de la réforme de 1997, ces modifications visaient à accroître l'autorité des experts médecins du ZUS et à améliorer leur professionnalisme et leur qualification. La tâche de procéder à une

³⁵ La nouvelle définition laissait certaines déficiences sans couverture, alors qu'elles avaient été auparavant couvertes, même si elles ne limitaient pas la capacité de travailler. Il s'agissait ici de la partie même de l'ancienne définition qui avait suscité le plus de critique – c'est-à-dire l'absence de prise en compte des conditions économiques pour définir un cas donné comme un risque assurable. Toutefois, la mention qui est faite, dans les règlements sur les traitements et la réadaptation professionnelle, de la capacité de travailler dans des conditions spéciales, n'exclut pas la possibilité de trouver des cas qui puissent être définies comme des "incapacités de travail" complètes.

évaluation d'expertise médicale n'incombait plus à une commission médicale constituée de plusieurs membres, mais à une personne seulement: un expert médecin provenant du ZUS. L'expert médecin du ZUS a de nombreuses responsabilités, y compris celles d'apprécier l'incapacité de travail, de déterminer si elle est totale ou partielle, quelle est sa date d'origine, si une déficience donnée est liée au travail, et si une nouvelle formation a des chances de s'avérer efficace.

Pour améliorer le professionnalisme et la qualification des experts médecins, fut institué un contrôle professionnel. On nomma un Médecin chef du ZUS, et on nomma de même des Médecins chefs à la tête des branches du ZUS. Tous ces médecins exercent un contrôle direct sur les experts médicaux, afin de garantir exactitude, conformité à la loi et respect des règles d'évaluation médicale dans l'examen des cas d'incapacité de travail³⁶. De plus, les experts médecins sont désormais obligés d'être des spécialistes. Une préférence est accordée aux personnes qui sont spécialisées en maladies internes, en chirurgie, en neurochirurgie, en psychiatrie, en médecine du travail, et en médecine sociale. Elles doivent aussi avoir reçu une formation dans des domaines déterminés par le Médecin chef du ZUS.

Pour augmenter le poids des décisions des experts médecins, l'ancien processus d'appréciation par deux instances fut remplacé par un appel auprès d'une seule instance, avec cette différence que les appels interjetés contre l'appréciation des experts médecins ne peuvent plus être adressés au ZUS³⁷.

Enfin, la réforme limita le rôle décisionnel du ZUS sur les questions liées à l'invalidité. Auparavant, un grand éventail de décisions liées à divers types de prestations d'invalidité incombait aux commissions médicales. Désormais, leur responsabilité se borne exclusivement à apprécier l'incapacité de travail dans les cas relevant de l'assurance sociale. Cette restriction eut lieu, parce que les nouveaux critères d'appréciation de l'incapacité de travail n'étaient pas pertinents pour l'ouverture des droits à d'autres types de prestations et s'en

³⁶ Ce contrôle englobe entre autres choses: l'examen des décisions prises, tant sur le fond que sur la forme; l'analyse légale des appels contre les décisions de l'autorité attribuant les pensions, dans les affaires liées à une appréciation de l'incapacité de travail; l'examen et le contrôle de l'exactitude et de l'uniformité de l'application des règles régissant l'appréciation de l'incapacité de travail par les experts médecins; la fourniture de règles de conduite et de sessions de formation en matière d'appréciation de l'invalidité de travail.

³⁷ Comme dans le système précédent, il peut toujours être fait appel en justice.

différentiaient. Pour s'occuper des autres prestations, de nouvelles Commissions de certification pour les handicapés furent instituées aux niveaux des *powiat* et des *voïvodies*, sous la supervision du Plénipotentiaire du gouvernement pour les handicapés³⁸. Dans le cas des agriculteurs, la décision médicale fut transférée à la KRUS (voir le Tableau C3 du Complément)³⁹.

3.1.5. La pension de formation

Le ZUS institua également un nouveau type de pension, la “pension de formation”, destinée à être accompagnée d'une formation (continue ou nouvelle) gratuite, dispensée par les agences pour l'emploi aux personnes adressées à elles par le ZUS. Etant donné l'objectif particulier et le caractère éphémère de cette pension, le montant de la prestation est de 20% supérieur à celui des autres pensions d'incapacité de travail. Elle est accessible à toute personne jugée incapable d'exécuter le même travail qu'avant, mais qui est capable de récupérer la capacité de travailler grâce à une formation à un autre métier. Cette pension est payée tout au long de la formation, jusqu'à un maximum de trois ans. Pour établir si quelqu'un doit être formé à un autre métier ou non, on prend en considération sa profession, sa qualification et ses savoir-faire, son âge, ainsi que son aptitude au travail.

3.1.6. Les aspects juridiques de la rééducation professionnelle

En 1997, la législation en matière de rééducation professionnelle fut revue et corrigée, de manière à imposer de nouvelles restrictions à la manière dont le PFRON et les SWE géraient leurs fonds, de même qu'à la façon dont ils étaient organisés.

³⁸ Une *voïvodie* est une grande division administrative dotée d'institutions démocratiques locales. Un *powiat* est une petite division administrative. Depuis une réforme administrative datant de 1999, le territoire polonais a été divisé en 16 *voïvodies*, 308 *powiats*, et 65 villes dotées du statut de *powiat*.

³⁹ Jusqu'en 1996, l'appréciation de l'invalidité pour des prestations de la KRUS s'effectuait dans le cadre du ZUS, mais, depuis cette année-là, la KRUS a pris la relève. Le système de la KRUS, différent de celui du ZUS, est constitué des éléments suivants: un expert médecin, des commissions médicales pour les affaires d'invalidité, et un Médecin chef.

La Loi de 1991, qui avait institué le PFRON et autorisé le fonctionnement des SWE, était largement critiquée, à la fois par les experts et les personnes handicapées. Des audits publics de ces institutions révélèrent de nombreuses irrégularités financières, notamment le manque, de la part du PFRON, de surveillance et de contrôle des fonds consacrés à la création d'emplois⁴⁰. La plupart des prêts qu'il consentait aux SWE étaient mal employés et jamais remboursés. Il s'avérait également que les SWE abusaient de leurs exemptions fiscales, ce qui était facilité par l'absence d'obligation de tenue des comptes. Faute d'informations comptables fiables, le gouvernement perdit le contrôle des coûts du programme⁴¹.

Dans la seconde moitié des années 1990, eut lieu un remaniement partiel de la Loi de 1991. Elle fut finalement remplacée par la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et l'emploi des personnes handicapées du 27 août 1997. Même si le principal objectif de cette loi était d'instituer une appréciation de l'invalidité pour d'autres prestations que celles du ZUS et de la KRUS (voir section 3.1.3), d'autres dispositions imposaient la réattribution (le réexamen) du statut de SWE tous les trois ans, et abaissait la taille des entreprises concernées par le système quota-amende sur le marché normal à celles d'au moins 25 salariés. Plus tard, de nouvelles restrictions furent également imposées pour améliorer encore davantage l'utilisation de l'argent public consacré à la rééducation professionnelle des salariés des SWE (voir le Tableau C2 du Complément). Depuis 2000⁴², les spécificités sont les suivantes :

- les SWE ne sont plus exemptés de l'impôt sur les sociétés;
- l'exemption de l'impôt sur le revenu s'applique exclusivement aux salariés des SWE (employeurs et travailleurs indépendants doivent le payer); et
- la TVA doit être payée, et, ensuite, elle est partiellement remboursée, ce qui permet un meilleur contrôle.

⁴⁰ L'entité qui surveille le fonctionnement des institutions publiques en Pologne s'appelle la Cour suprême de contrôle (Najwyższa Izba Kontroli, ou NIK). Sa fonction principale est de vérifier les comptes, sur l'ordre de la Sejm ou de ses émanations.

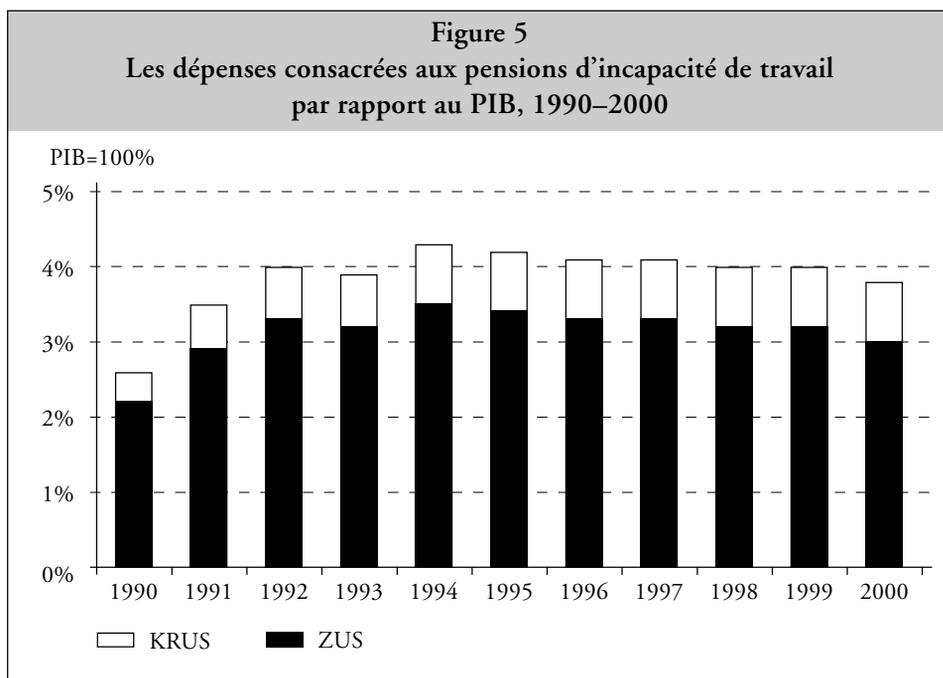
⁴¹ Les SWE ne tenaient pas de comptes séparés des exonérations de TVA, ce qui rendait difficile d'évaluer le montant des exonérations et de le contrôler.

⁴² En vertu de la Loi du 9 novembre 2000, portant amendement de la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 2000, n° 119).

3.2. Les répercussions des politiques réformatrices

3.2.1. Les dépenses en matière de pensions

Dans le sillage des réformes, les dépenses en matière de pensions d'invalidité plongèrent – passant de 4,2% du PIB en 1996 à 3,8% en 2000 (voir Figure 5). La principale cause en était les nouvelles règles d'indexation. La première indexation eut lieu en septembre 1996. Depuis lors, le rapport de la pension d'invalidité moyenne au salaire moyen n'a cessé de baisser, passant de 48,5% (1997) à 45,1% (2000) (voir Tableau A7 en annexe)⁴³.



Source: ZUS (1992–2001), *Le Bulletin des allocations du ZUS et du Fonds des pensions alimentaires* (Trimestriel) (Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu Alimentacyjnego); KRUS (1992–2001), *Le Bulletin statistique trimestriel* (Kwartalna Informacja Statystyczna); calculs de l'auteur.

⁴³ Le rapport de la pension d'invalidité moyenne de la KRUS au salaire moyen passa de 41% en 1995 à 36% en 2000.

3.2.2. Nombre de nouveaux pensionnés

Il semble que les réformes entreprises au cours des années 1995–1997 aient eu un effet à court terme sur l'attribution de pensions nouvelles pour incapacité de travail. En 2000, le nombre de telles liquidations s'établissait exactement aux deux tiers du niveau de 1996 – 102 400 par opposition à 151 600 (voir Tableau A4 en annexe). Le nombre de nouveaux titulaires de pensions d'invalidité ne diminua pas de manière constante au cours de cette période de quatre ans. Au contraire, ce nombre baissa de près de 9% en 1998 par rapport à 1997, mais il se remit à augmenter, en 1999, de 8% par rapport à 1998. L'année 2000, se produisit un plongeon de plus de 30%.

La baisse de 2000 s'explique en partie par les actions du ZUS en 1999, année où elle usa de ses nouvelles compétences pour renforcer son contrôle sur les visites médicales, ainsi que les décisions d'ouverture des droits basées sur celles-ci. Courant 1999, le ZUS organisa une campagne médiatique contre les médecins qui abusent du système de délivrance de certificats pour des indemnités de maladie. Elle institua aussi un nouveau processus d'accréditation des médecins et intensifia le contrôle de leurs décisions. Il se peut que ces mesures aient découragé la délivrance inconsidérée de certificats médicaux qui, autrement, auraient pu servir de base à des demandes de pensions d'invalidité.

3.2.3. Le niveau des prestations

Si l'on compare les pensions d'invalidité moyenne et minimale au salaire minimum net, il s'avère que la porte reste ouverte au "risque de dérive", en dépit de la moindre générosité des ajustements au coût de la vie. Comme on peut le voir dans le Tableau 6, l'incitation financière à conserver sa pension d'invalidité plutôt que chercher un emploi s'avère demeurer forte, en particulier pour les agriculteurs et les personnes dénuées de qualification professionnelle.

Tableau 6
Les pensions d'invalidité nettes minimale et moyenne du ZUS et de la KRUS exprimées en pourcentage du salaire minimum net au second trimestre 2000

Pension d'invalidité <i>minimale</i> nette du ZUS	87%
Pension d'invalidité d'agriculteur <i>moyenne</i> nette de la KRUS	104%
Pension d'invalidité <i>moyenne</i> nette du ZUS	130%

Source: informations du ZUS, de la KRUS, et du ministère du Travail; calculs de l'auteur.

3.2.4. Durée des droits

La durée pour laquelle les pensionnés du ZUS se voyaient attribuer des prestations se réduisit significativement à la suite des réformes, comme on peut le voir dans le Tableau 7. Au cours des années 1999–2000, la proportion des prestations attribuées pour 12 mois ou moins fit plus que doubler, tandis que la proportion de celles attribuées pour 25 à 36 mois, diminua jusqu'à ne plus représenter qu'un tiers de son ancienne part.

Tableau 7
Durée des droits pour les reconnaissances initiales d'incapacité de travail effectuées par le ZUS, 1995–2000 (sélection d'années)

Durée prévue de l'incapacité de travail	Année			
	1995	1998	1999	2000
Ensemble des décisions	100,0	100,0	100,0	100,0
12 mois ou moins	21,0	20,5	32,8	45,3
13–24 mois	24,0	24,6	27,2	26,3
25–36 mois	34,3	20,5	18,7	11,7
37 mois et plus	0,6	0,9	0,8	0,4
Pour un temps indéterminé	20,1	33,5	20,5	16,3

Source: ZUS (2001), *Etude de la durée des droits aux pensions de vieillesse, de survivant, et d'invalidité, et de la mobilité des bénéficiaires* (Analiza wyników badania okresów pobierania emerytur i rent oraz mobilności świadczeniobiorców wewnątrz systemu emerytalno-rentowego).

Tableau 8
Pensions du ZUS pour incapacité de travail, décomposées en pensions permanentes et en pensions temporaires, 1997–2000

Année	1997	1998	1999	2000
Total des Pensionnaires avec une:	100,0	100,0	100,0	100,0
Incapacité de travail permanente	64,2	65,2	60,2	58,3
Incapacité de travail temporaire	35,8	34,8	39,8	41,7

Source: ZUS (1998, 1999, 2000, 2001), *L'Appréciation de l'incapacité de travail* (Orzecznictwo inwalidzkie o niezdolności do pracy).

On peut aussi observer un changement dans la classification des incapacités de travail, avec le passage d'une situation où les cas d'incapacité permanente sont en proportion élevée, à une situation où ce sont les cas d'incapacité temporaire qui sont en proportion élevée (voir Tableau 8).

3.2.5. Les visites médicales de suivi et les évaluations

Entre 1998 et 2000, le nombre de visites médicales de suivi effectuées par le ZUS qui se traduisirent par la reconnaissance que le pensionné n'était plus, désormais, hors d'état de travailler, doubla, passant de 43 700 à 88 400 par an⁴⁴. Sur la même période, la part des décisions où le ZUS confirmait la découverte antérieure d'une incapacité de travail diminua modérément, passant de 71% en 1998 à 63% en 2000. De plus, on vit augmenter la part des décisions tranchant en faveur d'une incapacité de travail partielle (à raison d'environ 2,6% par an).

3.2.6. Les types d'invalidité

En ce qui concerne les types de déficiences pour lesquelles étaient versées des pensions, la période d'après la réforme présente une continuité avec les évolutions antérieures. Les déficiences qui sont le plus liées à l'âge (par exemple, les maladies cardiaques ou l'arthrite rhumatoïdale) ont continué à reculer en importance, tandis que celles liées aux tensions de la vie moderne (par exemple, les maladies mentales et nerveuses, ainsi que certains types de cancers) ont continué à augmenter (voir Tableau 9).

En outre, la proportion des décisions d'attribution liées au travail a légèrement baissé, passant de 7% en 1996 à 6% en 2000. C'est apparemment dû à la restructuration (en l'occurrence, à une chute des emplois) des branches industrielles du charbon et de l'acier, qui avaient un taux élevé d'accidents et de maladies professionnelles.

⁴⁴ Comme on l'a déjà noté, l'une des mesures des réformes fait obligation au bénéficiaire de solliciter une prolongation de ses droits avant la fin de la durée de sa pension temporaire.

Il vaut la peine de noter que le nombre de pensions d'incapacité de travail a augmenté au cours de la période, en dépit des indicateurs qui montrent une amélioration de la santé de la population⁴⁵.

Tableau 9
Les maladies causes d'incapacité de travail du ZUS en 1995 et 2000

Classification	1995	2000
Maladies cardiaques et du système cardio-vasculaire	26,9	24,2
Maladies rhumatismales	21,2	15,5
Maladies mentales et psycho-névroses	11,7	14,9
Maladies du système nerveux	6,7	8,3
Tumeurs malignes	4,9	10,2
Maladies du système respiratoire	3,7	5,3
Maladies des organes de la vue	3,2	2,5
Tuberculose	1,0	—
Autres	14,1	19,1

Source: ZUS (2001), *L'Appréciation des cas d'incapacité de travail* (Orzecznictwo inwalidzkie o niezdolności do pracy).

3.2.7. Les appels

L'abolition du droit de recours auprès du ZUS avant tout appel en justice (voir Section 3.1.3.) ne s'est pas traduite par une augmentation sensible de la charge de travail pour les tribunaux. En revanche, parmi les cas jugés, la proportion des jugements favorables au demandeur a, elle, été sensible. En 2000, fut apprécié un total de 1 128 000 cas d'invalidité, tandis que les tribunaux rendirent 118 000 jugements en matière d'incapacité de travail. Parmi ces derniers, 42 000 (soit 34%) tranchèrent en faveur du demandeur. Par rapport au nombre des pensions nouvellement attribuées (102 000), il s'agit d'un

⁴⁵ Par exemple, entre 1991 et 1999, la probabilité de décès dans le groupe d'âge des 15–59 ans, baissa de 4,3% (pour les hommes) et de 1,2% (pour les femmes) et, entre 1990 et 2000, le taux de mortalité infantile des enfants de moins de cinq ans baissa de plus de 50%. Voir également Zatoński, 2000, et Wóycicka, 2002.

chiffre très significatif. Qui plus est, l'importance du nombre d'appels entraîne un retard dans les procédures judiciaires et, quand le jugement donne raison au demandeur, le ZUS doit payer des intérêts sur les prestations qui étaient dues. Ces coûts et cette charge de travail font que l'abolition du droit d'appel contre les décisions du ZUS est au centre d'une vive controverse.

3.2.8. La durée des pensions

Entre 1995 et 2000, la durée moyenne de paiement des pensions d'incapacité de travail a baissé de deux ans et demi, ramenant la durée moyenne à presque dix ans – c'est-à-dire neuf ans et dix mois. En outre, la proportion des pensionnés qui recevaient une prestation depuis un temps "long" ou "très long" (c'est-à-dire 16 ou plus) chuta de près de 10% (voir Tableau 10).

Tableau 10
Durée de versement des pensions d'incapacité de travail du ZUS
en 1995 et en 2000

Durée des pensions d'incapacité de travail	1995	2000
TOTAL	100,0	100,0
"Très brève" (moins de 6 ans)	37,8	45,8
"Brève" (6–10 ans)	14,8	23,4
"Moyenne" (11–15 ans)	14,9	8,2
"Longue" (16–20 ans)	13,6	8,8
"Très longue" (21 ans et plus)	18,9	13,8
Durée moyenne des pensions (en années et en mois)	12 ans	9 ans et 10 mois

Source: ZUS (2001), *Etude sur la durée des droits à pension de vieillesse, d'invalidité et de survivant, ainsi que sur la mobilité des bénéficiaires* (Analiza wyników badania okresów pobierania emerytur i rent oraz mobilności świadczeniobiorców wewnątrz systemu emerytalno-rentowego).

3.2.9. Age moyen des bénéficiaires

La baisse du nombre de pensions nouvellement attribuées entraîna une augmentation de l'âge moyen des personnes recevant des pensions d'incapacité de travail. En 1997, cette moyenne était juste en dessous de 54 ans, mais, en

2000, elle atteignait désormais 55,5 ans. Il se produisit également une hausse de la proportion de pensionnés en âge d'être à la retraite: dans le cas des hommes, elle passa de 15,9% à 17,6%, et, dans celui des femmes, de 29,5% à 31,2%⁴⁶.

3.2.10. La réadaptation

Suite à l'attribution au ZUS en 1995 d'une compétence en manière de financement de la réadaptation, et à l'extension de celle-ci en 1997, le nombre de personnes envoyées en réadaptation médicale par lui à ce titre tripla presque (voir Tableau 11).

Tableau 11
Données sur la prévention médicale du ZUS

Année	Nombre de personnes envoyées pour une réadaptation médicale	Année précédente = 100	1997 = 100
1997	18 194	—	100,0
1998	34 153	187,7	187,7
1999	40 851	119,6	224,5
2000	49 132	120,3	270,0

Source: Données inédites du ZUS.

Pour évaluer la rentabilité de ces dépenses, le ZUS examina si des prestations étaient versées aux personnes dans l'année suivant la fin de la réadaptation, et, si oui, lesquelles (ZUS, 2000). Cette procédure ne fut suivie qu'une année, en 1998 et, donc, il se peut que les résultats ne soient pas extrapolables. Il s'avéra que 32% des personnes ayant subi une réadaptation médicale ne reçurent aucune prestation d'incapacité de travail dans l'année suivant la fin du traitement. Par conséquent, on peut soutenir que la réadaptation de ce

⁴⁶ Comme il a déjà été expliqué, en Pologne, lorsqu'ils atteignent l'âge légal de la retraite, les titulaires d'une pension d'invalidité, peuvent choisir entre rester sous le régime de l'invalidité ou basculer sous celui de la pension de vieillesse.

groupe d'assurés produisit un effet positif. Un effet comparable fut observé chez 12,6% d'autres personnes, auxquelles la seule prestation à être versée après la réadaptation consista en indemnités de maladie d'une durée allant d'un à vingt jours. Ainsi, globalement, la capacité de travail fut rétablie dans 44,6% des cas. Par comparaison, en 1997, la proportion avait été de 35,8%⁴⁷.

Sans être concluantes, ces statistiques suggèrent qu'une augmentation des dépenses de réadaptation pourrait être un moyen rentable de réduire les dépenses de pension. Et pourtant, poursuivre une telle stratégie dans les conditions actuelles peut inquiéter à double titre⁴⁸. Premièrement, tant le ZUS que la KRUS financent des soins de réadaptation qui sont de la compétence légale de l'assurance maladie universelle. Par conséquent, ils assument en pratique des frais supplémentaires dont on pourrait se charger ailleurs. Et pourtant, il semble aussi que le ZUS et la KRUS puissent rendre la réadaptation plus efficace pour leur propre clientèle, puisqu'ils sont ainsi en position de réduire leurs propres dépenses. L'assurance maladie universelle, par opposition, est destinée à rendre la santé (complètement ou partiellement) aux personnes, indépendamment de leur capacité de travail et de leur statut aux yeux de l'assurance.

Une seconde cause d'inquiétude provient des coûts de la réadaptation. Etant donné la grande variété de maladies et de déficiences affectant la population des pensionnés, il y aurait besoin de formes de réadaptation très diverses, ce qui serait très coûteux. De plus, le ZUS comme la KRUS ne mènent de réadaptation que dans le cadre d'établissements avec hébergement, des frais

⁴⁷ En outre, 8,1% des personnes traitées reçurent des prestations de réadaptation au cours des 12 mois suivant la réadaptation (2,7%, pris parmi elles, ne reçurent que cette prestation après la réadaptation). La pension d'incapacité de travail fut touchée par 27% d'entre elles (dans 18,2% de ces cas, c'est une maladie qui avait causé la réadaptation médicale). Dans plus de 89% des cas, il s'agissait de pensions temporaires. Le reste des personnes réadaptées reçurent des indemnités de maladie pendant plus de 20 jours. Il conviendrait de souligner que, parmi les personnes qui recevaient une pension d'incapacité de travail au moment où elles furent placées sous le régime de la réadaptation, plus de 70% ne reçut aucune prestation de quelque sorte que ce soit au cours de l'année suivant leur réadaptation, 27,8% continuèrent à toucher une pension, et 2,2% reçurent des indemnités de maladie.

⁴⁸ Pour la réadaptation médicale menée par la KRUS, voir Chłoń (2001).

de fonctionnement très élevés s'ajoutant aux coûts de réadaptation⁴⁹. Qui plus est, la KRUS dispense des soins de réadaptation dans des résidences (les sanatoriums), où ses investissements en bâtiments, en équipement et en travaux de rénovation font également grimper les coûts de fonctionnement.

Étant donné ces facteurs, la rentabilité financière de la réadaptation fournie par le ZUS (et la KRUS) demeure une question en suspens. Il semble que la meilleure solution pour le ZUS et la KRUS serait de sous-traiter les services de réadaptation sur le marché et de recourir, autant que possible, aux services de centres de jour situés sur le lieu de résidence des pensionnés. Il conviendrait aussi d'envisager que le Fonds de la santé prenne à sa charge une partie des frais de réadaptation médicale fournis par le ZUS et la KRUS.

3.2.11. La pension de formation

L'instauration d'une nouvelle "pension de formation" (voir Section 3.1.5) n'a pas, à l'heure actuelle, produit les effets escomptés. Comme on peut le voir dans le Tableau 12, le nombre de personnes envoyées par le ZUS recevoir une formation (initiale ou continue) et touchant cette prestation, est infime.

Si l'on n'analyse pas davantage, il est difficile d'expliquer ce fait. Une explication possible est fournie par la hausse du chômage, tant sur le marché du travail en général que parmi les handicapés⁵⁰. Cela peut entamer la motivation des gens à recevoir un complément de formation, étant donné qu'il n'y a souvent pas d'emploi disponible au terme de cette formation. Une autre raison pourrait être la faiblesse générale du niveau d'instruction des personnes handicapées, étant donné que cela limite leurs possibilités de trouver

⁴⁹ Antérieurement à 2001, le ZUS a eu un certain nombre de mauvaises expériences avec le financement d'équipements pour les centres offrant de la réadaptation à ses clients. Un certain nombre de centres mirent fin à leur collaboration avec le ZUS aussitôt qu'ils eurent reçu de l'équipement, ou bien faillirent à garantir un niveau de service convenable. Depuis 2001, le ZUS n'est plus autorisée à financer des investissements dans les centres de réadaptation.

⁵⁰ Le taux de chômage passa de 10,6% en 1998, à 15,3% en 1999, et 16% en 2000.

un emploi (voir Section 3.2.14. *infra*)⁵¹. Un autre facteur affectant encore la motivation à chercher de l'emploi, pourrait bien être le "risque de dérive": c'est-à-dire que la pension d'incapacité de travail pourrait s'avérer comparable ou même supérieure au salaire offert (voire Partie 3.1.1). En outre, la pension d'incapacité de travail, moindre mais plus sûre, peut sembler plus attrayante que la pension de formation, plus élevée, mais qui présente le risque d'une perte des droits à pension, puisqu'elle est servie pour une durée limitée. Ce facteur peut valoir particulièrement pour les personnes ayant une faible qualification professionnelle.

Tableau 12
Quantité et taux de croissance des pensions de formation, 1998–2000

Année	Nombre de personnes se voyant attribuer une pension de formation pour la première fois	Année précédente = 100	En proportion du nombre de personnes se voyant nouvellement attribuer une pension d'incapacité de travail (en %)
1998	673	—	0,48
1999	372	55,3	0,24
2000	373	100,3	0,36

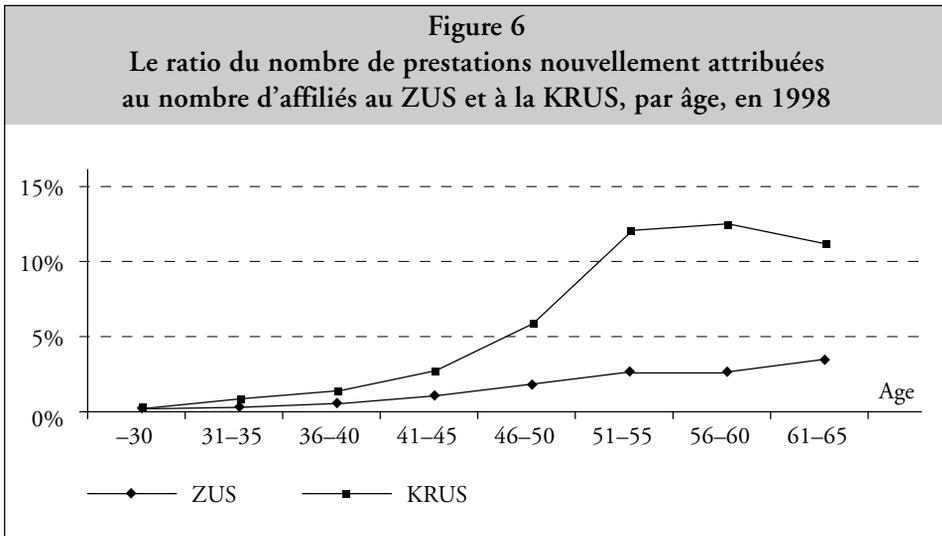
Source: Données inédites du ZUS.

3.2.12. Les répercussions des réformes sur les pensions de la KRUS

Tandis que les réformes semblent avoir exercé un effet proéminent sur les pensions d'incapacité de travail du ZUS, leur effet sur les pensions de la KRUS

⁵¹ Une personne handicapée sur deux a un niveau d'études qui ne dépasse pas le primaire (pour l'ensemble de la population, le chiffre est de 33%), et seuls 19,2% d'entre elles ont un niveau d'études secondaire, général ou professionnel (31%, dans l'ensemble de la population), (GUS, 2000). Le taux de chômage parmi les gens peu instruits est beaucoup plus élevé qu'au sein des autres groupes.

est plus difficile à évaluer, du fait d'un manque de données⁵². Les quelques statistiques qui existent montrent une stabilisation des dépenses de la KRUS en proportion du PIB, mais, à la différence des pensions du ZUS, il n'y a pas eu de baisse (voir Tableau A6 en annexe). On peut aussi observer une grande différence entre les âges des populations respectivement bénéficiaires des deux régimes, tout comme dans le nombre de bénéficiaires par affilié. Dans les deux cas, les taux de la KRUS sont bien supérieurs à ceux du ZUS. En 1999, pour chaque affilié, 0,029 prestation nouvelle était attribuée par la KRUS, tandis qu'au ZUS, cette proportion était deux fois moindre. De plus, comme on peut le voir dans la Figure 6, l'augmentation des taux de la KRUS est beaucoup plus rapide avec l'âge.



Source: Wóycicka (2001).

⁵² La KRUS ne contrôle pas l'appréciation des cas d'invalidité. Néanmoins, une comparaison entre 1995 et 1999 indique une baisse de la part des évaluations débouchant sur des prestations illimitées dans le temps (de 30% à 16,3%) (Wóycicka, 2001).

Une des raisons de ces divergences est la difficulté de la situation sur le marché du travail agricole et la contraction des revenus de l'activité agricole. Dans ce contexte, l'assurance sociale est une source importante de revenu pour les familles paysannes (Topińska, 2000); et le montant des pensions d'invalidité pour les agriculteurs, quand on les compare au salaire minimal, ouvre la porte au risque de dérive (Wóycicka, 2000). Outre les différences de législation et de structure démographique entre les populations d'affiliés des deux régimes, il s'agit là d'une des principales causes expliquant que la proportion des retraités touchant la pension d'invalidité soit beaucoup plus élevée à la KRUS.

3.2.13. Les prévisions pour l'avenir

3.2.13.1. *Les répercussions de la réforme de l'évaluation des droits à pension sur le nombre de bénéficiaires et les dépenses*

Comme on l'a déjà vu, les réformes avaient pour objectif principal de réduire les dépenses consacrées aux pensions d'incapacité de travail. Cet effort reposait sur un durcissement de la définition de ce qu'est un risque couvert et du processus d'évaluation des droits à pension, ainsi que sur une mise en relief de la réadaptation, tant médicale que professionnelle. Comme on l'a vu, il s'est produit une diminution modérée et progressive du nombre de pensions d'incapacité de travail et de la dépense globale qui y est consacrée. Il vaut la peine de noter que ces résultats ont été atteints en dépit de l'absence de tout progrès de la rééducation professionnelle.

Il n'est bien sûr pas possible de prédire si ces tendances vont s'accélérer, se maintenir, ou se renverser avec le temps. Cette incertitude est due, d'une part, à la relative brièveté de la période analysée, et d'autre part, à une propension du nombre de nouveaux pensionnés à fluctuer fortement. Ainsi, pour prévoir les effets possibles des réformes de long terme, un ensemble de simulations fut effectué, qui recourait au modèle du Budget polonais des affaires sociales⁵³. Trois simulations supposèrent trois scénarios:

⁵³ Le modèle fut construit par l'Institut pour l'économie de marché de Gdansk, en collaboration avec Le Bureau international du travail et le ministère polonais du Travail et des Affaires sociales. Les simulations furent, elles aussi, effectuées à l'Institut pour l'économie de marché de Gdańsk.

- Le scénario d'impact moyen: basé sur les taux de 1999⁵⁴
- Le scénario d'impact élevé: basé sur les taux de 2000
- Le scénario sans réforme: basé sur les taux de 1996–1997 (pour les pensions d'incapacité de travail) et de 1995 (pour la perte des droits) sans réforme

Les suppositions macro-économiques qui sous-tendent les simulations apparaissent au Tableau 13⁵⁵.

Ces données indiquent que les réformes pourraient se traduire par une diminution significative du nombre de pensions et des dépenses. Les différences initiales entre le scénario “sans réforme”, d'une part, et les scénarios “impact moyen” et “impact élevé”, de l'autre, ne sont pas très grandes, mais elles augmentent significativement avec le temps. En 2020, la différence entre les scénarios “sans réforme” et “impact moyen” est d'environ 700 000 pensionnés (soit 3,25 contre 4,06 millions de pensionnés); et la différence entre les scénarios “sans réforme” et “impact élevé” est de 900 000 pensionnés (3,16 contre 4,06 millions de pensionnés). Cela équivaut à une réduction de près de 25% du nombre de pensionnés sur les deux prochaines décennies. Cet effet est partiellement compensé par l'augmentation du nombre de titulaires d'une pension de vieillesse, mais, même si l'on tient compte de cela, la réforme de l'invalidité se traduirait par une diminution nette de 600 000 pensionnés selon le scénario “impact élevé”⁵⁶.

Puisque les scénarios ne divergent que par les taux de pension d'invalidité et de perte des droits, les résultats des dépenses épousent étroitement le nombre de pensionnés. Quand on compare le scénario “sans réforme” avec le scénario “impact élevé”, on peut voir que ce dernier se traduit par une réduction des dépenses de 21% (55 contre 77 millions de zlotys), tandis que la dépense

⁵⁴ Les taux auxquels les pensions d'incapacité de travail étaient attribuées en fonction de l'âge et du sexe, et les taux de perte des droits à pensions. Dans les trois scénarios, les hypothèses respectives concernant le taux de pensionnement de l'incapacité de travail et le taux de perte des droits à pensions furent déterminées en 1998.

⁵⁵ Pour la méthodologie du modèle de simulation, voir: Wóycicka (1999).

⁵⁶ Cela est dû au fait que la baisse du nombre de personnes recevant une pension d'incapacité de travail se traduit par une augmentation du nombre de personnes appartenant à la population active qui partiront en retraite et recevront une pension de vieillesse.

agrégée consacrée aux pensions de vieillesse et d'invalidité baisserait d'environ 5% par rapport au scénario "sans réforme" en 2020 (179 contre 189 millions de zlotys).

Tableau 13
Hypothèse macro-économique de la projection

Année	Croissance du PIB	Croissance de la productivité du travail	Inflation annuelle moyenne
2001	3,8%	4,8%	6,2%
2002	5,7%	4,8%	4,7%
2003	5,6%	4,7%	4,4%
2004	5,5%	4,7%	4,1%
2005	5,4%	4,6%	3,8%
2006	5,3%	4,6%	3,6%
2007	5,1%	4,5%	3,1%
2008	5,0%	4,5%	2,8%
2009	4,9%	4,4%	2,4%
2010	4,8%	4,4%	2,1%
2011	4,7%	4,3%	1,8%
2012	4,6%	4,3%	1,4%
2013	4,5%	4,2%	1,3%
2014	4,4%	4,2%	1,3%
2015	4,2%	4,1%	1,3%
2016	4,1%	4,1%	1,3%
2017	4,0%	4,1%	1,3%
2018	3,9%	4,1%	1,3%
2019	3,8%	4,1%	1,3%
2020	3,8%	4,1%	1,3%

Source: Calculs de l'auteur à l'Institut pour l'économie de marché (Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową) fondés sur le modèle de Budget des affaires sociales de l'Institut.

Les simulations supposent un maintien en l'état de toute la législation relative aux pensions de vieillesse, de survivant, et d'incapacité de travail. Elles supposent également que l'indexation des pensions se fera au minimum légal (c'est-à-dire l'augmentation annuelle des prix, plus 20% de la hausse annuelle des salaires).

Les résultats de la simulation sont présentés au Tableau 14.

Tableau 14					
Résultats des simulations selon trois scénarios montrant les effets possibles des réformes des pensions d'incapacité de travail du ZUS					
Année	2001	2005	2010	2015	2020
Scénario d'impact moyen					
Nombre de pensions d'incapacité de travail (en milliers)	2 614	2 502	2 557	2 872	3 247
Nombre de pensions de vieillesse et d'incapacité de travail (en milliers)	5 961	6 059	6 218	6 558	7 141
Dépenses consacrées aux pensions d'incapacité de travail (en millions de Zł)	24 160	29 108	35 609	44 733	56 164
Dépenses consacrées aux pensions de vieillesse et d'incapacité de travail (en millions de Zł)	81 384	102 112	125 244	145 771	180 342
Scénario d'impact élevé					
Nombre de pensions d'incapacité de travail (en milliers)	2 604	2 470	2 503	2 801	3 161
Nombre de pensions de vieillesse et d'incapacité de travail (en milliers)	5 951	6 027	6 165	6 487	7 056
Dépenses consacrées aux pensions d'incapacité de travail (en millions de Zł)	24 809	28 723	34 854	43 603	54 655
Dépenses consacrées aux pensions de vieillesse et d'incapacité de travail (en millions de Zł)	81 276	101 726	124 489	144 640	178 833

Année	2001	2005	2010	2015	2020
Scénario sans réforme					
Nombre de pensions d'incapacité de travail (en milliers)	2 736	2 831	3 078	3 552	4 061
Nombre de pensions de vieillesse et d'incapacité de travail (en milliers)	6 085	6 399	6 739	7 159	7 756
Dépenses consacrées aux pensions d'incapacité de travail (en millions de Zł)	26 015	32 861	42 766	55 184	70 077
Dépenses consacrées aux pensions de vieillesse et d'incapacité de travail (en millions de Zł)	82 502	106 023	132 440	154 700	189 261

Source: Calculs de l'auteur à l'Institut pour l'économie de marché (Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową) fondés sur le modèle de Budget des affaires sociales de l'Institut.

3.2.13.2. Les prévisions pour la KRUS

Par opposition aux prévisions concernant les réformes du ZUS, les prévisions pour les pensions d'invalidité de la KRUS indiquent qu'il va se produire une augmentation considérable du nombre de pensionnés⁵⁷. Bien que la proportion des dépenses de la KRUS dans le PBI doive baisser, le taux de dépendance du système va continuer à augmenter, sous l'effet de l'augmentation du nombre de pensionnés combinée avec une diminution de celui des cotisants (voir Tableau 15). Cela va augmenter les tensions financières au sein de la KRUS et exiger une hausse des subventions provenant du budget de l'Etat⁵⁸. Cette

⁵⁷ Les projections pour la KRUS sont basées sur les mêmes suppositions macro-économiques que les projections pour le ZUS. Elles s'appuient également sur les données concernant les taux de pensionnement pour invalidité de la KRUS selon l'âge et le sexe datant de 1997, la dernière année disponible. Puisque aucune réforme des pensions de la KRUS n'a eu lieu, nous n'avons pas simulé différents scénarios. (Notez que, tandis que depuis 1995, la terminologie employée par le ZUS est celle de "pension d'incapacité de travail", il est toujours question de "pensions d'invalidité" à la KRUS.)

⁵⁸ Cela est dû au fait que le montant des cotisations d'assurance sociale de la KRUS est très faible. (95% des dépenses sont couvertes par la subvention provenant du budget de l'Etat).

évolution défavorable serait encore pire, s'il n'y avait pas ce transfert continué d'emplois du secteur agricole au secteur non agricole (Wóycicka, 2001).

Tableau 15
Les résultats des projections concernant la KRUS

Année	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Nombre d'affiliés à la KRUS en milliers	1 390	1 450	1 480	1 473	1 413	1 326
Nombre de pensions d'invalidité servies par la KRUS en milliers	762	796	857	924	978	1 007
Taux de dépendance du système	0,55	0,55	0,58	0,63	0,69	0,76
Dépenses de la KRUS en pensions d'invalidité (en % du PIB)	0,8	0,8	0,7	0,6	0,6	0,5

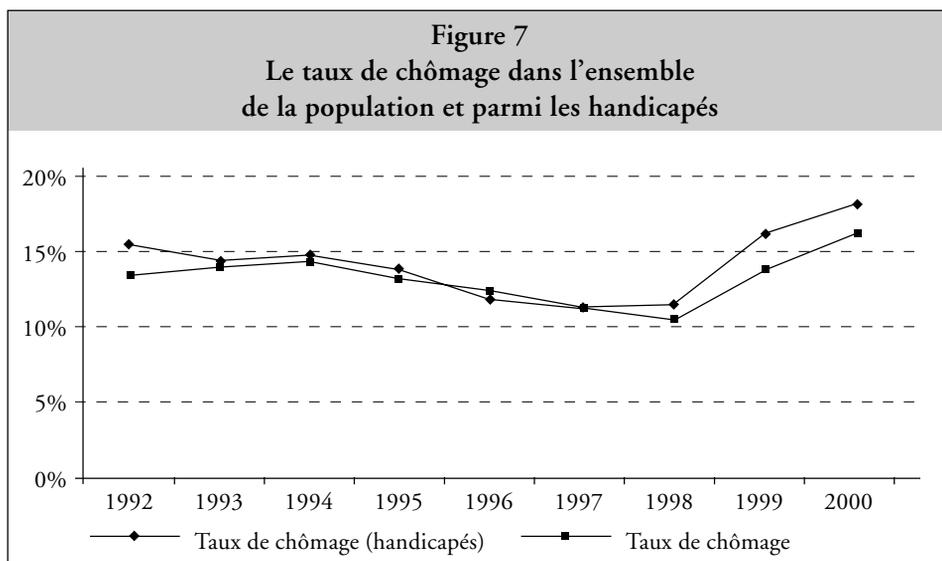
Source: Calculs de l'auteur à l'Institut pour l'économie de marché (Instytut Badań nad Gospodarką Rynkowa) fondés sur le modèle de Budget des affaires sociales de l'Institut.

3.2.14. La rééducation professionnelle

L'un des problèmes permanents liés à la protection contre l'invalidité en Pologne est la faiblesse du taux de participation des personnes handicapées au marché du travail. Durant les années 1992–2000, 60–65% des personnes handicapées n'étaient ni employées, ni chercheuses d'emploi (voir Tableau A12 en annexe). Qui plus est, leur taux d'activité rémunérée a baissé ces dernières années, passant de 19,5% en mai 1995 à 15,6% en 2000 (2^e trimestre). En écho, leur taux de chômage a augmenté plus vite que celui de l'ensemble de la population active, ce qui constitue une tendance très décourageante (voir Figure 7).

La comparaison de ces deux indicateurs fournit une preuve tangible de l'inefficacité de la rééducation professionnelle. A la différence de la législation sur les pensions pour incapacité de travail, la législation sur la rééducation professionnelle n'a subi aucune modification majeure depuis 1991, date à laquelle: (1) les SWE (établissements de travail subventionnés) furent autorisés par la loi, en remplacement des coopératives non compétitives de l'époque

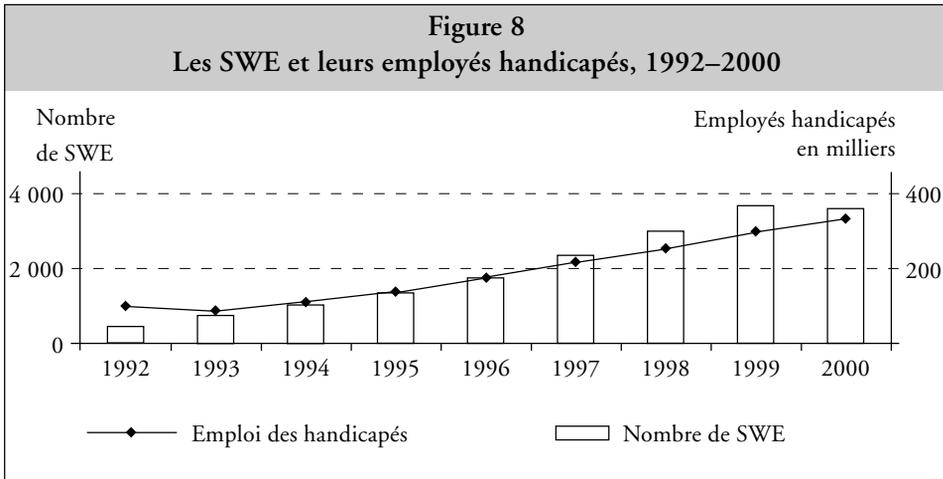
précédente; (2) le système de quotas et d'amendes fut institué, afin d'encourager l'emploi normal des personnes handicapées; et (3) le PFRON fut institué, pour employer les fonds recueillis par le biais des amendes à fournir formation et emplois subventionnés aux personnes handicapées. Une décennie d'expérience révèle de sérieux problèmes dans chacune de ces approches.



Source: *Etudes sur la population active* (LFS).

En ce qui concerne les SWE, il est hors de doute que leur création a empêché une baisse importante du nombre de handicapés exerçant une activité rémunérée, baisse qui, autrement, se serait produite à la suite de la fermeture des coopératives au début des années 1990⁵⁹. Après l'entrée en vigueur de la loi en 1991, le nombre de SWE a connu une augmentation constante d'année en année, tout comme le nombre de leurs employés handicapés (voir Figure 8).

⁵⁹ Une baisse initiale de la production, une inflation en flèche, et la fin du laxisme budgétaire signifiaient que de nombreuses sociétés se retrouvèrent dans une situation économique bien pire (voir Section 2.1.2.2).



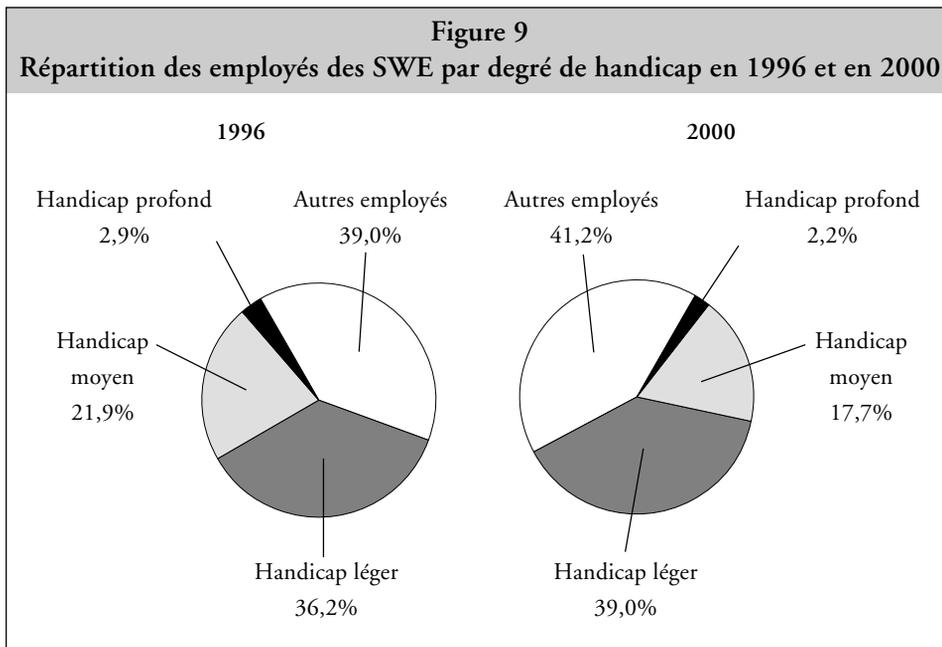
Source: Barczyński (2001), PFRON (2001a).

Note: Les chiffres du PFRON pour l'emploi en 2000 sont inférieurs à ceux présentés chez Barczyński (2001).

Pourtant, il est aussi tout à fait clair que les SWE préfèrent les employés légèrement handicapés (voir Figure 9). Qui plus est, ces dernières années, même le taux de travailleurs gravement handicapés, déjà faible, y a chuté. Cela est en partie dû aux exigences de rentabilité – à savoir que l'aménagement du lieu de travail pour répondre aux besoins des handicapés profonds peut coûter cher et que la productivité de ces derniers est souvent inférieure à celle des travailleurs non handicapés. En outre, par ailleurs, dans la seconde moitié des années 1990, la législation fut modifiée afin de s'attaquer aux abus commis par les SWE, et ces modifications aboutirent à augmenter leurs coûts d'exploitation (par exemple, perte des avantages fiscaux; voir Section 2.1.2.2). Par contre-coup, cela incita les SWE à limiter l'emploi des handicapés profonds au minimum requis pour qu'ils puissent conserver leur statut de SWE.

Le système quota-amende, institué pour soutenir l'emploi des personnes handicapées sur le marché normal, s'est lui aussi révélé largement inefficace. Même si la majorité des personnes handicapées occupent un emploi normal, leur nombre a progressivement baissé au cours de la décennie, tandis que l'emploi dans les SWE augmentait (voir Figure 10). En 2000, moins de 50% des membres de groupe travaillaient comme salariés, tandis que 53% étaient

employeurs, travailleurs indépendants, ou participaient à une affaire familiale. Ces derniers chiffres témoignent de la difficulté que les personnes handicapées ont à trouver du travail dans des entreprises privées sur le marché normal.

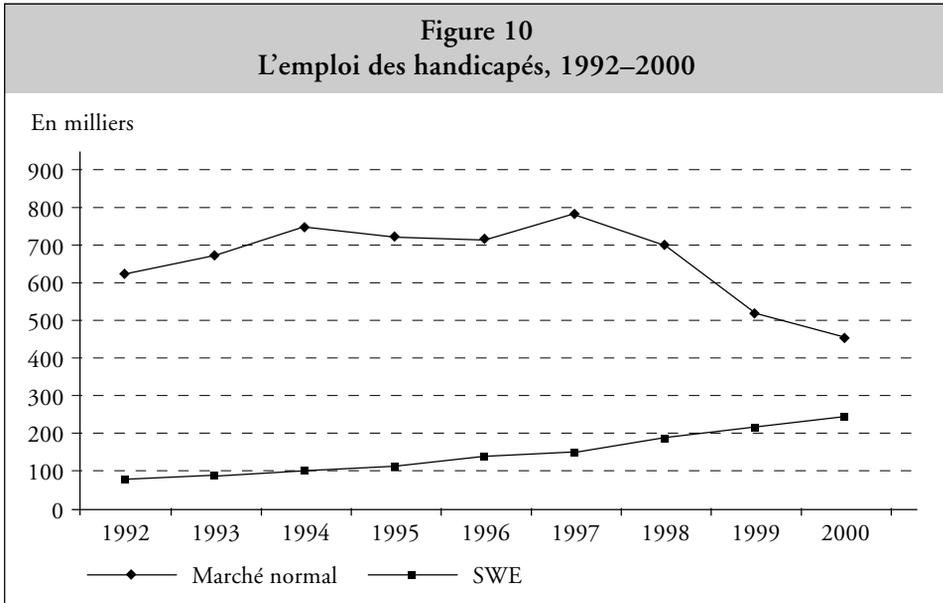


Source: PFRON (2001a, 2001b).

Quant au PFRON, un examen des dépenses inscrites à son budget montre qu'un nombre infime de personnes reçoit chaque année une formation professionnelle financée par le PFRON. Le nombre de personnes handicapées formées est allé de 1 645 en 1995 à près de 7 000 en 1996. Les coûts de cette formation se sont élevés à moins de 0,5% du total des dépenses du PFRON (ne dépassant pas 0,4%)⁶⁰. Le nombre d'emplois nouveaux créés annuellement à partir du PFRON atteignit un sommet en 1993 (25 168) – mais il chuta ensuite considérablement, se stabilisant autour de 14 500 emplois dans les années 1997–1999. Une autre ligne importante de dépenses du PFRON est constituée par les prêts à la création d'entreprises. Leur valeur absolue a augmenté

⁶⁰ En 2000, le total des dépenses du PFRON atteignait environ 1,5 milliard de zlotys (380 millions de dollars), ce qui représentait 0,27% du PIB.

de manière constante entre 1995 et 1999, mais, en proportion de l'ensemble des dépenses, elle a chuté. Ces dernières années, elles finançaient en moyenne 1 350 petits entrepreneurs (voir Tableau A15 en annexe).



Source: Barczynski (2001), p. 42.

Note: Données pour le premier trimestre, année 2000.

Ces maigres résultats indiquent, sans aucun doute possible, qu'il est nécessaire d'améliorer la rééducation et l'aide à l'emploi. Dans la conception de telles améliorations, il sera important de considérer la qualification, les aspirations, et la répartition actuelle de l'emploi des personnes handicapées. A ce sujet, les résultats d'un questionnaire joints à l'*Enquête sur la population active* polonaise du second trimestre 2000 fournissent quelques informations pertinentes.

De manière peu surprenante, l'enquête montre que le chômage se concentre parmi les handicapés les plus profonds – ceux qui auraient rempli les conditions pour être classés dans les ex-catégories II (environ 70% de chômeurs) et I (86% de chômeurs). Et pourtant, ces individus se déclarent considérablement flexibles en ce qui concerne les types de travail qu'ils seraient disposés à accepter. Plus de 80% disent qu'ils accepteraient un emploi autre que celui pour lequel

ils ont été formés, et 60% seraient disposés à acquérir de nouvelles compétences ou à prendre un emploi exigeant une qualification moindre. En revanche, leur aptitude à déménager pour obtenir du travail est limitée. Seulement 12% se disent disposés à changer de lieu de résidence (Kostrubiec, 2001).

Quant à ceux qui travaillent, la majorité appartient à la catégorie des handicapés légers (66%) mais présente un handicap définitif (60%). Plus de 88% sont atteints d'une déficience physique. Comme on peut le voir dans le Tableau 16, ceux qui ont des déficiences mentales ou psychologiques ont peu de chances de trouver du travail.

Tableau 16
Taux d'emploi (en %) selon le handicap, le sexe,
et le lieu de résidence, en 2000

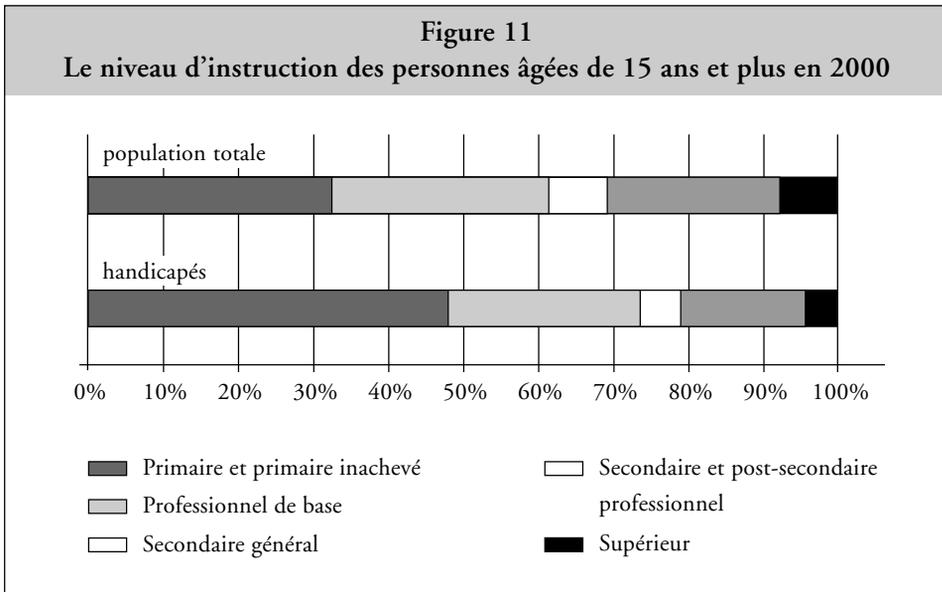
	Total	Hommes	Femmes	Citadins	Ruraux
Total	15,6	20,0	11,4	14,0	17,9
Degré d'invalidité					
Profond ou équivalent	3,2	4,3	2,3	1,8	5,3
Moyen ou équivalent	12,7	17,6	7,8	11,5	14,9
Léger ou équivalent	24,7	29,5	20,1	22,9	27,0
Type de déficience					
Physique	16,1	20,9	11,7	14,2	18,9
Mentale ou psychologique	10,9	13,3	8,4	11,0	10,8
L'un et l'autre	13,0	14,9	10,8	9,8	17,4

Source: Kostrubiec (2001).

Le revenu mensuel moyen des ménages comprenant des titulaires de pensions d'invalidité équivalait à 79% de celui de l'ensemble des ménages, et donc, si l'on prend en compte les dépenses supplémentaires des handicapés (par exemple, médicaments et réadaptation), on pourrait s'attendre à ce que le désavantage de leur situation financière les incite à trouver un emploi, au moins à temps partiel⁶¹. Néanmoins, les personnes handicapées sont confrontées à des

⁶¹ Revenu moyen par unité équivalente selon l'échelle de l'OCDE; voir <http://www.stat.gov.pl>.

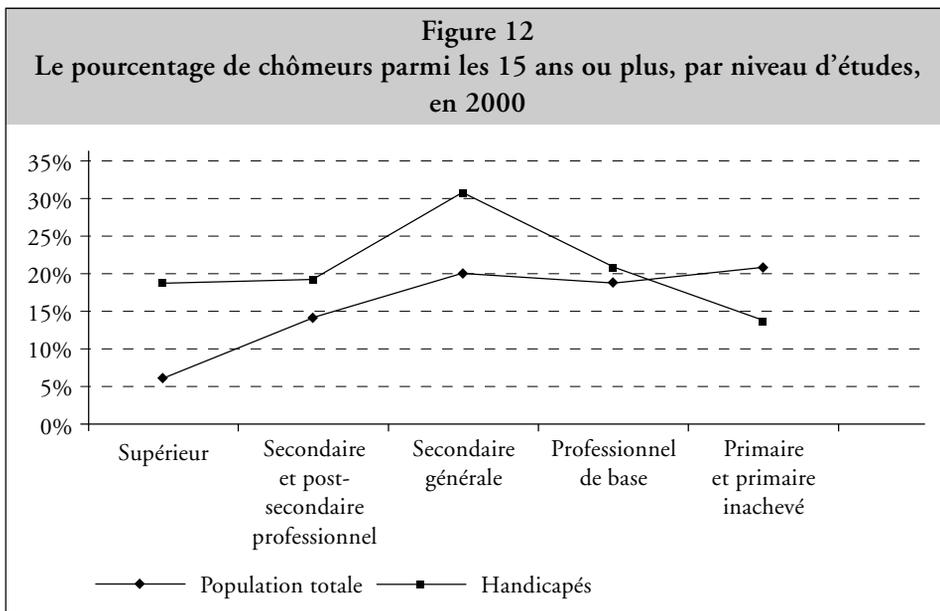
désavantages majeurs quand elles entreprennent un tel effort, y compris celui de l'âge et de la qualification. Les handicapés sont en moyenne plus âgés que le reste de la population (voir le Tableau A10 en annexe), et l'âge est un désavantage bien connu sur le marché du travail. De plus, 50% des personnes handicapées n'ont pas dépassé le stade de l'école primaire (contre 33% dans l'ensemble de la population), et seulement 19% ont reçu une instruction secondaire ou une formation professionnelle (contre 31% dans l'ensemble de la population)⁶². Ainsi, de nombreuses personnes handicapées sont désavantagées tant par l'âge que par le niveau d'instruction pour trouver de l'emploi. En moyenne, les femmes handicapées ont un niveau d'instruction inférieur à celui des hommes, et les habitants des zones rurales ont les niveaux d'instruction les plus faibles, avec seulement 57% d'entre eux terminant l'école primaire (voir Figure 11).



Source: Kostrubiec (2001), *Enquête sur la population active*.

⁶² Par rapport à 1995, le niveau d'instruction des personnes handicapées s'est améliorée, mais cela est lié à une répartition généralement plus jeune de cette population. (Suite à l'explosion des naissances du début des années 1980, quelque deux millions de jeunes entrent actuellement sur le marché du travail.)

La répartition des chômeurs par niveau d'études est similaire parmi les handicapés et au sein de l'ensemble de la population. Néanmoins, même à niveau d'études égal, le taux de chômage des handicapés est plus élevé (voir Figure 12)⁶³. Cela pourrait signifier que d'autres facteurs ne sont pas pris en compte (par exemple, permanence de l'emploi) ou qu'il existe une discrimination contre les travailleurs handicapés.



Source: Kostrubiec (2001), LFS.

Enfin, les personnes handicapées, en Pologne, tendent à se polariser fortement sur des problèmes de survie quotidienne. Beaucoup d'entre elles n'ont pas conscience de leurs droits et/ou ont des difficultés à comprendre les détails techniques de la législation. De plus, il existe peu d'endroits où l'on puisse obtenir des conseils ou de l'aide dans ce domaine. Soigneusement

⁶³ Le taux de chômage des handicapés ayant un niveau d'études primaire complet ou incomplet est inférieur à celui de l'ensemble de la population ayant le même niveau d'études, du fait que le taux de participation des personnes handicapées ayant un faible niveau d'études est inférieur à celui des autres catégories de handicapés (Kostrubiec, 2001).

décrits dans une étude récente, ces problèmes suggèrent qu'il est nécessaire d'envisager l'aide à l'emploi d'une manière plus large, en cherchant à susciter une prise de conscience chez les handicapés et à leur fournir une assistance permanente pour affronter les problèmes du marché du travail normal⁶⁴.

3.3. *Résumé: caractéristiques et contraintes du processus de réforme*

Les 12 premières années de transformation en Pologne ont été le témoin de deux changements essentiels dans le domaine des handicapés. Au début des années 1990, les réformes du système de pensions d'invalidité ont contribué à empêcher que le chômage n'atteigne un niveau encore plus élevé que celui qui était le sien. L'augmentation du taux de remplacement des salaires, le relâchement des critères d'attribution, et la libéralisation de l'accès aux pensions d'invalidité de la KRUS ont permis un exode massif en direction du régime de pensions d'invalidité. L'augmentation aiguë des dépenses consacrées à ces prestations a été la conséquence naturelle de ces évolutions, ce qui a ensuite donné naissance à des pressions en faveur de réformes destinées à réduire ces coûts insupportables.

Bien que les réformes examinées dans la présente étude aient réussi à ralentir l'augmentation du nombre de pensions et à réduire les dépenses en proportion du PIB, la lutte pour une action en faveur des handicapés plus efficace et moins coûteuse est loin d'être terminée. Plusieurs problèmes non résolus se détachent:

- Premièrement, les pressions en faveur d'une réduction du nombre de pensions attribuées peuvent mener à des refus injustifiés de prestations. Cette réalité est suggérée par le grand nombre de litiges en justice concernant les pensions d'incapacité de travail qui sont tranchés en faveur des ayants droit.

⁶⁴ L'étude, intitulée "Niepe nosprawni – ormalna sprawa (Des personnes avec un handicap – une chose normale)" fut publiée par *Stowarzyszenie Przyjacieli 'Integracji'* (L'Association des amis de l'"intégration") en mai 2001. Elle avait été préparée par des représentants du Comité international des juristes, en collaboration avec la Section polonaise de la Commission des juristes fonctionnant au sein des Nations Unies (La Section polonaise fonctionne au sein de la Faculté de droit de l'Université de Varsovie), le Bureau du Médiateur, et la Fondation Stefan Batory.

- Deuxièmement, même s'il existe quelques preuves limitées suggérant que la réadaptation médicale du ZUS a des effets positifs en matière d'économies pour le budget de l'assurance sociale, il existe également des problèmes majeurs de coordination et un manque de clarté dans la répartition des tâches, entre le ZUS, la KRUS, et les autorités de l'assurance maladie. Il y a aussi besoin de mettre en place des mesures d'économies en ce qui concerne la réadaptation médicale.
- Troisièmement, les résultats des réformes du ZUS dans le domaine de la formation professionnelle sont nettement insatisfaisants. Le caractère limité du recours aux pensions de formation indique qu'il y a besoin de reconfigurer cette prestation nouvelle.
- Enfin, l'explosion du nombre de pensions de la KRUS au cours de la décennie des années 1990 constitue un problème national majeur qui exige une attention concertée.

En outre, le taux de participation des handicapés à la population active est faible, et, par conséquent, seule une petite portion de la population handicapée en âge de travailler est employée en Pologne. Même avec leur faible taux de participation à la population active, le taux de chômage des handicapés est plus élevé que celui de la population dans son ensemble. Qui plus est, ces dernières années ont vu une chute de l'emploi des personnes handicapées.

Ces tendances négatives ont plusieurs raisons, dont le niveau d'études et la formation inadaptée des personnes handicapées, avec les restrictions qui s'ensuivent sur leur aptitude à concourir sur le marché du travail. De plus, les personnes handicapées manquent souvent d'informations sur leurs droits. Bien que la rééducation professionnelle des handicapés ait obtenu quelques bons résultats, elle n'a pas débouché sur une hausse significative de l'emploi des handicapés sur le marché du travail normal.

Au début des années 1990, la croissance vigoureuse des SWE a mené à un remplacement rapide des emplois qui avaient été perdus quand les coopératives de l'époque antérieure s'étaient effondrées. Il s'agissait d'un résultat important. Toutefois, comme la majorité des handicapés travaillant dans les SWE ont un degré de handicap léger, ils seraient capables de travailler sur le marché du travail normal, s'il y avait des emplois disponibles pour eux.

Ces dernières années, le rétrécissement du marché de l'emploi normal ouvert aux handicapés (c'est-à-dire dans les entreprises autres que les SWE) est un sujet d'inquiétude croissante, tout comme l'est le niveau élevé du taux de chômage des handicapés par rapport à celui de la population active dans son ensemble. C'est l'indice d'une discrimination possible contre les handicapés. Le système quota-amende est clairement dénué d'efficacité pour ce qui est d'inciter les employeurs à embaucher des personnes handicapées, et il n'est devenu rien de plus qu'un impôt supplémentaire à payer pour les entreprises.

4. Conclusion

Comme il a été montré, la protection contre l'invalidité, en Pologne, se distingue par trois caractéristiques majeures: un taux de pensions d'invalidité très élevé, une faible participation des handicapés au marché du travail, et une rééducation professionnelle inefficace. La combinaison de ces trois traits crée un cercle vicieux: si l'on ne s'attaque pas aux causes du troisième, il est extrêmement difficile de s'occuper de l'un des deux autres. Il existe ainsi un besoin urgent d'actions nouvelles pour équiper, encourager et aider les personnes handicapées à acquérir les qualifications dont elles ont besoin pour intégrer la population active.

De telles actions doivent s'enraciner dans une compréhension complète des obstacles actuels à l'emploi. Comme il a été démontré plus haut, ces derniers incluent un âge moyen supérieur et un niveau d'études inférieur à ceux de la population en général, ainsi qu'un environnement qui ne parvient pas à fournir une assistance adaptée à ceux qui souhaitent comprendre et faire valoir leurs droits selon la loi. S'ajoute à cela le risque de dérive qu'entraîne la structure actuelle des prestations. Il s'agit là d'une des raisons qui expliquent le nombre conséquent de pensions d'invalidité actuellement servies, particulièrement parmi les salariés à faible niveau d'études des zones rurales (voir Section 3.2.3). Il est nécessaire ici d'empêcher tout risque de dérive en instaurant une différence significative, pour ceux qui peuvent travailler (à temps partiel ou dans un autre emploi), entre le montant des prestations et le salaire qu'ils sont capables de gagner.

Il y a besoin d'améliorer significativement l'efficacité de la rééducation professionnelle. Une possibilité consisterait à financer des mécanismes de création d'emploi pour les chômeurs directement à partir du budget plutôt que du système quota-amende. Cela pourrait être couplé avec une obligation uniforme pour toutes les firmes d'embaucher une certaine proportion de personnes handicapées, avec une préférence claire pour les personnes ayant un degré moyen ou profond de déficience. L'amélioration des instruments et des méthodes de rééducation professionnelles employées par le ZUS et le PFRON est essentielle. En outre, il est nécessaire de mettre en place une rééducation professionnelle à la KRUS.

Remplacer la réadaptation coûteuse traditionnelle dans des établissements permanents (les sanatoriums) par de la réadaptation dans des centres de jour, situés près du lieu de résidence du pensionné, peut contribuer à réduire les coûts de la réadaptation médicale fournie par le ZUS et la KRUS.

La suppression du droit d'appel, en matière de verdict médical, auprès du ZUS devrait être reconsidéré, avec pour objectif, tout en rétablissant ce droit, de minimiser le nombre de tels appels grâce à une normalisation accrue des évaluations médicales.

Le coût élevé du système de protection contre l'invalidité pour les agriculteurs de la KRUS est un problème de long terme en Pologne. La tâche prioritaire, ici, consiste à changer les règles peu rigoureuses régissant l'ouverture des droits à pension des agriculteurs, de manière à réduire les incitations qui poussent ceux qui peuvent travailler à déposer une demande. Il est également nécessaire d'évaluer la qualité des verdicts médicaux rendus par la KRUS, pour être sûr que le transfert de cette fonction du ZUS à la KRUS était justifié.

Enfin, il y a besoin de faire plus attention à la relation qui existe entre la politique pour les handicapés et la politique des retraites, et, en particulier, à certains effets non voulus de la réforme de 1999 de ces dernières. Deux éléments de cette interrelation sont particulièrement importants. Premièrement, du fait de la réforme, les nouvelles prestations de vieillesse vont être plus faibles et, par conséquent, moins attractives que les pensions d'incapacité de travail. Des simulations effectuées par l'Institut de Gdansk montrent un écart croissant entre les niveaux de ces deux catégories de prestations et, par conséquent, la probabilité d'une augmentation des tentatives de prouver leur invalidité avant

l'âge du départ en retraite de la part des travailleurs âgés, en particulier ceux qui gagnent un maigre salaire. Deuxièmement, parmi les personnes qui n'auront plus droit à une préretraite, du fait de son élimination progressive par la réforme de 1999, certaines demanderont une pension d'incapacité de travail, causant ainsi des tensions financières supplémentaires au sein de ce régime⁶⁵.

Pour résumer, alors que la réforme de l'appréciation des cas d'invalidité et de la réadaptation médicale du ZUS a obtenu des résultats manifestes, et que de petits succès ont été remportés dans le domaine de la rééducation professionnelle, il y a besoin d'une nouvelle stratégie en matière de protection contre l'invalidité, qui fournisse des types d'aides au retour au travail plus variées et plus larges. Celles-ci devraient comprendre formation académique et professionnelle, information sur les droits des citoyens, programmes d'emploi sur le marché normal, réforme de la protection contre l'invalidité des agriculteurs, réductions des incitations à rester pensionné pour ceux qui peuvent travailler, et, dernier élément mais pas le moindre, meilleure coordination de la protection contre l'invalidité avec la réforme des pensions de vieillesse et l'assurance maladie universelle.

Bibliographie

- Barczyński, Andrzej (2001): *Zakłady pracy chronionej w polskim systemie rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych* (Les SWE dans le système polonais de réadaptation des handicapés), KIG-R, Varsovie.
- Chłoń, Agnieszka (2001): "Niepełnosprawność wśród rolników (L'invalidité parmi les agriculteurs)," in Stanisława Golinowska (sous la dir.), *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, CASE (Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych), Varsovie, pp. 89–110.

⁶⁵ A présent, plus de 20% des affiliés peuvent recourir à différentes possibilités pour une préretraite, avec pour résultat que l'âge de départ en retraite réel est de 56 et 59 ans pour les femmes et les hommes respectivement, alors que l'âge légal est de 60 et 65 ans. En vertu de la nouvelle législation, tous les droits à préretraite expireront en 2007. On suppose que les droits existants seront remplacés par des régimes spéciaux pour le nombre très limité des affiliés qui, du fait de la nature spéciale de leur profession, devrait terminer leur carrière plus tôt.

- Golinowska, Stanisława (sous la dir.) (2001): *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach* (La Protection sociale des personnes handicapées en Pologne et dans d'autres pays), CASE, Varsovie.
- GUS (Institut central de statistiques) (1997): *Health Status and Needs of Disabled in Poland in 1996*, Information and Statistical Papers, Varsovie.
- Hagemejer, Krzysztof, Jacek Liwiński, et Irena Wóycicka (2002): *Poland: Social Protection in Transition*, OIT, Genève.
- Kostrubiec, Stanisława (2001): *Osoby niepełnosprawne na rynku pracy w 2000 roku* (Les Handicapés sur le marché du travail en 2000), GUS, Varsovie.
- MPiPS (Ministère du Travail et des Affaires sociales) (1993): *Emerytury i renty pracownicze, Szanse, zagrożenia, budowa systemu* (Les pensions des salariés: les possibilités, les menaces, et la construction du nouveau système), MPiPS, Varsovie.
- Topińska, Irena (2000): "Świadczenia społeczne dla rolników w świetle badań budżetów gospodarstw domowych (Les prestations sociales des agriculteurs à la lumière des enquêtes sur le budget des ménages)," in Irena Wóycicka (sous la dir.), *Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników*, IbnGR, Gdansk, pp. 32–75.
- Wóycicka, Irena (sous la dir.) (1999): *Budżet polityki społecznej. Metodologia modelu symulacyjnego* (Le Budget des affaires sociales: méthodologie du modèle de simulation), IbnGR, Varsovie.
- Wóycicka, Irena (2000): "Diagnoza systemu ubezpieczenia emerytalno-rentowego rolników (Diagnostic du système d'assurance de pensions pour les agriculteurs)," in Irena Wóycicka (sous la dir.), *Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników*, IBnGR, Gdansk, pp. 77–93.
- Wóycicka, Irena (2001): "Renty inwalidzkie w systemie rolniczego ubezpieczenia społecznego (Les pensions d'invalidité dans le système de protection sociale des agriculteurs)," in Stanisława Golinowska (sous la dir.), *Zabezpieczenie społeczne osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, CASE, Varsovie, pp. 111–128.
- Wóycicka, Irena (sous la dir.) (2002): *Millennium Goals, Poland*, Varsovie, ONU.
- World Bank (1995): *Understanding Poverty in Poland*, Washington.

Zatoński, Witold et Jha Prabhat (2000): *The Health Transformation in Eastern Europe after 1990: A Second Look*, Centre sur le cancer et Institut d'oncologie, Varsovie.

Zegar, Józef (2000): "Dochody gospodarstw chłopskich ze szczególnym uwzględnieniem ubezpieczeń emerytalno-rentowych w latach 1990–1998," in Wóycicka, Irena (sous la dir.), *Przyszłość ubezpieczeń społecznych rolników*, IBnGR, Gdansk, pp. 3–20.

ZUS (2000): *Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 1998 r* (La Réadaptation médicale des affiliés dans le cadre préventif du ZUS en 1998), ZUS, Varsovie.

ZUS (2001): *Analiza wyników badania okresów pobierania emerytur i rent oraz mobilności świadczeniobiorców wewnątrz systemu emerytalno-rentowego* (Analyse de la durée des droits aux pensions de vieillesse, d'invalidité, et de survivant, ainsi que de la mobilité des bénéficiaires), ZUS, Varsovie.

ZUS (1998, 1999, 2000, 2001): *Orzecznictwo inwalidzkie o niezdolności do pracy* (L'Appréciation des cas d'incapacité de travail), ZUS, Varsovie.

Sources législatives

Loi du 14 décembre 1982 sur la protection sociale des salariés et de leur famille (Dz.U. de 1982, n° 40).

Loi du 9 mai 1991 sur l'emploi des handicapés et leur retour au travail (Dz.U. de 1991, n° 46, article 201).

Loi du 17 octobre 1991 sur la revalorisation des pensions (Dz.U. de 1991, n° 104).

Loi du 20 décembre 1990 sur la protection sociale des agriculteurs (texte final in Dz.U. de 1998, n° 7, article 25).

Loi du 29 septembre 1995 sur les amendements de la Loi sur la revalorisation des pensions (Dz.U. de 1995, n° 138).

Loi du 29 juin 1996 sur les pensions et l'assurance sociale (Dz.U. de 1996, n° 100).

Loi du 27 août 1997 sur la réadaptation professionnelle et sociale et sur l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 1997, n° 123, article 776; avec des amendements).

Loi du 18 juin 1998 portant amendement de la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et sur l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 1998, n° 99).

Loi du 13 octobre 1998 sur le système de protection social (Dz.U. de 1998, n° 137, article 887; avec des amendements).

Loi du 17 décembre 1998 sur les pensions versées par le Fonds d'assurance social (Dz.U. de 1998, n° 162, article 1118; avec des amendements).

Loi du 12 décembre 1997 portant amendement de la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et sur l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 1997, n° 160)

Loi du 9 novembre 2000 portant amendement de la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et sur l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. du 2000, n° 119).

Sources de données statistiques

LFS, Enquêtes sur la population active, de 1992 à 2000, Institut central de statistiques (GUS)

Données choisies de L'Institut central de statistiques, publiées dans des annuaires statistiques et sur le site <http://www.stat.gov.pl>

Annuaire statistiques, Institut central de statistiques (GUS)

GUS (1995), GUS (2000): Données de l'enquête complémentaire au LFS, parrainée par le PFRON, et effectuée deux fois: en 1995 et au deuxième trimestre 2000 par l'Institut central de statistiques

GUS (1988): Données du recensement national effectué en 1988

GUS (1997): Données de l'enquête sur l'état de santé de la population menée en 1996 par l'Institut central de statistiques

Ministère du Travail et des Affaires sociales (2000), *Osoby niepełnosprawne w Polsce – opracowanie analityczno-tabelaryczne*, novembre, Varsovie

PFRON (2001a): *Raport z badań dotyczących zatrudnienia i sytuacji ekonomicznej w Zakładach Pracy Chronionej w 2000 roku*, septembre, Varsovie.

PFRON (2001b): *Sektor zakładów pracy chronionej w latach 1996–1999 (opracowanie na podstawie badań ankietowych)*, données de mars de l'Enquête trimestrielle sur la population active effectuée par l'Institut central de statistiques, Varsovie

KRUS (1992–2001): *Kwartalna Informacja Statystyczna* (L'information statistique trimestrielle)

ZUS (1999, 2000, 2001): *Informacja o świadczeniach pieniężnych* (L'Information mensuelle sur les prestations en espèces)

ZUS (1992–2001): *Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu Alimentacyjnego* (L'Information sur les prestations en espèces du ZUS et sur le Fonds des pensions alimentaires – parution trimestrielle).

Annexe

Tableau A1
Le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité (en âge de travailler)
en pourcentage de la population en âge de travailler, 1995

Australie	4,1
Autriche	3,6
Canada	1,5
Finlande	9,1
Allemagne	2,3
Grèce	1,1
Italie	1,6
Japon	1,1
Luxembourg	7,1
Pays-Bas	8,1
Nouvelle-Zélande	1,7
Norvège	7,3
Pologne*	10,1
Portugal	4,4
Espagne	2,4
Suède	6,6
Suisse	2,4
Royaume-Uni	4,1
Etats-Unis	2,4

* Pologne: données de 1997.

Source: Réunion de la Commission de l'emploi, du travail et des affaires sociales au niveau ministériel, sur les politiques sociales 23 et 24 juin 1998; *Documents de travail*, OCDE, Paris 1998; données polonaises: estimations basées sur des données inédites de la KRUS et du ZUS.

Tableau A2
Les pensions d'invalidité du ZUS, 1978–1988

Année	Nombre mensuel moyen de personnes recevant une pension d'invalidité (en milliers)*	Nombre de pensions d'invalidité nouvellement attribuées (en milliers)*
1978	1 433,8	208,5
1980	1 622,5	224,0
1982	1 752,1	202,3
1984	1 902,8	178,2
1986	1 979,7	181,2
1988	2 079,0	187,2

* Compte non tenu des pensions versées aux militaires professionnels et aux policiers, c'est-à-dire au personnel des services "en uniforme".

Source: ZUS (1986, 1991), *Annuaire statistique de l'assurance sociale* (Rocznik Statystyczny Ubezpieczeń Społecznych); calculs de l'auteur.

Tableau A3
Les pensions d'invalidité des agriculteurs, 1978–1988

Année	Nombre mensuel moyen de personnes recevant une pension d'invalidité (en milliers)*
1978	5,4
1980	147,8
1982	196,2
1984	268,9
1986	300,1
1988	368,7

* Compte non tenu des pensions versées aux militaires professionnels et aux policiers, c'est-à-dire au personnel des services "en uniforme".

Source: KRUS (1998), *L'Assurance sociale des agriculteurs* (Ubezpieczenie społeczne rolników).

Tableau A4
Nombre de pensions d'invalidité nouvellement attribuées, 1990–2000

Année	Nombre de personnes	
	En milliers	Antan=100
1990	241,4	—
1991	316,2	131,0
1992	241,2	76,3
1993	201,6	83,6
1994	205,2	101,8
1995	170,3	83,0
1996	151,6	89,0
1997	154,8	102,2
1998	141,1	91,1
1999	152,8	108,3
2000	102,4	67,0

Source: ZUS (1992–2001), *L'Information sur les prestations en espèces du ZUS et sur le Fonds des pensions alimentaires – parution trimestrielle* (Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu Alimentacyjnego); calculs de l'auteur.

Tableau A5
Nombre de personnes touchant une pension d'invalidité,
ZUS et KRUS, 1990–2000

Année	ZUS	KRUS	Total	Total
	En milliers			En proportion du nombre de salariés (%)
1990	2 160	441	2 601	16,1
1991	2 289	517	2 806	18,2
1992	2 402	608	3 010	20,1
1993	2 463	669	3 132	21,2
1994	2 538	722	3 260	21,8
1995	2 602	762	3 364	22,2
1996	2 644	785	3 429	22,1
1997	2 677	793	3 470	21,8
1998	2 702	796	3 498	22,0
1999	2 704	796	3 500	22,3
2000	2 640	794	3 434	22,4

Source: ZUS (1992–2001), *L'Information sur les prestations en espèces du ZUS et sur le Fonds des pensions alimentaires – parution trimestrielle* (Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu Alimentacyjnego); KRUS (1992–2001), *L'Information statistique trimestrielle (Kwartalna Informacja Statystyczna)*; calculs de l'auteur.

Tableau A6
Les dépenses en matière de pensions d'invalidité, en pourcentage du PIB, 1990–2000

Année	ZUS	KRUS	Total
1990	2,2	0,4	2,6
1991	2,9	0,6	3,5
1992	3,3	0,7	4,0
1993	3,2	0,7	3,9
1994	3,5	0,8	4,3
1995	3,5	0,8	4,3
1996	3,4	0,8	4,2
1997	3,3	0,8	4,1
1998	3,2	0,8	4,1
1999	3,2	0,8	4,0
2000	3,0	0,8	3,8

Source: ZUS (1992–2001), *L'Information sur les prestations en espèces du ZUS et sur le Fonds des pensions alimentaires – parution trimestrielle* (Informacja o świadczeniach pieniężnych z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i Funduszu Alimentacyjnego); KRUS (1992–2001), *L'Information statistique trimestrielle (Kwartalna Informacja Statystyczna)*; *calculs de l'auteur.*

Tableau A7
La pension d'invalidité moyenne du ZUS, en chiffres bruts, 1992–2000

Année	Pension d'invalidité moyenne en zlotys *	En pourcentage du salaire moyen dans l'économie polonaise	Année antérieure = 100	
			Nominale	Réelle
1992	144,25	49,1	—	—
1993	194,52	48,7	134,8	99,6
1994	267,52	50,2	137,5	104,0
1995	351,86	50,1	131,5	102,9
1996	431,45	49,4	122,6	102,3
1997	514,88	48,5	119,3	103,8
1998	587,97	47,4	114,2	102,1
1999	654,11	45,7	111,2	103,5
2000	721,55	45,1	110,3	100,2

Source: GUS (Institut central de statistique) (1992–2000), *Annuaire statistique*; calculs de l'auteur.

* Pension imposable (brute) et salaire, sans les cotisations à l'assurance sociale.

Tableau A8
Les prestations de réadaptation du ZUS en 1990–2000

Année	Nombre mensuel moyen de prestations en milliers	Dépenses en milliers de zlotys	Montent mensuel moyen de la prestation, en zlotys
1990	17,0	6 933,0	33,91
1991	19,8	18 166,1	76,30
1992	22,6	33 088,2	121,88
1993	20,7	42 207,4	169,55
1994	22,1	58 895,1	221,94
1995	22,4	77 267,1	287,68
1996	20,7	96 076,4	386,61
1997	19,2	113 587,8	492,36
1998	21,6	154 876,4	598,14
1999	20,9	200 022,9	799,16
2000	18,8	204 540,5	907,52

Source: données inédites du ZUS.

Tableau A9
Les personnes handicapées de plus de 15 ans, selon leur statut d'invalidité
et leur activité économique en 1996

Classification	Total	Handicapé officiellement et biologiquement	Handicapé officiellement seulement	Handicapé biologiquement seulement
<i>Total</i>	5 142,5	3 030,9	1 341,1	770,5
Occupé	864,4	406,3	306,2	151,9
Sans emploi	123,0	66,0	32,2	24,7
Inactif	4 152,4	2 558,0	1 000,4	593,9
Pas de données	2,8	0,5	2,2	0,0
En %				
Occupé	16,8	13,4	22,8	19,7
Sans emploi	2,4	2,2	2,4	3,2
Inactif	80,7	84,4	74,6	77,1
Pas de données	0,1	0,0	0,2	0,0

Source: GUS (Institut central de statistique) (1997) *Annuaire statistique*.

Tableau A10
Taux d'invalidité officiel par groupe d'âge en 1996

Age	Enquête sur la santé de 1996		LFS mai 1996	
	Taux d'invalidité	Répartition des handicapés officiels par âge	Taux d'invalidité	Répartition des handicapés officiels par âge
<i>Total</i>	14,9	100,0	15,2	100,0
15–24 ans	1,5	2,0	1,4	1,7
25–29	2,5	1,3	2,5	1,3
30–39	5,1	6,6	5,1	6,3
40–49	14,4	19,4	12,6	17,1
50–59	33,0	25,8	32,8	26,4
60 ans ou plus	32,0	44,9	33,0	47,2

Source: GUS (1997), *Annuaire statistique*; GUS (1996), *Enquête sur la population active*.

Tableau A11
La répartition des salariés handicapés selon la catégorie professionnelle au second trimestre 2000, en %

Classifi- cation	Total	Total du secteur privé		Salariés			Employeurs et travailleurs indépendants		Travail- leurs dans une affaire familiale
		Total	Dont agri- culture	Total	Du secteur		Total	Dont emplo- yeurs	
					Public	Privé			
Total	100	89,8	39,6	46,9	10,2	36,6	40,7	3,7	12,4
Hommes	100	90,3	36,3	49,3	9,7	39,6	43,0	3,5	7,7
Femmes	100	88,8	44,6	43,0	11,2	31,8	36,8	3,7	20,2
Citadins	100	83,1	4,7	74,1	16,9	57,3	23,0	4,4	2,9
Ruraux	100	97,3	79,7	15,7	2,7	13,0	61,0	3,0	23,3

Source: GUS (2000), *Enquête sur la population active*.

Tableau A12
L'activité économique des handicapés âgés de 15 ans et plus sur la période 1992-2000

Mouvements de LFS	Total des handicapés	Population active		Inactifs	Taux d'activité	Taux d'occupation	Taux de chômage			
		Total	Sans emploi							
		Occupée	A temps partiel							
		Total			En %					
1992										
Mai	3 960	846	715	356	359	132	3 114	21,4	18,1	15,6
1993										
Fév.	3 968	821	691	334	357	129	3 147	20,7	17,4	15,7
Mai	4 041	879	733	370	363	146	3 162	21,8	18,1	16,6
Août	4 140	879	786	439	347	93	3 261	21,2	19,0	10,6
Nov.	4 166	1 000	856	466	390	145	3 166	24,0	20,5	14,5
1994										
Fév.	4 048	927	773	417	356	154	3 121	22,9	19,1	16,6
Mai	4 299	1 010	863	468	396	147	3 219	23,9	20,4	14,6
Août	4 465	1 018	881	510	372	137	3 447	22,8	19,7	13,5
Nov.	4 495	989	847	463	384	142	3 510	22,0	18,8	14,4

1995										
Fév.	4 376	892	741	363	378	151	3 484	20,4	16,9	16,9
Mai	4 366	976	850	446	404	126	3 390	22,4	19,5	12,9
Août	4 479	1 057	923	511	411	135	4 321	23,6	20,6	12,8
Nov.	4 537	981	856	460	397	125	3 556	21,6	18,9	12,7
1996										
Fév.	4 490	921	796	424	372	124	3 569	20,5	17,7	13,5
Mai	4 445	1 002	881	465	416	120	3 443	22,5	19,8	12,0
Août	4 454	1 039	932	511	422	107	3 415	23,3	20,9	10,3
Nov.	4 462	988	880	480	399	108	3 474	22,1	19,7	10,9
1997										
Fév.	4 496	984	856	437	419	127	3 512	21,9	19,0	12,9
Mai	4 592	1 065	927	486	440	138	3 528	23,2	20,2	13,0
Août	4 651	1 069	968	547	422	101	3 581	23,0	20,8	9,4
Nov.	4 692	1 029	927	507	420	102	3 663	21,9	19,8	9,9
1998										
Fév.	4 532	950	838	443	395	111	3 582	21,0	18,5	11,7
Mai	4 533	1 010	893	467	426	118	3 523	22,3	19,7	11,7
Août	4 628	1 051	933	514	419	118	3 577	22,7	20,2	11,2
Nov.	4 600	953	845	446	400	107	3 647	20,7	18,4	11,2

Tableau A12 (suite)
 L'activité économique des handicapés âgés de 15 ans et plus sur la période 1992-2000

Mouvements de LFS	Total des handicapés	Population active		Inactifs	Taux d'activité	Taux d'occupation	Taux de chômage			
		Occupée						Sans emploi		
		A temps plein	A temps partiel							
Total		Total		En %						
1999										
Fév.	4 460	879	764	393	371	116	3 580	19,7	17,1	13,2
4 ^e tr.	4 467	882	710	414	296	172	3 585	19,7	15,9	19,5
2000										
1 ^{er} tr.	4 531	869	711	406	305	157	3 662	19,2	15,7	18,1
2 ^e tr.	4 139	773	644	358	286	130	3 366	18,7	15,6	16,8

Source: GUS (1992-2000), Enquête sur la population active.

Tableau A13
Sélection d'indicateurs financiers pour les SWE, 1995–2000

Classification	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Liquidité actuelle	1,60	1,50	1,23	1,19	1,23	1,15
Liquidité à court terme	1,10	1,15	0,78	0,75	0,80	0,80
Bénéf. nets/ventes (%)	9,98	8,17	6,93	6,00	6,40	3,13
Rentabilité nette du capital	0,14	0,14	0,11	0,10	0,10	0,04

Source: PFRON (2001a).

Tableau A14
Sélection d'indicateurs financiers pour les SWE coopératives, 1995–2000

Classification	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Liquidité actuelle	1,65	2,39	1,86	1,64	1,64	1,58
Liquidité à court terme	0,97	1,43	1,15	1,03	1,11	1,11
Bénéf. nets sur ventes (%)	2,88	6,57	5,29	2,99	3,19	1,57
Rentabilité nette du capital	0,03	0,07	0,06	0,03	0,04	0,02

Source: PFRON (2001a).

Tableau A15
Sélection de dépenses du PFRON

Classification	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total en % du PIB	0,17	0,33	0,21	0,18	0,32	0,28	0,28	0,29	0,21
	dont (en %)								
Création de nouveaux emplois	15,8	36,0	20,6	16,8	21,7	16,7	16,2	19,8	7,3
Pour les salaires et les cotisations sociales	2,2	8,3	23,0	13,6	9,2	14,0	15,3	21,9	43,9
Prêts à la création d'entreprises	2,3	2,9	0,8	2,5	2,1	2,0	1,8	1,8	1,4
Paiement d'intérêts sur les prêts aux SWE	3,6	1,3	4,5	4,7	4,3	5,9	5,5	6,6	8,5
Subvention aux SWE	0,0	0,0	0,0	0,0	8,9	18,6	24,4	4,3	0,0
Sauvegarde d'emplois de SWE menacés	0,0	0,0	0,0	1,4	2,8	2,1	0,5	0,8	0,9

Source: PFRON.

Complément

Tableau C1
Éléments clés de la législation concernant l'assurance sociale
des agriculteurs entre 1990 et 2000

Détails	Loi du 20 décembre 1990	Amendements ultérieurs
Durée d'affiliation requise avant l'apparition de l'incapacité de travail	N'importe quelle durée en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. Dans les autres cas, cela dépend de l'âge de l'affilié lors de l'apparition de l'incapacité de travail.	
Conditions supplémentaires	Fin de toute activité agricole. Si toute activité agricole n'a pas pris fin, la part complémentaire des prestations est suspendue en partie ou en entier.	
Critère d'ouverture des droits	Incapacité de longue durée à effectuer des travaux agricoles.	Introduction du concept supplémentaire d'incapacité à effectuer des travaux agricoles.
Types de prestations	Pension permanente: quand l'ayant droit est à cinq ans de l'âge de la retraite ou quand il est classé dans la catégorie d'invalidité n° 1. Pension temporaire: dans les autres cas. La pension temporaire est prolongée d'un an après que la capacité de travail a été recouverte, si le pensionné a mis fin à toute activité agricole.	Même chose qu'auparavant, mais en outre: Pension permanente: quand le critère d'incapacité de travail permanente est respecté.

Tableau C1 (suite)
Éléments clés de la législation concernant l'assurance sociale
des agriculteurs entre 1990 et 2000

Détails	Loi du 20 décembre 1990	Amendements ultérieurs
Montant de la prestation	<p>Le même que dans le cas des pensions de vieillesse:</p> <p>R = élément de cotisation (S) + élément complémentaire (U):</p> <p>S = 1% x Ep x L</p> <p>U = 95% x Ep quand L < 20;</p> <p>U = 95% x Ep - (L - 20) x 0,5%Ep quand L > 20;</p> <p>où:</p> <p>R – pension d'invalidité,</p> <p>Ep – pension de vieillesse minimale dans le régime des salariés,</p> <p>L – périodes d'affiliation.</p> <p>L'élément complémentaire des prestations est supprimé en entier ou en partie, quand le bénéficiaire poursuit son activité agricole.</p>	
Evaluation médicale	ZUS	KRUS

Tableau C2
Les changements législatifs influençant la rééducation professionnelle des handicapés en Pologne
sur la période 1990–2000

Date	Type de changement				Autres
	Droits, définitions, statuts	Etablissement de travail subventionné	Marché normal	Institutions	
1990	Entrée en vigueur d'un train de lois introduisant l'économie de marché le 1 ^{er} janvier				Début des transformations économiques
1991	Loi du 9 mai 1991 sur l'emploi des handicapés et leur retour au travail (Dz.U. de 1991, n° 46, article 201)	Base légale pour établir une SWE: <ul style="list-style-type: none"> • Au moins 40% des employés doivent être handicapés, dont 10% avec une invalidité de catégorie I ou II. 	Système de quota-amende: Toute entreprise ne respectant pas le quota d'employés handicapés de 6% doit payer une pénalité pour	Création du Fonds d'Etat pour la réadaptation des personnes handicapées (PFRON). Nomination d'un Plénipotentiaire du gouvernement pour les personnes	

Tableau C2 (suite)
Les changements législatifs influençant la rééducation professionnelle des handicapés en Pologne sur la période 1990–2000

Date	Droits, définitions, statuts	Etablissement de travail subventionné	Type de changement	Autres
		<ul style="list-style-type: none"> • Obligations concernant la rééducation et l'aménagement du lieu de travail. Subventions au paiement de taux d'intérêts sur les prêts, prêts sur les investissements, etc. 	chaque employé à plein temps manquant. Modification des règles d'accord de prêt pour le lancement d'une entreprise ou d'une activité agricole par une personne handicapée financée par le PROFON.	handicapés

1992

Loi du 15 février 1992 sur l'impôt sur les sociétés (Dz.U. de 1992, n° 106, article 482; avec des amendements): introduisit un impôt sur les sociétés dans le système du fisc

Les SWE sont exemptées du paiement de l'impôt sur les sociétés.

1993

Loi du 8 janvier 1993 sur la Taxe sur la valeur ajoutée et les droits d'accise (Dz.U. de 1993, n° 11, article 50; avec des amendements): introduisit de nouveaux éléments dans le système du fisc

Les SWE sont exemptées du paiement de la TVA.

Tableau C2 (suite)
 Les changements législatifs influençant la rééducation professionnelle des handicapés en Pologne
 sur la période 1990–2000

Date	Droits, définitions, statuts	Etablissement de travail subventionné	Type de changement	Institutions	Autres
1995 Loi du 14 décembre 1994 sur l'emploi et le chômage (Dz.U. n° 25, article 128): entrée en vigueur			Marché normal	Les personnes handicapées peuvent s'inscrire comme chômeurs (si elles n'ont pas droit à une pension d'invalidité) ou demandeurs d'emploi; la formation des handicapés inscrits à l'agence pour l'emploi est financée à partir des ressources du PFRON.	

1997

Loi du 27 août 1997 sur la réadaptation professionnelle et sociale et l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 1997, n° 123, article 776, avec des amendements)

Modification du système de certification des handicaps – distinction entre les certificats délivrés à des fins de protections sociales et ceux délivrés à d'autres fins; Déclaration de la Charte des droits des personnes handicapées du 1^{er} août 1997 par le Parlement.

Extension du système de quota-amende aux entreprises de petite taille (25 employés). Subventions partielles aux entreprises encore plus petites, allant jusqu'à 24 mois de salaire de l'employé présentant un degré moyen ou profond d'invalidité. Possibilité nouvelle de faire subventionner par le PFRON jusqu'à 50% des intérêts d'un prêt bancaire pour le maintien d'une telle activité; Possibilités supplémentaires de financement de formation pour les handicapés;

Le Comité consultatif des personnes handicapées est créé pour représenter la communauté, avec le droit d'émettre un avis sur toutes les lois ou projets de loi concernant les handicapés. Au moins 65% des recettes du PFRON doivent être consacrées à l'amélioration de l'emploi et à la rééducation professionnelle.

Tableau C2 (suite)
Les changements législatifs influençant la rééducation professionnelle des handicapés en Pologne sur la période 1990–2000

Date	Droits, définitions, statuts	Etablissement de travail subventionné	Marché normal	Institutions	Autres
1998					
Loi du 18 juin 1998 portant amendement de la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 1998, n° 99)		Abaissment du nombre total d'employés requis pour avoir le statut de SWE à 20 postes à plein temps et extension de la période minimale de fonctionnement à 12 mois; institution de la ré-attribution (réexamen) du statut de SWE tous les trois ans.	Abaissment du niveau minimal de handicapés employés dans le système de quota-amende dans plusieurs types d'entreprises (dont les écoles et les hôpitaux) à 1 ou 2%.		
Loi du 12 décembre 1997 portant amendement de la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 1997, n° 160)					

1999	<p>Entrée en vigueur de la réforme administrative, de la réforme du système de santé, et de la réforme de la protection sociale.</p> <p>Loi du 6 février 1997 sur l'Assurance générale maladie (Dz.U. de 1997, n° 28, article 153 avec des amendements ultérieurs)</p> <p>Loi du 13 octobre 1998 sur le système de protection sociale (Dz.U. de 1998, n° 137, article 887; avec des amendements ultérieurs)</p> <p>Loi du 13 octobre 1998 sur l'introduction de la réforme de l'administration publique (Dz.U. de 1998, n° 133, article 827, avec des amendements ultérieurs).</p>	<p>La réforme du système de santé allouait obligatoirement une partie de l'impôt sur le revenu aux cotisations du système de santé— les SWE sont tenues de payer des cotisations obligatoires d'assurance maladie pour leurs employés.</p>	<p>Les subventions aux cotisations d'assurance sociale sont financées par le PFRON et par le budget de l'Etat.</p>	<p>Création de nouveaux niveaux de pouvoir local (au <i>voivodies</i> lieu de 49 plus de 200 <i>powiat</i>s) avec décentralisation des ressources.</p> <p>Certaines taxes et ressources pour la réadaptation sont transférées aux gouvernements locaux, qui peuvent désormais déterminer l'emploi d'environ 47% des fonds accordés par le PFRON. Les autorités locales deviennent aussi des partenaires essentiels des ONG dans le domaine de la réadaptation des handicapés.</p>
------	--	--	--	---

Tableau C2 (suite)
Les changements législatifs influençant la rééducation professionnelle des handicapés en Pologne
sur la période 1990–2000

Date	Type de changement				
	Droits, définitions, statuts	Etablissement de travail subventionné	Marché normal	Institutions	Autres
2000					
Loi du 9 novembre 2000 portant amendement de la Loi sur la réadaptation professionnelle et sociale et sur l'emploi des personnes handicapées (Dz.U. de 2000, n° 119).	Institution de règles juridiques pour la création d'établissement de rééducation professionnelle.	Modification des exemptions de TVA. Le paiement de la TVA est partiellement remboursé en fonction du niveau d'invalidité des employés des SWE; une fois le salaire minimum pour chaque employé à plein temps présentant un degré léger d'invalidité; deux fois le salaire minimum en cas de handicap moyen ou important; trois fois le salaire minimum		Depuis 2000, les voïvodes (présidents des 16 régions appelées voïvodies) accordent ou rendent le statut d'établissement de travail subventionné ou d'établissement de rééducation professionnelle. Les agences pour l'emploi sont subordonnées à des unités administratives plus petites (antérieurement	En janvier 2000, le Plénipotentiaire du gouvernement pour les personnes handicapées a lancé un programme d'aide financière aux SWE, financement menacé du fait de modifications de la réglementation sur la TVA.

en cas de handicap profond. Suppression de l'exemption d'impôt sur les sociétés. L'exemption d'impôt sur le revenu s'appliquera exclusivement aux employés des SWE (auparavant, les tra- vailleurs indépendants/ employeurs étaient également exempts d'impôts sur le revenu).	les <i>voivodies</i> , désormais, les <i>stuarostwa</i>)
--	---

Tableau C3
La déclaration d'invalidité

Certificat délivré par	Types d'invalidité	Droits ouverts	Remarques
L'Institut de l'assurance sociale (ZUS)	Incapacité de travail complète et incapacité à vivre en autonomie. Incapacité de travail complète. Incapacité de travail partielle et utilité d'une formation professionnelle continue.	Pension d'invalidité, pension de formation financées par le ZUS. Et autres droits pour les personnes déclarées invalides avant 1998.	Les certificats délivrés par les médecins du ZUS après septembre 1997 sont traités selon le cas comme degré profond, moyen, ou léger d'invalidité dans le cadre d'un emploi dans une SWE ou du système de quota-amende.
L'Institution de l'assurance sociale des agriculteurs (KRUS)	Incapacité de travail dans l'agriculture, complète ou de longue durée.	Pensions d'invalidité Et autres droits si déclaration d'invalidité antérieure à 1998.	Les certificats délivrés avant 1998 sont traités selon le cas comme degré profond ou léger d'invalidité (il n'existe pas de degré moyen d'invalidité).
Les Commissions de certification d'invalidité (dans les <i>powiats</i> et les <i>voïvodies</i>)	Degré profond d'invalidité. Degré moyen d'invalidité. Degré léger d'invalidité.	Prestations autres que pensions, aide sociale, allocation de soins, aide à l'emploi.	Institution également compétente pour les personnes de moins de 15 ans et pour celles qui ne sont pas couvertes par le système d'assurance sociale.

Les défis des politiques de pension d'invalidité: trois études de pays d'Europe de l'Ouest illustrant la bataille contre le surcroît d'invalides

Ilene Zeitzer

1. Introduction

1.1. Les défis des politiques en matière d'invalidité

Les programmes et les politiques d'un pays en matière d'invalidité doivent être considérés dans le contexte de ses politiques dans les domaines du social, du travail et de la justice, et comme un reflet des valeurs et du mode de vie de cette société donnée. La manière dont un pays traite ses citoyens les plus vulnérables – qu'ils soient âgés, pauvres ou handicapés – est aussi très influencée par des objectifs complexes, et parfois concurrents, tels qu'une forte éthique sociale du travail, des tendances charitables, et la solidarité sociale. En vérité, quasiment aucun pays n'a opté pour une seule approche et ignoré les autres. Au contraire, dans presque tous les pays, les programmes et les politiques en matière d'invalidité, tout comme les politiques adoptées envers d'autres catégories vulnérables, constituent une tentative pour trouver le juste équilibre entre ces notions concurrentes. Il est certain qu'en ce qui concerne les politiques en matière d'invalidité, la lutte consiste à élaborer un système équitable pour décider qui doit avoir droit à recevoir des prestations et quel niveau de prestations est convenable.

Toutefois, il faut aussi reconnaître la nature changeante de ce défi. Les programmes et les politiques en matière d'invalidité sont très influencés par la nature évolutive de nombreux facteurs concurrents, tels que la démographie, les changements du marché du travail, les transformations de la nature du travail par la technologie, les hauts et les bas de l'économie etc... Bref, les responsables politiques et les concepteurs de politiques sociales manipulent constamment les programmes de soutien, d'incitation et de dissuasion en réponse aux divers facteurs et problèmes externes et internes tels que: niveau de chômage, nombre de personnes recevant ou demandant des prestations; coûts des programmes; influence des intéressés tels que les employeurs et les syndicats, et pressions de la part des défenseurs des handicapés et des handicapés eux-mêmes.

Les décideurs et les autres personnes qui cherchent à influencer sur la politique sont souvent influencés par ce qui se passe dans d'autres pays. L'ère de l'information a eu pour résultat des échanges rapides et le partage des changements conceptuels majeurs, tout comme des méthodes pour mettre ces changements en œuvre. Par exemple, l'idée d'une protection contre les discriminations comme un droit pour les handicapés est un phénomène relativement nouveau qui a pris ses racines dans le mouvement en faveur des droits de l'homme. Depuis le vote aux Etats-Unis en 1990 de la Loi sur les Américains handicapés, plusieurs pays se sont engagés dans leur propre version de la protection des handicapés contre les discriminations dans divers domaines, tels que l'emploi et l'éducation. De plus, cette nouvelle approche fondée sur le droit a suscité un intérêt qu'on peut qualifier de sans précédent de la part des décideurs de certains pays pour le point de vue des consommateurs ou clients, c'est-à-dire les handicapés eux-mêmes, qui sont les premiers concernés par ces changements de politiques.

Ce rapport sur trois pays d'Europe de l'Ouest – la Hollande, la Suède et le Royaume-Uni – qui ont opéré des changements significatifs dans leurs programmes en matière d'invalidité ces dernières années, adoptera une approche globale. En plus de décrire les influences économiques et les programmes qui ont poussé à ces changements, on considérera aussi d'autres questions, telles que les mesures incitatives ou dissuasives en faveur de l'emploi; l'influence des partenaires sociaux et des autres personnes intéressées; le rôle des consommateurs dans le processus politique décisionnaire; la législation

en matière de droits des handicapés; et le gouvernement en tant qu'employeur modèle de personnes handicapées.

La recherche préalable à cette analyse commença par la lecture intensive des études publiées et, à l'occasion, non publiées, sur les régimes des trois pays en matière d'invalidité. On insista particulièrement sur les études analytiques des questions de politique qui ont dominé la dernière décennie¹. La seconde phase de la recherche consista à rassembler les dernières données disponibles sur chaque programme. Surtout, la phase finale utilisa une série d'entretiens réalisés durant la dernière période de l'année 2001 avec des experts de chaque pays, y compris des universitaires et autres chercheurs, des officiels du gouvernement, des défenseurs des handicapés, des médecins, et des experts juridiques. Le propos des entretiens était d'apprendre de leur propre bouche ce que des experts spécialisés dans leur domaine voyaient comme obstacles et comme solutions possibles aux problèmes de leurs régimes respectifs en matière d'invalidité.

En utilisant ces différentes sources, le présent rapport examine les orientations politiques que chaque pays a choisies pour résoudre les problèmes de ses régimes en matière d'invalidité, en particulier celui du grand nombre de leurs bénéficiaires et des coûts élevés qui vont de pair. Ce rapport est destiné aux décideurs politiques, à leurs partenaires sociaux, et aux autres personnes impliquées dans les stratégies de politique en matière d'invalidité, ce qui explique que les détails techniques aient été réduits au minimum. On s'est plutôt concentré sur les approches réformatrices adoptées par chacun des pays – les politiques et les mesures adoptées, leur justification, et leurs résultats dans la mesure où ils sont connus. Néanmoins, il est prévu que soient publiées séparément des informations détaillées, telles que la description des différents régimes qui fournissent des prestations aux individus handicapés, des critères d'attribution des prestations, des dispositifs liés, comme l'accès à la réadaptation, et des tableaux de données². Après un rapide survol comparatif, on traitera de chaque

¹ Autant que possible, des documents rédigés en anglais furent utilisés, y compris les résumés parus en anglais de textes en langue originale, et/ou, en cas de besoin, des traductions spécifiques.

² La publication de ces rapports suivra celle de cette étude. Ils seront disponibles sur demande au BIT-PECO, Budapest.

pays individuellement dans les sous-sections deux, trois et quatre de chaque grande section. La section finale, section cinq, suggérera quelques leçons, qu'il est possible de tirer des politiques adoptées par les trois pays.

1.2. Les pays et leurs problèmes

Ces vingt dernières années, les programmes de pensions d'invalidité des trois pays ont été continuellement infectés par deux grands problèmes qui sont liés: premièrement, une augmentation croissante et souvent brutale du nombre de nouveaux bénéficiaires d'une pension; et, deuxièmement, le fait qu'une fois bénéficiaires d'une pension, peu de personnes la perdent un jour, ce qui signifie qu'il existe un grand nombre de demandeurs de prestations pour au moins cinq ans. En conséquence, en particulier ces dix dernières années, chacun de ces trois pays a tenté d'imaginer de nouvelles politiques pour traiter ces deux aspects du problème des pensions d'invalidité. Bien qu'ils connaissent, tous les trois, un phénomène similaire, les facteurs de causalité varient dans une plus ou moins large mesure. En outre, les méthodes employées pour tenter de résoudre ces problèmes sont très diverses, et c'est ainsi que le choix de ces pays a été motivé par le fait qu'ils représentent différents modèles de réforme. Dans les trois cas, cependant, il est juste de dire que les stratégies nationales de réforme sont des "travaux en cours" et que, jusqu'à présent, aucun de ces pays n'a atteint le degré de réussite désiré.

L'approche retenue par les Pays-bas dépend de manière très substantielle de l'application de nouvelles règles et de mesures incitatives et dissuasives, soit dans le cadre du régime de pensions d'invalidité lui-même, soit à travers la privatisation de dispositifs ou de parties de dispositifs auparavant publics. Elle repose largement sur la réduction du fardeau financier que constituent les pensions d'invalidité pour l'Etat, par un renforcement des conditions d'ouverture des droits, un passage à la privatisation, et une réduction du niveau des prestations³. La singularité des efforts hollandais, au sens où ils restent largement à l'intérieur du système de pensions lui-même, contraste

³ Quand le gouvernement hollandais a développé cette approche, les réformes qui en ont résulté ont surtout imposé de nouvelles exigences aux employeurs pour qu'ils garantissent la salubrité et la sécurité du lieu de travail par l'emploi d'équipes de médecins et de spécialistes de la santé.

avec les changements effectués en Suède et au Royaume-Uni. Les efforts de réforme ont, dans ces deux pays, et particulièrement au Royaume-Uni, tendu vers une plus grande combinaison de réforme des pensions, d'aides à l'emploi et d'aspects concernant les droits des citoyens.

Les réformes suédoises tentent d'exercer un effet indirect sur le régime de pensions d'invalidité à travers des changements dans le régime des indemnités de maladie, c'est-à-dire l'antichambre qui ouvre sur les prestations d'invalidité. La Suède fournit également un exemple de la manière dont le programme contre l'invalidité peut être utilisé à mauvais escient comme un régime de préretraite, ce qui peut avoir un effet négatif sur le nombre de bénéficiaires de la prestation et sur le coût du programme. Les réformes suédoises continuent à souscrire à la notion de bien-être social dans le contexte d'aides vigoureuses sur le marché du travail, mais ces deux principes sous-jacents exigent de plus en plus un rééquilibrage, tandis que le pays tente de répondre à des pressions économiques et démographiques très fortes. La Suède a également commencé à garantir des droits et des possibilités aux handicapés, mais cet aspect est encore en développement.

Au Royaume-Uni, des efforts récents ont généré un changement: au lieu de faire confiance au renforcement des règles qui avait été entamé par les gouvernements antérieurs, on y a adopté une stratégie qui inclut des programmes gouvernementaux allégés et coordonnés, destinés à aider les handicapés à continuer ou à recommencer à travailler; des projets pilotes et expérimentaux insistant fortement sur l'évaluation et les leçons tirées de l'expérience; un choix accru pour les consommateurs en tant qu'instrument pour améliorer les prestations de services; et de nouvelles réglementations et autorités en matière de droits des citoyens pour s'attaquer à la discrimination et aux obstacles.

1.3. Comparaisons statistiques

Quelques brèves statistiques peuvent fournir une base de départ pour comparer les pays et servir d'arrière-fond pour les analyses. Elles sont tirées d'un rapport de l'OCDE, *Transformer l'incapacité en capacité*, qui était en phase finale de rédaction au moment de la présente publication⁴.

⁴ Voir OCDE (2002).

Parmi les trois pays analysés dans cette étude, les Pays-Bas ont la plus forte proportion de personnes recevant des prestations d'invalidité. Environ 9% des personnes de 20 à 64 ans recevaient une sorte ou une autre de prestation; vient ensuite la Suède avec un peu plus de 8%; et le Royaume-Uni en compte à peu près 6,5%, ce qui est tout juste supérieur à la moyenne de l'OCDE (6%)⁵.

Les dépenses publiques dans les programmes liés à l'invalidité (prestations d'invalidité, indemnités de maladie, indemnités d'accident du travail et programmes liés à l'emploi des handicapés) sont les plus élevées en Norvège, mais la Suède et les Pays-Bas partagent la deuxième place parmi les pays les plus industrialisés avec 4,64% (Pays-Bas) et 4,66% (Suède) de leurs PIB respectifs. Avec 1,54%, le Royaume-Uni est bien en dessous de la moyenne de l'OCDE (2,42%). En proportion des dépenses totales de protection sociale, les programmes liés à l'invalidité représentent 19% aux Pays-Bas, 15% en Suède, et 6% au Royaume-Uni (voir Tableau 1).

Tableau 1
Les dépenses publiques pour les régimes et dispositifs liés à l'invalidité (1999)

	Ensemble des régimes et dispositifs liés à l'invalidité	
	En pourcentage du PIB	En pourcentage des dépenses publiques totales de protection sociale
Pays-Bas	4,64	19
Suède	4,66	15
Royaume-Uni	1,54	6
OCDE (20)	2,42	11

Source: OCDE (2002), Tableau 2.1.

Au point de vue de l'insertion économique des handicapés, la Suède et les Pays-Bas sont les deux meilleurs pays: le revenu moyen des ménages comprenant un handicapé représente 96% de celui des ménages sans handicapé. Le taux

⁵ OCDE (2002), Figure 3.13.

de 78% au Royaume-Uni est relativement faible, rapporté à la moyenne de l'OCDE (86%)⁶.

La Suède est le pays qui réussit le mieux à faire en sorte que les handicapés soient impliqués dans divers dispositifs en faveur de l'emploi (subventionné, aidé ou en atelier spécial): 1,6% de la population est employé dans le cadre de dispositifs financés par l'Etat. Ce chiffre est de 0,92% pour les Pays-Bas, qui s'appuient largement sur des emplois à part dans un environnement protégé. Au Royaume-Uni, 0,12% de la population est employé dans le cadre de programmes financés par l'Etat⁷.

De même, les dépenses publiques pour des dispositifs liés à l'emploi des handicapés sont les plus élevées en Suède (environ 14% des dépenses liées à l'invalidité), sont également élevées en Hollande (près de 11%), tandis qu'elles sont très faibles au Royaume-Uni (1,5%). La moyenne dans l'OCDE en 1999 était de 6,5% (voir Tableau 2).

Tableau 2
Dépenses pour les dispositifs liés à l'emploi des handicapés
(en pourcentage du total des dépenses liées à l'emploi, 1999)

Pays-Bas	10,8
Suède	13,8
Royaume-Uni	1,4
OCDE (7)	6,5

Source: OCDE (2002), Figure 5.3.

⁶ En ce qui concerne la source de ce revenu, les trois pays sont similaires, en ce que les revenus du travail représentent environ la moitié du montant total. Dans le cas des Pays-Bas, les prestations d'invalidité constituent la deuxième source de revenu; en Suède, il s'agit des pensions de retraite; et, au Royaume Uni, d'autres allocations, telles que les prestations familiales et les allocations de parent seul. Voir OCDE (2002), Figure 3.2.

⁷ Voir OCDE (2002), Tableau 5.3.

2. Les Pays-Bas

2.1. *Introduction: combattre le mal hollandais*

De tous les pays d'Europe de l'Ouest qui ont essayé de réformer et de rénover leurs programmes de protection sociale en matière d'invalidité, aucun n'a fait un effort plus vigoureux, plus soutenu, que les Pays-Bas, et à juste titre. Sur une population totale de 15,5 millions d'habitants, parmi lesquels moins de sept millions appartiennent à la population active, quelques 924 000 personnes ont demandé des prestations d'invalidité en 1999. Les experts hollandais s'attendent à ce que le seuil du million soit franchi en 2003⁸. Pour dire les choses simplement, le nombre de bénéficiaires de l'invalidité rapporté au nombre de personnes qui travaillent est trop élevé. De plus, les Pays-Bas comptent aussi un nombre extrêmement élevé d'individus qui perçoivent un salaire en période de maladie. En 1993, année où le coût total des indemnités maladie et des prestations d'invalidité seules s'élevait à 35 milliards de florins, le Premier ministre de l'époque déclara: «La Hollande est malade».

2.1.1. Le marché du travail et les facteurs démographiques

Il faut aussi reconnaître que les Hollandais sont parmi les plus travailleurs d'Europe. En fait, la taille de la population active hollandaise a augmenté significativement durant les 10 années entre 1988, quand elle était de 5,8 millions, et 1998, époque à laquelle elle avait crû jusqu'à atteindre 6,9 millions. La plus grosse part de cette croissance peut être attribuée à une augmentation du taux d'activité (c'est-à-dire du nombre de travailleurs ayant un emploi en proportion de la population totale des 15–64 ans). Alors qu'au milieu des années 1980, 70% des Hollandais et 35% des Hollandaises exerçaient une activité rémunérée, le taux de participation augmenta jusqu'à atteindre 76% chez les hommes et 53% chez les femmes en l'an 2000. Pour les hommes, cette augmentation a été la plus brutale dans les tranches d'âge des 25–35 et des 45–55 ans, à raison de 5 à 6%, alors que, pour les femmes, une augmentation d'environ 20% caractérise uniformément toutes les tranches d'âge.

⁸ Van Oorschot et Boos (2001: 54).

Coïncidant avec cette hausse, se produit également une expansion sans précédent du travail à temps partiel⁹. Actuellement, les Pays-Bas ont la plus grande proportion d'emplois à temps partiel parmi les pays industrialisés, avec un taux de 36,5%, suivis par les pays scandinaves. Une des explications est que, selon la nomenclature hollandaise, une semaine de 35 heures ou moins est considérée comme du temps partiel, à la différence du Canada, par exemple, où ce seuil est de 30 heures par semaine. Mais une incitation plus significative pour les employés à choisir des emplois à temps partiel est qu'aucune discrimination n'est permise entre employés à temps partiel et à temps plein aux Pays-Bas. Par conséquent, les travailleurs à temps partiel ont droit au même salaire horaire et aux mêmes avantages sociaux que les employés à temps plein.

En raison de cette condition favorable, il n'est pas surprenant que les emplois à temps partiel aient du succès auprès des Hollandaises et des Hollandais. Aujourd'hui, plus de 75% des emplois à temps partiel sont tenus par des femmes, ou, si l'on adopte un autre point de vue, 68% des femmes employées travaillent à temps partiel. Les Hollandais tirent également profit de ces possibilités de travail à temps partiel; 20% des employés masculins travaillent déjà à temps partiel, ce qui est assez élevé par rapport à la norme internationale.

Les Hollandais sont aussi hautement productifs. Bien que les Pays-Bas soient le 55^e pays du monde par la population, leur économie se classe 12^e¹⁰. Ainsi, c'est en dépit, ou peut-être à cause de leur productivité élevée que l'absentéisme pour cause de maladie et le taux d'invalidité y sont parmi les plus élevés des pays industrialisés. Certains affirment que la productivité élevée qu'on connaît aux Pays-Bas a eu pour conséquence des niveaux élevés de stress qui se manifestent par plus d'absentéisme pour raison médicale et une plus grande demande de prestations d'invalidité. Malgré cette manifestation par de telles demandes, les statistiques du pays en matière de santé, par exemple en ce qui concerne le taux de morbidité, sont tout à fait conformes à celles des pays occidentaux voisins.

⁹ Hayden (1999).

¹⁰ Geurts et coll. (2000: 81–82).

2.1.2. Les régimes en matière d'invalidité au sein du système de protection sociale

A la différence des assurances invalidité de la plupart des autres pays occidentaux, le système hollandais ne fait pas de distinction selon la cause de l'invalidité, c'est-à-dire selon qu'elle est née à l'occasion du travail (risques professionnels) ou relève d'autres événements, tels que les blessures au sport (risques sociaux). En d'autres termes, les régimes d'invalidité hollandais couvrent tout accident de santé ayant pour conséquence une perte de la capacité de gagner sa vie, quelle qu'en soit la cause. La solidarité s'est également concrétisée par le fait que le seuil, c'est-à-dire le niveau minimal de perte de capacité de travail donnant accès aux prestations, a été fixé à un niveau très bas (à 15 ou 25% en fonction du régime). En même temps, la responsabilité constitutionnelle incombant à l'État de garantir les résidents contre la pauvreté a sans aucun doute contribué à l'instauration de niveaux de remplacement très élevés sous le régime de l'invalidité, même si, de ce point de vue, les Pays-Bas ne sont pas le seul cas parmi les pays d'Europe de l'Ouest¹¹.

Le principal régime d'invalidité est le WAO (*Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering*), qui couvre tous les salariés. Les travailleurs indépendants et les personnes handicapées depuis l'enfance sont couverts par deux régimes distincts, appelés respectivement WAZ et Wajong¹². Si un salarié est en congé maladie depuis 52 semaines, il peut être déclaré admissible aux prestations d'invalidité sous le régime du WAO¹³. Toutefois, selon un mode qui paraît

¹¹ De plus, à l'origine, l'ouverture du droit à la couverture par le programme tant maladie qu'invalidité n'exigeait pas un nombre minimal d'années de travail ni de cotisations, ce qui signifie que tous les membres de la population exposés au risque étaient pleinement couverts. Aarts et coll. (1996: 23).

¹² Le *Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen* (WAZ) est fait pour les travailleurs indépendants, et le *Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten* (Wajong) pour les personnes qui sont handicapées lors de leur dix-septième anniversaire, ou qui étaient étudiants au moment où ils sont devenus handicapés.

¹³ Au bout de 38 semaines d'indemnités maladie, le médecin du patient est supposé envoyer un rapport à l'assurance sociale pour indiquer que l'assuré demandera vraisemblablement des prestations d'invalidité. L'assuré doit alors formuler sa demande, un examen est programmé et ses droits aux prestations sont déterminées.

unique parmi les régimes d'assurance sociale, à aucun moment du processus de demande de prestations tant maladie qu'invalidité dans le cadre du WAO, il n'est exigé de certificat médical ni de feuille de soins d'aucune sorte. Il existe sept catégories d'invalidité, allant de 15%, comme on l'a noté précédemment, à 80–100% pour les personnes complètement handicapées. Aujourd'hui, l'allocation maximale (pour les personnes handicapées à 80–100%) est égale à 70% du salaire antérieur. Le WAO est financé par les cotisations que versent à la sécurité sociale les employeurs, qui sont évalués selon leurs antécédents, de sorte que ceux qui ont les taux d'invalidité les plus élevés parmi leurs salariés cotisent le plus.

2.2. *Les défis des politiques et les réformes*

Alors que les facilités d'accès aux prestations et la générosité des prestations sont sans aucun doute des facteurs qui expliquent le haut niveau du taux d'invalidité aux Pays-Bas, c'est la réaction hollandaise à l'embargo sur le pétrole et à la récession mondiale de la fin des années 70 et du début des années 80 qui s'en est suivi, qui ont catalysé un grand nombre des problèmes rencontrés aujourd'hui. Confrontés à un niveau de chômage qui dépassait 12% au début des années 1980, les hommes politiques hollandais choisirent de détourner de nombreux demandeurs d'emploi, notamment les plus âgés, vers le régime de l'invalidité. Cette stratégie fut considérée comme une alternative bien plus acceptable politiquement, notamment parce que les indemnités de chômage étaient limitées dans le temps et pouvaient, dans des cas individuels, expirer avant que la récession prît fin. Cet expédient politique se traduit par une augmentation constante du nombre de bénéficiaires du WAO, qui passa de 215 400 en 1970 à 763 500 en 1985¹⁴. Toutefois, l'importance du nombre de personnes touchant une indemnisation au titre de l'invalidité était compensée par la relative modestie du nombre d'individus touchant l'allocation chômage.

Depuis cette époque, le gouvernement hollandais a fait de nombreuses tentatives pour réduire la générosité des prestations et pour rendre les règles régissant l'ouverture des droits plus sévères. Néanmoins, le nombre de

¹⁴ LISV (2000: 98), Tableau 5.1. "Kerncijfers Arbeidsongeschiktheids-wetten."

bénéficiaires est demeuré élevé et, hormis quelques années au milieu des années 1990, il a continué à augmenter (voir Tableau 3).

Tableau 3
Bénéficiaires invalidité du WAO¹⁵

Année	Actuels	Nouveaux	Sortis
1990	731 300	101 200	71 900
1991	750 500	103 300	83 900
1992	757 300	88 600	82 400
1993	763 400	93 000	87 200
1994	736 200	70 600	96 700
1995	702 200	64 000	97 300
1996	697 200	73 900	78 600
1997	701 300	78 100	70 100
1998 (a)	728 800	99 900	80 500
1999	744 100	91 500	72 100
2000 (b)	767 000	95 700	72 900

(a) A partir de 1998, comprend les salariés du public.

(b) Les données de 2000 sont des estimations.

Source: Tiré de LISV (2000: 100), Tableau 5.2.

Les réformes adoptées par le gouvernement hollandais dans un effort pour réduire le nombre de bénéficiaires sont décrites ci-après.

¹⁵ Comme on l'a expliqué, les bénéficiaires du WAO sont assurés en vertu du fait qu'ils sont salariés. Les travailleurs indépendants et les personnes handicapés depuis l'enfance sont couverts par des régimes d'invalidité distincts.

2.2.1. Les indemnités de maladie

2.2.1.1. *Le régime d'origine*

Comme c'est le cas dans la plupart des pays européens, les travailleurs hollandais qui tombaient malades ou étaient frappés d'une incapacité avaient droit à des indemnités de maladie en espèces qui étaient, jusqu'à la privatisation qui va être décrite, versées à travers un système national, le Régime national d'indemnités de maladie (ZW). L'ouverture des droits aux indemnités était mesurée à l'aune de la capacité du salarié à exécuter le travail "normal", et aucun certificat médical n'était exigé. Les indemnités de maladie pouvaient être versées du premier jour de maladie jusqu'à un an maximum. Le niveau des indemnités consistait en un certain pourcentage du salaire antérieur, 70% étant le maximum. Néanmoins, il était courant que des conventions de travail collectives complètent celles-ci jusqu'à 100%.

Une étude comparative réalisée en 1990 découvrit que les Hollandais avaient des congés maladie à la fois plus fréquents et plus longs que les Belges ou les Allemands, peut-être sous l'effet de certains facteurs-clés: (1) un certificat médical n'était pas requis aux Pays-Bas; (2) la plupart des travailleurs hollandais percevaient un revenu de remplacement complet du premier au dernier jour, alors que le taux de remplacement du salaire à l'époque tombait, en Belgique, à 60% après quatre semaines d'absence, et, en Allemagne, à 80% après six semaines d'absence. Un autre facteur significatif était constitué par le fait que, dans ces deux pays, le revenu de remplacement en cas de transfert au régime de l'invalidité était nettement moins avantageux qu'aux Pays-Bas. Enfin, en Belgique et en Allemagne, les employeurs avaient plus de mesures disciplinaires à leur disposition (licenciement compris) que leurs homologues des Pays-Bas¹⁶.

2.2.1.2. *Privatisation*

Rendu inquiet par l'importance du taux d'absentéisme pour maladie, le gouvernement hollandais fit subir des modifications significatives au ZW en 1994 à travers la Loi sur la réduction des congés de maladie (TZ). L'objectif

¹⁶ Prins (1990).

était de transférer aux employeurs individuels (ayant 16 employés ou plus) la responsabilité de verser au moins 70% de leur salaire aux employés malades durant les six premières semaines d'absence¹⁷. Ce transfert de responsabilité était destiné à donner aux employeurs un motif financier pour tenter de réduire les congés maladie. Dans le schéma de cotisation antérieur, les taux étaient différenciés sur la base des risques associés à certains types spécifiques d'activités, mais pas en fonction des antécédents des entreprises considérées individuellement. Par conséquent, le gouvernement avait le sentiment que les employeurs individuels n'avait pas de motif pour décourager ou empêcher les congés de maladie. La TZ signifiait que les employeurs devaient soit payer les travailleurs absents directement, soit contracter une assurance auprès d'un assureur privé pour couvrir cette responsabilité. En plus de transférer cette charge financière aux employeurs, la TZ exigeait aussi que ces derniers élaborent et appliquent de nouvelles politiques pour maîtriser les congés de maladie¹⁸.

Cette privatisation partielle de l'assurance des indemnités de maladie eut au début l'effet désiré: le nombre de demandeurs d'indemnités de maladie chuta, passant de 345 000 en 1993 à 175 000 en 1994, tandis que le nombre total d'employés malades diminua, passant de 345 000 à 290 000¹⁹. En mars 1996, le gouvernement, dans l'espoir qu'une poursuite de la privatisation stimulerait une baisse encore plus importante, étendit la période de responsabilité de l'employeur en matière de versement des indemnités de maladie, des six semaines initiales à 52 semaines.

Toutefois, cette seconde mesure n'eut aucun résultat positif supplémentaire. Cela est apparemment dû au fait que l'effet de la première mesure sur le comportement avait déjà eu lieu: 80% des employeurs s'étaient alors réassurés contre le risque en question auprès d'une compagnie d'assurance privée. Les experts hollandais en politiques sociales consultés pour cette étude s'accordent à dire que, depuis quelques années, le nombre de bénéficiaires des indemnités

¹⁷ La période de coassurance était de deux semaines pour les employeurs ayant 15 employés ou moins.

¹⁸ De manière spécifique, la Loi sur les conditions de travail (1994), votée en même temps que la TZ, et qu'on décrira plus loin, obligeait les employeurs à engager un prestataire privé de services de soins professionnels pour les aider à gérer l'absentéisme.

¹⁹ Van Oorschot et Boos (2001: 58).

de maladie grimpe à nouveau²⁰. Une très récente étude montre que la tendance est de nouveau à la hausse, mais avec une diminution globale nette de 25% depuis le début des années 1990²¹.

Il vaut la peine de noter que la période d'indemnisation maladie d'un an correspond à la période officielle d'attente avant que l'ayant droit puisse prétendre aux prestations d'invalidité. Par conséquent, le système d'indemnités de maladie alimente le programme contre l'invalidité, puisqu'il est très probable que les bénéficiaires de longue durée du premier déposent une demande de prestations d'invalidité un peu avant la fin de l'année²².

2.2.2. La Loi sur les conditions de travail

En 1994, fut introduite une nouvelle Loi sur les conditions de travail en conjonction avec la TZ. Elle imposait aux employeurs la responsabilité de prévenir maladies et invalidité parmi leurs salariés. Cette loi exigeait des employeurs qu'ils créent un environnement de travail sûr et salubre et qu'ils élaborent une politique spécifique de lutte contre l'absentéisme. Elle les obligeait aussi à payer les services d'une société agréée de services de santé professionnelle (SSP), nommée *arbodienst*, ou à créer leur propre service. La Loi initiale fut suivie de révisions qui accrurent encore davantage les responsabilités des employeurs de ce point de vue. Ces lois étaient motivées par l'opinion selon laquelle les niveaux élevés des taux de maladie et d'absentéisme résultaient de ce qu'on accordait trop d'importance à la fourniture de prestations et pas assez à la prévention et à la réinsertion professionnelle.

Les sociétés de service de santé (SSP) sont censées avoir des équipes multidisciplinaires ayant une expertise en médecine du travail, sécurité du travail, hygiène et dans les questions du travail. Parmi les pays adoptant cette approche, la Hollande est le premier à exiger que les équipes comprennent des psychologues des organisations spécialisées dans les questions du travail. Ceux-ci

²⁰ Toutefois, en vertu du transfert de responsabilité du secteur public aux employeurs, il est à présent beaucoup plus problématique de recueillir de telles données.

²¹ Veerman et Besseling (2001: 89).

²² Néanmoins, les résultats des élections 2002 sont susceptibles de modifier cela. Le gouvernement a déjà annoncé son intention d'augmenter la période de responsabilité de l'employeur en matière de congé maladie d'un an, comme actuellement, à deux ans.

ont pour tâche d'améliorer le niveau de sécurité et de salubrité du lieu de travail afin d'assurer le bien-être des travailleurs. La Loi insiste sur les facteurs de risque psycho-sociaux et sur les mesures préventives fondées sur l'organisation, plutôt que sur les mesures curatives individuelles²³. Les employeurs sont obligés de procéder à un inventaire et à une évaluation systématique des risques pesant sur la sécurité, la santé et le bien-être des employés au travail. Ils ont aussi l'obligation de recourir à l'assistance de SSP professionnelles qui offrent au minimum quatre services (contrat minimum): l'évaluation systématique des risques mentionnée précédemment; l'accompagnement médico-social et la réadaptation des employés malades; des examens périodiques volontaires médico-psycho-sociaux; et une "heure de réception" hebdomadaire ouverte à tous²⁴.

2.2.3. Les prestations d'invalidité de longue durée

Tout comme les inquiétudes causées par le nombre élevé d'individus touchant des indemnités de maladie avaient suscité des tentatives en vue de réduire ce programme, de même, des inquiétudes similaires contribuèrent à faire naître de nouvelles tentatives pour maîtriser les pensions d'invalidité. Les premières mesures en ce sens furent prises en 1985, quand le taux de remplacement du salaire fut abaissé, passant de 80% à 70%, sous un plafond de pension maximal. Toutefois, en vertu de conventions de travail collectives, de nombreux travailleurs continuèrent à percevoir 100% de leur salaire antérieur, au moins pour une période limitée.²⁵ Par conséquent, cette mesure s'avéra très peu efficace pour réduire le nombre d'ayants droit ou de bénéficiaires de l'invalidité, et, ainsi, des mesures plus strictes durent être adoptées.

En 1987, fut abolie une disposition qui avait trait aux personnes partiellement handicapées qui ne travaillaient pas. Avant cette abolition, de tels individus avaient droit à une pension d'invalidité liée aux gains antérieurs, tant que durait leur handicap. Ce qui justifiait cela, c'est le fait qu'à cause de leur déficience, leurs perspectives sur le marché du travail étaient très réduites. Cette politique libérale incitait de tels individus à demander des pensions d'invalidité plutôt que des indemnités de chômage pour deux raisons: (1) les premières étaient

²³ Geurts et coll. (2002: 88).

²⁴ Geurts et coll. (2002: 89).

²⁵ Bloch et Prins (2001: 17).

plus lucratives, et (2) elles n'étaient pas limitées dans le temps²⁶. Depuis la modification de 1987, les travailleurs partiellement handicapés qui sont sans travail peuvent seulement prétendre à des pensions d'invalidité partielles, plutôt que complètes, liées au salaire, et celles-ci doivent être combinées avec une indemnité de chômage limitée dans le temps. Quand cette dernière arrive à expiration, les ayants droit partiellement handicapés doivent alors demander une aide sociale qui est fonction du revenu, ce qui a souvent pour effet une diminution significative des revenus. Malheureusement, aucune de ces mesures n'eut pour effet, comme cela était souhaité, de réduire le nombre de demandeurs de pensions d'invalidité, et le gouvernement dut donc prendre des mesures plus draconiennes.

En mars 1992, entra en vigueur la Loi sur la réduction du nombre d'ayants droit aux prestations d'invalidité (TAV). L'objectif en était d'inciter tant les employeurs que les employés à éviter les congés de maladie autant que possible et à maintenir les personnes partiellement handicapées dans leur emploi ou à assurer leur retour à l'emploi²⁷. L'idée était d'offrir des avantages aux employeurs qui contribuaient à réduire les demandes de prestations d'invalidité et de pénaliser ceux qui contribuaient au gonflement des effectifs. En substance, un système de bonus et de malus fut institué, qui attribuait des subventions de 20% aux employeurs qui recrutaient des travailleurs handicapés, mais qui donnait aussi des amendes aux employeurs qui licenciaient des travailleurs qui avaient contracté un handicap. Les amendes étaient impopulaires parmi les employeurs et leur administration se révéla lourde, en conséquence de quoi la mesure fut abolie en 1995.

En août 1993, une deuxième loi, la Loi sur la réduction des demandes de prestations d'invalidité (TBA) fut votée. La TBA contient un certain nombre de dispositions qui ont pour effet tant de rendre les conditions d'ouverture des droits aux prestations plus restrictives que de limiter la durée et le niveau d'indemnisation. De manière spécifique, la TBA:

²⁶ La période maximale durant laquelle on peut percevoir des indemnités de chômage est de 4,5 ans, en fonction du nombre d'années de travail effectuées, tandis que cette période, pour la plupart des gens, varie en moyenne entre 2 et 2,5 ans.

²⁷ Association internationale pour la protection sociale (*International Social Security Association*) (1995: 23).

1. *Elargit la définition de "travail convenable"* (prise en compte pour déterminer le degré d'incapacité de travail) pour y inclure toute sorte de "travail généralement accepté" qui peut être effectivement entrepris par le bénéficiaire, sans considération du niveau d'instruction, de la qualification, du travail antérieur, ni des conditions du marché du travail. Avant cette législation, on n'attendait pas des ayants droit qu'ils prennent un emploi qui fût très en dessous de leur niveau d'instruction, de qualification ou de carrière. Ainsi, la nouvelle loi rendit de nombreuses personnes soit incapables de prétendre à des indemnités; soit capables de prétendre à des indemnités partielles seulement, plutôt que complètes; soit capables de prétendre à des indemnités partielles d'un niveau moindre puisque plus de métiers étaient pris en considération qu'auparavant;
2. *Exigeait que le lien entre le handicap de la personne et son incapacité de travail fût direct et objectivement établi.* En d'autres termes, l'incapacité de travail devait être le résultat médical direct d'une maladie ou d'une déficience. Il s'agissait là d'une tentative pour limiter ce qui était jugé comme de la subjectivité excessivement généreuse de la part des examinateurs de l'invalidité;
3. *Accordait des indemnités d'invalidité à titre temporaire, le maintien des droits étant suspendu aux résultats d'examens périodiques.* La durée de l'indemnisation est provisoirement limitée à cinq ans, après quoi une nouvelle demande doit être soumise et une nouvelle évaluation est alors exigée;
4. *Exigeait que toutes les personnes ayant moins de 50 ans qui recevaient déjà des prestations d'invalidité à la date du 1er août 1993, soient réexaminées sur la base des nouveaux critères ;*
5. *Liait le montant et la durée de la prestation d'invalidité, pour les travailleurs ayant moins de 50 ans, à l'âge de l'ayant droit et aux périodes de travail antérieures.* Par exemple, après une certaine période durant laquelle le niveau de la prestation est égal à 70% du dernier salaire touché, celui-ci est ramené, au moyen d'une formule complexe, quelque part entre le montant de la prestation antérieure et 70% du salaire minimum légal, en fonction de l'âge de l'ayant droit. Quand cette prestation liée aux gains arrive à son terme, les personnes reçoivent une "prestation de suivi" d'un niveau moindre, aussi longtemps que dure l'invalidité. La différence

entre le niveau de remplacement antérieur de 70% et la prestation de suivi liée à l'âge fut surnommée le trou du WAO. Pour environ 80% des employés, des conventions de travail collectives ont été utilisées pour "boucher" ce trou par le recours à l'assurance privée. Pour les personnes ayant plus de 58 ans, la durée des prestations est limitée à un maximum de six ans, après quoi elles peuvent prétendre à une pension d'Etat.

Au début, le renforcement important des règles par la TBA atteignit les objectifs souhaités, à savoir diminuer le nombre de bénéficiaires d'une prestation d'invalidité et réduire les dépenses du programme. Par exemple, en 1994, une étude menée par le Conseil de surveillance de la Sécurité sociale révéla que parmi les bénéficiaires de l'invalidité de première catégorie ayant moins de 50 ans, dont les prestations furent réexaminées selon les nouvelles normes, 47% perdirent entièrement leur prestation ou virent leur prestation diminuer. L'économie pour cette année seule s'éleva à 330 millions de florins, soit 1,5% de la dépense totale²⁸. Le durcissement de la procédure et des critères d'admission se traduisit également par une baisse mesurable de la probabilité de se voir attribuer une prestation: d'environ 85% avant 1993 à 71% après 1993. En outre, ces restrictions causèrent une diminution du degré moyen d'invalidité, d'environ 70% avant 1993 à environ 58% après²⁹. Les économies continuèrent en 1995–96, mais, dès 1997, le nombre de nouveaux ayants droit à l'invalidité était de nouveau supérieur au nombre de sortants (voir Tableau 3 *supra*). Néanmoins, parce que la taille de la population active était en augmentation au milieu des années 1990, la proportion des bénéficiaires de l'invalidité au sein de la population active diminua, passant de 13,5% en 1993 à 11,9 percent en 1997.

2.2.4. La Loi sur la différenciation des primes d'assurance et la régulation par le marché (PEMBA)

Etant donné l'augmentation des chiffres, une fois de plus, une législation fut introduite pour tenter de maîtriser l'afflux de nouveaux ayants droit à l'invalidité.

²⁸ International Social Security Association (1995: 25).

²⁹ Doeschot (2001: 8).

En 1998, fut votée la Loi sur la différenciation des primes d'assurance et la régulation par le marché (PEMBA). Son but est de réduire le nombre d'ayants droit à l'invalidité en rendant les employeurs responsables de la prévention contre l'invalidité et de la réintégration des travailleurs handicapés. En vertu de cette nouvelle législation, ils se voient attribuer une responsabilité individuelle plus grande, puisque leurs cotisations au WAO, qui auparavant étaient les mêmes pour tous les employeurs d'une même branche, sont maintenant proportionnelles, tant au risque existant dans leur branche qu'à leurs propres antécédents. Par conséquent, tant les entreprises individuelles que les secteurs d'activité qui génèrent le plus de demandes de prestations d'invalidité, paient des taux de cotisations plus élevées.

La loi permet aussi aux employeurs de réduire leurs coûts en prévenant les demandes de prestations d'invalidité. Une telle prévention peut être réalisée par l'amélioration des conditions de travail ou par l'aménagement des lieux de travail en vue d'embaucher des travailleurs handicapés. En outre, la PEMBA permet aux employeurs de choisir de sortir du régime du WAO durant les cinq premières années et d'assumer à sa place la responsabilité financière des demandes de prestations d'invalidité de la part de leurs employés. Le gouvernement hollandais prévoit que cette disposition causera une diminution de 10–15% du nombre de demandes de prestations d'invalidité de longue durée. Toutefois, une étude fut publiée en 1999, qui révéla que seulement 8% des employeurs pensaient que la PEMBA déboucherait sur une amélioration des perspectives d'emploi pour les handicapés, tandis que 60% d'entre eux jugeaient qu'elle constituait une raison pour examiner davantage les nouveaux employés en tant que présentant un risque de maladie ou de handicap³⁰.

Prévoyant que les employeurs avaient des chances de réagir en recourant à des méthodes de sélection pour éviter la prise de risque (c'est-à-dire de refuser d'embaucher des personnes handicapées), le gouvernement fit voter la Loi sur les visites médicales en 1998. Cette loi stipule que les candidats à l'embauche ne doivent être soumis à une visite médicale que si l'emploi en question exige spécifiquement une aptitude physique spéciale. Néanmoins, l'étude citée plus haut révéla que «44% des employeurs disaient que les visites

³⁰ Cité dans van Oorschot et Boos (2001: 58).

médicales et les questions sur l'état de santé étaient, en fait, la norme», signifiant par-là qu'ils y ont recours pour repérer et exclure les candidats ayant des problèmes de santé ou des déficiences. Ainsi, tandis qu'il se peut que la PEMBA réduise les coûts agrégés de l'assurance invalidité, il semble peu probable qu'elle ait un effet positif pour ce qui est d'aider des travailleurs ayant des problèmes de santé préalable ou un handicap à trouver un nouvel emploi³¹.

2.2.5. Les mesures de réinsertion professionnelle

2.2.5.1. *Les efforts passés*

De manière caractéristique, le recours à des politiques contraignantes destinées à réduire l'afflux de nouveaux ayants droit à la prestation d'invalidité est contrebalancé par des efforts destinés à aider les personnes handicapées à accéder ou à retourner au travail. C'est pourquoi les pays qui souhaitent améliorer le climat de la politique en matière d'invalidité sont généralement très actifs pour prendre des mesures afin de réintégrer les travailleurs handicapés dans la population active, de peur qu'ils se contentent de troquer un type de dépendance pour un autre, tels que les indemnités de chômage ou l'aide sociale. Toutefois, parmi les pays industrialisés, la Hollande a été assez en retard en ce qui concerne la promotion de politiques encourageant les travailleurs handicapés à travailler dans l'économie normale. De telles politiques ne furent pas introduites avant 1986, date à laquelle la Loi sur les travailleurs handicapés (WAGW) fut associée à la révision de 1987 du WAO. Même alors, la WAGW, tout en affirmant les droits des handicapés et les responsabilités incombant à la société de favoriser l'égalité des chances, la solidarité et ainsi de suite, contenait très peu en termes de mesures spécifiques. A la place, elle chargeait les syndicats et les employeurs de favoriser l'égalité des chances et d'élaborer des stratégies pour garder et/ou former à nouveau les travailleurs qui contractaient un handicap. Elle fixait également des quotas variant entre 3 et 7%, selon le type d'activité (les quotas les plus élevés s'appliquaient aux métiers dans les bureaux), mais les quotas ne furent jamais appliqués.

³¹ C'est aussi la conclusion à laquelle parviennent van Oorschot et Boos (2001: 57).

Même si l'efficacité de la WAGW comme mesure de réinsertion fut minimale, cette loi fut importante, car ce fut la première fois que le gouvernement 1) témoigna d'une inquiétude devant la croissance du nombre de demandeurs de l'invalidité; et (2) reconnut la nature limitée des perspectives des handicapés sur le marché du travail en période de chômage élevée, et la nécessité d'intervenir pour les aider.

2.2.5.2. Les efforts récents de réinsertion

En 1998, la Loi sur la réinsertion des handicapés (REA) prévoit de nouvelles incitations à la fois pour les employeurs et pour les travailleurs. Du côté des employeurs, elle affectait une somme d'argent forfaitaire à les aider à embaucher des handicapés, en payant pour l'aménagement du lieu de travail et pour les travaux destinés à en faciliter l'accès. Si le coût réel est inférieur à la subvention, l'employeur peut garder la différence; en revanche, si le coût réel dépasse le montant forfaitaire, le surplus est remboursé. En outre, les indemnités de maladie versées aux travailleurs handicapés embauchés sont payées par la Caisse nationale maladie et non par l'employeur, mesure qui neutralise, de fait, toute inquiétude selon laquelle de telles embauches pourraient engendrer des coûts salariaux supplémentaires. Si un employeur paie plus de 5% du total de ses coûts salariaux à des employés handicapés, il peut alors prétendre à une réduction de ses cotisations au WAO. La REA contient aussi des dispositions incitant les personnes handicapées à accroître leurs possibilités d'emploi. Un "budget lié à la personne", expérimental, est attribué aux individus handicapés pour leur permettre d'acheter des services qui augmentent leurs chances d'emploi.

2.2.6. La Loi sur l'affiliation des fonctionnaires à l'assurance des employés

En 1996, débuta un processus suivant lequel les employés du secteur public furent progressivement soumis au même régime de protection sociale que les travailleurs, assurés, du secteur privé. L'égalisation des conditions de protection sociale pour les employés du public et du privé fut achevée en janvier 1998. Même si l'on pouvait s'attendre à ce que l'inclusion de nouveaux travailleurs se traduise par une augmentation du nombre de nouvelles demandes d'invalidité, il est avéré que les employés du secteur public ont contribué d'une manière

disproportionnée à l'allongement des listes de prestataires du WAO. La raison en sera examinée dans la section suivante.

2.3. Pourquoi une nouvelle augmentation du nombre de prestations d'invalidité ?

Comme on peut l'observer dans le Tableau 3, le nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité a chuté au milieu des années 1990, apparemment en réponse aux mesures de réforme. A la fin des années 90, toutefois, les chiffres ont recommencé à grimper et, à présent, ils sont supérieurs au niveau d'il y a dix ans. Le gouvernement hollandais continue donc sa lutte pour abaisser le niveau des dépenses d'invalidité, qui est généralement considéré comme excessif. Les raisons de cette hausse récente sont complexes et elles ne sont pas encore tout à fait comprises. Toutefois, des observateurs attentifs du régime du WAO ont des intuitions et des hypothèses importantes. Sur la base des entretiens réalisés pour la présente étude, cette section met en lumière certaines raisons pouvant expliquer la nature apparemment éphémère de l'effet de ces réformes. Débutant par des facteurs qui sont largement reconnus, la présente section progresse ensuite pour inclure des suppositions plus hypothétiques, dont certaines font actuellement l'objet de recherches.

2.3.1. La réassurance des employeurs contre les nouveaux risques

En faisant voter les réformes de 1994 qui obligeaient les employeurs à prendre à leur charge les indemnités de maladie de leurs employés, le gouvernement hollandais s'attendait à ce que cela rende le coût des indemnités de maladie plus transparent aux yeux des employeurs qu'auparavant, quand le coût de l'indemnité maladie était confondu avec les coûts d'autres programmes publics et que les taux de cotisations répartissaient les risques sur l'ensemble des employeurs. On s'attendait également à ce que les employeurs soient plus vigilants et plus intéressés à réduire leurs dépenses dans ce domaine. Toutefois, la plupart des employeurs paraissent répugner à exercer une surveillance sur leurs propres travailleurs. Ils préfèrent plutôt contracter une réassurance pour leur responsabilité auprès d'assureurs privés, traitant celle-ci comme un coût parmi d'autres.

En outre, durant les premières années du passage à la privatisation, les compagnies d'assurance étaient en concurrence féroce pour attirer les employeurs. Elles fixèrent donc des primes d'assurance très faibles, dans certains cas, plus faibles que sous l'ancien système collectif. A présent, les primes commencent à être plus étroitement en corrélation avec les antécédents effectifs de l'employeur et, par conséquent, les primes commencent à augmenter pour de nombreux employeurs. Néanmoins, il va falloir du temps avant que les effets de ces changements se fassent sentir.

2.3.2. L'aversion pour le risque dans les pratiques de recrutement

Le transfert aux employeurs de la responsabilité financière du régime d'indemnités de maladie a également eu une conséquence négative non voulue en matière de politique. Comme on l'a noté plus haut, certains employeurs hollandais prennent, dit-on, différentes mesures en vue de minimiser leurs risques financiers d'absentéisme pour maladie, en examinant l'état de santé de leurs nouveaux employés de plus près. En conséquence, les personnes atteintes d'une maladie chronique ou partiellement handicapées ont plus de difficultés à trouver un emploi; et la probabilité pour des travailleurs ayant un mauvais état de santé de se faire licencier, a augmenté³². De plus, il semble probable que les inquiétudes des employeurs au sujet de l'absentéisme pour maladie ont contribué à leur faire recourir de manière nettement accrue aux contrats de travail temporaire et aux services des agences d'intérim. De façon caractéristique, le nombre de contrats de travail à durée déterminée, qui sont utilisés comme un moyen d'examiner la "conduite en matière de congés de maladie" des employés a presque doublé (passant de 11 à 20% de l'ensemble des contrats de travail) entre 1993 et 1995. La pratique qui consiste pour les employeurs à engager des travailleurs par le truchement d'agences d'intérim afin de réduire leurs responsabilités en matière de congé de maladie augmenta également (de 4 à 9%) durant cette période³³.

Même s'il se peut qu'une telle conduite d'évitement du risque réduise les coûts des employeurs sur le court terme, elle est hautement contre-productive

³² Van Oorschot et Boos (2001: 58) et leurs sources originales: *Sociaal en Cultureel Planbureau* (1996, 2000).

³³ Van Oorschot et Boos (2001: 58) et leurs sources originales comme *supra*.

en tant que moyen d'intégrer les personnes handicapées au marché du travail. Ayant un accès limité à l'emploi, ces individus n'auront pas d'autre alternative que de dépendre du soutien de l'Etat sous une forme ou sous une autre. Ainsi, cette réforme semble à l'opposé de la seule solution aux coûts élevés de l'invalidité qui soit viable à long terme.

2.3.3. L'augmentation des demandes fondées sur une déficience mentale

Ces dernières années, il s'avère que la diminution du nombre de demandes fondées sur des problèmes physiques qui a pu être obtenue a été en partie contrebalancée par l'augmentation du nombre de demandes fondées sur une déficience mentale. Aujourd'hui, l'invalidité due à une déficience mentale est la première cause d'attribution d'une prestation aux Pays-Bas et elle se traduit généralement par une indemnité complète. Les cas de déficience mentale ne sont pas seulement considérablement plus nombreux chez les travailleurs hollandais que dans les autres pays européens; leur nombre est également supérieur pour l'invalidité due à une maladie mentale, notamment parmi les travailleuses³⁴.

Ces dernières années, des experts hollandais ont commencé à sonder les causes de ce phénomène. Des recherches récentes montrent que c'est les employés du secteur public qui occupent la plus large part dans l'augmentation du nombre de ceux qui demandent une prestation d'invalidité du WAO. En 2000, le nombre d'ayants droit auprès du WAO provenant de ce secteur augmenta de 18,5%, la plus grande part de l'augmentation venant des secteurs de l'enseignement, de l'administration, et de la police. Comme dans le passé récent, le secteur de la santé continua à représenter le plus grand nombre global de demandeurs au WAO³⁵.

³⁴ Chez les assurés tant de sexe masculin que féminin, c'est dans la population hollandaise que le nombre d'indemnités dus à des troubles mentaux était le plus élevé en 1996, si l'on compare avec les populations de la Suède, de l'Allemagne et de la Belgique. Parmi les employées de sexe féminin, le nombre de nouveaux titulaires de l'invalidité pour troubles mentaux était de deux à quatre fois plus élevé que dans les autres pays. Voir Veerman et coll. (1998).

³⁵ LISV, l'Institut national de protection sociale, et le CTSV, le Conseil de surveillance de la Sécurité sociale. Voir Nesbitt (2001).

Une autre étude récente a souligné l'importance de la différence entre les sexes dans cette évolution. Elle a découvert qu'en général, plus de 30% de la différence en matière de risque d'incapacité de travail s'explique par des caractéristiques de travail qui sont plus répandues parmi les femmes qui travaillent que parmi les hommes (à savoir, le fait de travailler dans le secteur de la santé, d'avoir moins de perspectives de carrière, peu d'autonomie, et de subir une pression de travail, nocive pour la santé, telle qu'une cadence de travail élevée)³⁶.

Cependant, une troisième étude récente a découvert que le taux d'invalidité plus élevé des femmes trouvait principalement sa source dans la fréquence plus élevée des congés maladie chez les femmes que chez les hommes³⁷. Une fois qu'ils touchaient les indemnités de maladie, la différence entre les hommes et les femmes quant aux taux de guérison ou d'invalidité n'était pas très grande. La différence du taux de morbidité entre les sexes était néanmoins fortement influencée par la branche professionnelle: le taux de morbidité est beaucoup plus élevé dans les secteurs de la santé et de l'éducation que dans celui des affaires, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes³⁸. «Plus d'un tiers de l'ensemble des femmes [hollandaises] travaillent dans la santé ou dans l'enseignement, tandis que cela n'est vrai que pour 10% de l'ensemble des hommes [hollandais]³⁹». Les sérieux problèmes de conditions de travail dans ces secteurs sont considérés comme l'une des raisons majeures pour lesquelles les Hollandaises sont plus susceptibles que les hommes de toucher les indemnités de maladie, qui mènent aux prestations d'invalidité⁴⁰.

³⁶ Van der Giezen (2000).

³⁷ Van der Giezen, Cuelenaere, et Prins (1998).

³⁸ Van der Giezen, Molenaar-Cox, et Jehoel-Gijsbers (1999).

³⁹ Van der Giezen and Geurts (2001).

⁴⁰ En 2001, le ministère de la Sécurité sociale accepta de réviser cette clause de la loi, ce qui fait que, maintenant, est en préparation une loi nouvelle, qui va autoriser le gouvernement à publier la liste des employeurs qui envoient une grande quantité de leurs travailleurs au régime de l'invalidité – ou les “gros pollueurs”, comme les Hollandais le disent eux-mêmes, de l'étang du WAO – et qui va obliger ces derniers à prendre des mesures pour améliorer la situation de leurs travailleurs.

2.3.4. La subjectivité de l'appréciation de l'invalidité

Un autre facteur qui peut avoir atténué l'effet des réformes réalisées dans les années 1990 est la persistance de la subjectivité dans le processus hollandais d'appréciation de l'invalidité. Théoriquement, le processus hollandais d'attribution des prestations demandées repose sur les meilleures pratiques connues et sur des méthodes sophistiquées, destinées à garantir, autant que possible, que les individus fassent l'objet d'une évaluation à la fois juste et pertinente, tant pour l'accès aux prestations que pour le niveau de celles-ci. A la différence de la plupart des pays, qui se reposent uniquement ou principalement sur l'examen du dossier des ayants droit, le système hollandais recourt effectivement à des médecins de la Sécurité sociale, qui sont les spécialistes appropriés, pour l'examen de chaque demandeur. Outre leur formation médicale normale, ces médecins reçoivent une formation aux exigences spécifiques du régime de l'invalidité. Tout demandeur fait l'objet d'un examen destiné à apprécier ses aptitudes fonctionnelles restantes et le médecin remplit un formulaire qui décrit celles-ci. Cette évaluation est ensuite transmise à un spécialiste de l'orientation professionnelle, qui fouille dans une banque de données contenant des emplois (pas nécessairement des postes réellement vacants) pour voir s'il en existe un nombre suffisant que la personne pourrait encore occuper, étant donné ses capacités restantes⁴¹.

Toutefois, des entretiens avec des médecins et des experts médecins appartenant à l'Institut national de protection sociale et au Conseil de surveillance de la Sécurité sociale suggèrent qu'en fait, le système fonctionne bien autrement. Même si les médecins de la Sécurité sociale ont le pouvoir légal d'ordonner toute espèce d'examens ou d'enquêtes et de s'entretenir avec le médecin traitant de l'ayant droit s'ils le jugent approprié ou nécessaire, en pratique, ils n'utilisent presque jamais ces possibilités⁴². Au contraire, ont fait

⁴¹ En théorie, la décision d'attribuer ou des refuser des prestations est prise par l'expert en orientation professionnelle, après réception du rapport du médecin examinateur. Néanmoins, en pratique, ont déclaré les personnes interrogées, le rapport du médecin n'est presque jamais remis en question.

⁴² Cela semble dû à la préférence qu'a la société hollandaise pour une délimitation claire entre médecins traitants et médecins administratifs.

remarquer tous ceux qui ont été interrogés, les médecins de la sécurité sociale aboutissent à leurs décisions, en se fondant presque uniquement sur ce que les ayants droit leur disent de leur état de santé, et ne font aucune tentative pour vérifier.

En outre, fait défaut un contrôle de qualité en ce qui concerne la pertinence des décisions prises de cette manière. Des enquêtes internes ont découvert une grande variabilité du taux d'attribution parmi les médecins de la Sécurité sociale, certains jugeant complètement handicapés 15% de leurs ayants droit, et d'autres, 60%⁴³. Reflet de la reconnaissance croissante de ce problème, des mesures ont été introduites pour améliorer la qualité de la prise de décision, par exemple en établissant des normes et des protocoles d'évaluation⁴⁴. Certains observateurs attribuent cette insouciance au fait que la direction met avant tout l'accent sur la productivité – c'est-à-dire sur le nombre d'ayants droit examinés, sur le temps passé en entretiens ou en visites médicales – souvent au détriment de la qualité des décisions.

2.3.5. Plus de travail à temps partiel effectué par les bénéficiaires de l'invalidité

Tandis que les réformes examinées dans la présente étude n'ont pas eu l'effet durable souhaité, à savoir réduire le nombre de bénéficiaires du WAO, les faits montrent qu'elles aboutissent à une augmentation du travail à temps partiel. Ainsi, tout en continuant à recevoir des prestations, les handicapés intègrent en plus grand nombre la population active dans un cadre limité. Une étude a découvert qu'au mois de février 2002, 22% des bénéficiaires de l'invalidité étaient employés à temps partiel⁴⁵. Parmi eux, 52% étaient des personnes touchant une pension d'invalidité partielle et 10% une pension d'invalidité complète. Qui plus est, cette tendance est particulièrement nette parmi les nouveaux venus au régime. Parmi les personnes nouvellement

⁴³ Les médecins sont tous formés à appliquer la même série de normes, mais on pense que les variations proviennent d'un manque, reconnu, de contrôle sur la manière dont ces normes sont appliquées.

⁴⁴ Néanmoins, il apparaît également que certains protocoles existants ne sont pas appliqués.

⁴⁵ Bruinsma et de Jongh (2000: 164–166).

inscrites à la fin des années 1990 pour une pension d'invalidité partielle, 60–65% exerçaient également un travail: quant à ceux qui recevaient une pension d'invalidité complète, 12–20% exerçaient un travail.

Ainsi, il semblerait que, pour certains travailleurs, la pension d'invalidité partielle joue un rôle de complément de salaire qui leur permet de conserver un emploi rémunéré à temps partiel, là où, dans d'autres pays, ils auraient peut-être été licenciés et auraient vécu des aides sociales ou des indemnités de chômage⁴⁶.

Le nouveau gouvernement hollandais, toutefois, envisage de passer à un régime d'invalidité très strict qui ne verserait de pension qu'en cas d'invalidité complète et permanente⁴⁷. S'il fait cela, il perdra la flexibilité que permet le système partiel, qui encourage actuellement les personnes handicapées à travailler à temps partiel, même si elles se sentent incapables de travailler à temps plein.

2.3.6. L'implication du consommateur dans l'élaboration des réformes

Dans tous les ouvrages spécialisés et durant tous les entretiens réalisés pour cette étude, chercheurs et représentants officiels de l'Etat ont fréquemment fait mention de consultations des partenaires sociaux et d'autres personnes directement intéressées à améliorer le fonctionnement actuel du régime hollandais de l'invalidité. En revanche, les représentants des associations de handicapés affirment qu'ils ont été, dans le meilleur des cas, tenus à la périphérie de telles négociations. Pour sûr, la Hollande compte de nombreuses associations de handicapés (dites organisations de clients ou de consommateurs) qui sont tout à fait actives et audibles. Néanmoins, nombre d'entre eux ont le sentiment qu'ils n'ont pas leur place à la table des négociations quand des politiques affectant leurs vies sont formulées, hormis par quelques voies consultatives.

⁴⁶ R. Prins, dans une note écrite à la lecture du brouillon manuscrit de cette étude.

⁴⁷ La Commission Donner, nommée par le gouvernement pour examiner les problèmes du régime de l'invalidité, a recommandé sa transformation en un régime qui ne paie de prestation qu'en cas d'incapacité de travail pleine et complète et qui soit basé sur des registres médicaux.

L'apport client est fondamentalement limité à de rares occasions d'examiner et de faire des remarques sur des projets législatifs. Quoiqu'il en soit, différents membres d'organisations appartenant à l'Alliance hollandaise des handicapés pensent que le gouvernement hollandais considère les problèmes de politique en matière d'invalidité comme l'augmentation du nombre de bénéficiaires, les dépenses élevées, et la nécessité de renforcer les mesures de réinsertion sur le marché du travail comme des problèmes qu'il devrait résoudre seul ou en conjonction avec les partenaires sociaux. En outre, ils ont le sentiment que le gouvernement ne parvient pas à percevoir le lien entre le problème des grosses dépenses consacrées à l'invalidité, d'un côté, et la nécessité de renforcer les mesures de réinsertion sur le marché du travail, de l'autre. Van Oorschot et Boos confirment l'existence de cette dichotomie:

On pourrait se demander comment il se peut qu'il existe un débat public et politique permanent sur l'invalidité, et pourtant si peu d'évolutions dans le domaine de la réinsertion des handicapés. Une partie de l'explication réside dans le fait qu'aux Pays-Bas, le problème de l'invalidité (*het arbeidsongeschiktheidsprobleem*) est considéré comme quelque chose de tout à fait distinct du problème de l'insertion économique et sociale des personnes handicapées. Le premier est considéré comme un problème socio-économique et budgétaire majeur; le second, comme le problème socio-médical et socio-culturel, très spécifique, d'un groupe relativement limité⁴⁸.

Ainsi, même si le gouvernement fournit aux associations de handicapés les fonds pour pouvoir fonctionner et être consultées sur les projets législatifs, celles-ci n'ont pas atteint le statut de partenaires à part entière dans le débat sur les mesures à prendre pour réduire les coûts élevés de l'invalidité. Or, non seulement les personnes handicapées se trouvent fortement affectées par de telles politiques; mais leurs idées sur les sortes d'aides qui seraient le plus susceptibles d'encourager une plus grande participation au marché du travail pourraient avoir un impact profond sur le succès de tels efforts.

⁴⁸ Van Oorschot et Boos (2001: 53).

2.3.7. Le rôle du gouvernement

Une question-clé de la maîtrise du coût des pensions d'invalidité est: le gouvernement joue-t-il bien le rôle d'employeur-modèle pour les handicapés ? Cette question a été posée à des administrateurs de la sécurité sociale, à des chercheurs, à des organisations de défense des handicapés, et quelle que fût la source, la réponse a été la même: l'Etat hollandais n'a jusqu'à présent guère fait selon ses possibilités pour constituer un exemple que les autres puissent suivre. Les fonctions publiques sont dans une position unique pour utiliser leur situation pour servir de tribune en faveur des réformes. Mais si elles prêchent aussi d'exemple, leurs actes sont réellement conformes à leurs paroles et ils servent de modèle à suivre de manière plus convaincante pour les autres. Dans le cas des Pays-Bas, la situation va au-delà de l'attitude relativement passive du gouvernement pour ce qui est d'embaucher et de garder des travailleurs handicapés. Comme il a déjà été mentionné, les travailleurs du secteur public, notamment les travailleurs de la santé et de l'enseignement, sont ceux qui, ces temps derniers, contribuent grandement au gonflement des bénéficiaires de l'invalidité. Dans ces deux secteurs, les conditions de travail médiocres, telles que de lourdes charges de travail, un stress élevé, des responsabilités pesantes, mais peu d'autonomie (comme il a été mentionné en ce qui concerne les différences en fonction du sexe) sont fortement liées à cette augmentation. Un autre fait contribue davantage au problème: dans une mesure distincte, une compensation pour la réduction des pensions d'invalidité fut accordée aux employés du secteur public⁴⁹, avec ceci pour résultat que la perte de revenu entraînée par l'invalidité est minimale pour les fonctionnaires à faible comme à fort revenu⁵⁰. Ainsi, il existe un rôle-clé à jouer pour l'Etat aux Pays-Bas, tant pour ce qui est de limiter son propre rôle

⁴⁹ La réduction des prestations affecta les travailleurs du secteur public quand ils furent absorbés dans le régime du WAO, processus qui débuta en 1996 et fut achevé en 1998. Toutefois, le gouvernement a "compensé de manière privée" ces réductions, parce que les travailleurs du public auraient bénéficié sous l'ancien système d'un niveau de prestations plus élevé. Aucune compensation de ce genre n'a eu lieu pour les travailleurs du secteur privé, qui se trouvent à présent considérablement moins bien lotis.

⁵⁰ Van der Giezen, Fiseler, Nool, et Ramakers (2001).

dans la hausse des coûts de l'invalidité que pour ce qui est de donner l'exemple d'un employeur embauchant des handicapés.

3. La Suède

3.1. *Introduction: les défis lancés à l'Etat-providence*

Ces dernières décennies, la Suède a fourni un modèle d'Etat-providence réussi, où les citoyens jouissent d'un niveau de vie confortable, tranquilles dans leur certitude que l'Etat leur assurera une protection contre la plupart des hasards de la vie. En même temps, la politique sociale suédoise a mis très fortement l'accent sur l'emploi et le concept de "travail avant les prestations sociales". Cette philosophie se manifeste par un large éventail de programmes de formation initiale et continue, autant que par une aide directe de l'Etat à la création d'emplois. Ces deux traits de la politique sociale suédoise – des prestations généreuses d'un côté et une aide vigoureuse à l'emploi de l'autre – ont coexisté durant de nombreuses décennies sans conflits ouverts ni nécessités d'arbitrages, en partie du fait du niveau élevé de prospérité de la Suède. A partir des années 1990 toutefois, le gouvernement a été forcé de rééquilibrer ces priorités sous la double pression de la hausse du chômage et de la perspective d'un vieillissement démographique rapide. Comme on va le voir, les réformes qui en ont résulté ont été jusqu'à présent de portée modeste, laissant le système de l'Etat-providence suédois en très grande partie intact. Toutefois, comme pour les Pays-Bas, la réforme suédoise reste en cours et ses dimensions ne font que prendre forme.

3.1.1. **Les caractéristiques de la démographie et du marché du travail**

A un moment où de nombreux pays développés font actuellement ou vont bientôt commencer à faire l'épreuve du problème posé par le vieillissement de la population, la situation de la Suède est un des exemples les plus aigus de cette évolution. D'après les projections du Conseil de la Sécurité social (RFV) et du Bureau central des statistiques (SCB), le nombre de Suédois de plus de 65 ans va augmenter de manière abrupte autour de l'an 2010, lorsque la génération importante née dans les années 1940 commencera à atteindre

65 ans. On prévoit qu'en conséquence, le rapport des actifs aux retraités tombera de 2,1 en 1999 à 1,9 en 2010, 1,7 en 2020, et 1,5 en 2030⁵¹. Ce problème est exacerbé par la hausse de l'espérance de vie moyenne des Suédois. Par comparaison avec nombre d'autres pays développés, la Suède compte une proportion considérablement plus élevée de "très âgés", c'est-à-dire de personnes âgées de 80 ans ou plus. On prévoit en outre que l'espérance de vie moyenne à l'âge de 65 ans va augmenter en gros d'un an tous les dix ans. Par conséquent, avec un âge de départ à la retraite de 65 ans en général, il y aura, d'ici 2010, 200 000 retraités de plus; d'ici, 2020, 500 000; et d'ici 2030, 700 000.

Une troisième tendance inquiétante est constituée par l'importance de la part des travailleurs qui cessent de travailler avant 65 ans, âge normal de la retraite. Lors d'une enquête récente, le RFV a découvert que, parmi les hommes nés en 1935 qui appartenaient encore à la population active à 50 ans, l'âge moyen de la retraite est de 62,1 ans, soit presque deux ans plus jeune que l'âge moyen de la retraite des hommes de 20 ans plus âgés⁵². Cette tendance au départ en retraite précoce est avantageuse pour les employeurs, du moins à court terme, et elle jouit du soutien des syndicats, qui ont tendance à se soucier de l'emploi de leurs membres plus jeunes. Pourtant, comme le RFV le signale, elle coûte bien cher à la société dans son ensemble. Le RFV s'inquiète aussi de l'usage que les travailleurs âgés font des prestations d'invalidité comme d'une porte de sortie précoce pour quitter la population active – une pratique qu'il considère également comme ayant le soutien implicite des employeurs et des syndicats. Le Conseil note qu'en dépit de l'amélioration constante de la santé publique depuis le milieu des années 1970, environ 200 000 personnes ont quitté la population active pour motif d'invalidité⁵³. Par conséquent, dans la catégorie d'âge 60–64 ans, aujourd'hui, près de la moitié des femmes et un tiers des hommes reçoivent une pension d'invalidité permanente⁵⁴.

⁵¹ Conseil de la Sécurité social (RFV) (2000: 16).

⁵² L'âge moyen correspondant pour les femmes nées en 1935 qui appartenaient encore à la population active à 50 ans était de 61,7 ans. Voir RFV (2000: 70).

⁵³ RFV (2000: 45).

⁵⁴ Conseil de la Sécurité social (RFV) (2001: 21).

3.1.2. Les régimes d'invalidité au sein du système de protection sociale

En Suède, des pensions d'invalidité temporaires ou permanentes sont attribuées aux personnes âgées de 16 à 64 ans dont l'aptitude au travail est réduite d'au moins 25% pour cause de déficiences de nature médicale, soit définitivement soit pour une longue période⁵⁵. Dans les deux cas, l'indemnisation est versée sous la forme d'une pension universelle de base et d'un complément proportionnel aux gains, connu sous le nom d'ATP. Ce dernier se calcule d'une manière similaire à la pension de vieillesse, et, dans le cas d'une personne complètement handicapée, remplace le salaire perdu à 80%. Ceux qui sont partiellement handicapés peuvent recevoir 75, 50, ou 25% de ce taux plein. Les personnes dont la pension proportionnelle aux gains (ATP) est faible ou nulle peuvent prétendre à un autre type de complément et à une allocation de logement⁵⁶.

Quand le gouvernement suédois réforma le système des pensions de vieillesse à la fin des années 1990, il sépara complètement son financement de celui du régime de pensions d'invalidité. Les pensions d'invalidité sont désormais financées par une combinaison de cotisations patronales et d'impôts généraux, et les recettes et dépenses du régime sont incluses dans le budget du gouvernement central. En termes d'administration, les pensions d'invalidité sont à présent incluses dans la partie prestations maladie de la sécurité sociale. Tant administrativement que philosophiquement, il s'agit d'un changement majeur, en ce que ceci fut fait partiellement pour encourager l'idée de réadaptation professionnelle, qui, jusqu'à présent, n'a guère eu de succès. Néanmoins, les règles concernant les critères d'attribution des prestations d'invalidité et le calcul et l'indexation du montant des prestations sont dans une large mesure les mêmes qu'avant les modifications du financement. Les projections ne prévoient qu'une réduction minimale des coûts, provenant des ajustements dans le mode de calcul des prestations d'invalidité⁵⁷.

⁵⁵ Une pension d'invalidité temporaire est payable, quand la capacité de travail d'une personne est réduite pour une longue période, mais non définitivement (normalement un à trois ans).

⁵⁶ Les personnes dépourvues d'ATP reçoivent un complément de pension complet. Pour les autres, le complément de pension est réduit en fonction du montant de leur ATP.

⁵⁷ Par opposition aux pensions d'invalidité, les recettes et les dépenses de la pension de vieillesse sont désormais séparées du budget du gouvernement central. (Tiré d'une correspondance personnelle avec Ole Settergren, du RFV, en date du 12 septembre 2002).

Outre les pensions d'invalidité, des allocations spéciales sont servies pour couvrir un large éventail de coûts liés à l'invalidité, y compris de l'équipement médical durable, des soins par une tierce personne, et même une automobile aménagée. Ces allocations sont servies comme un droit dans le cadre du système de protection sociale et peuvent faire par conséquent l'objet d'appel. Les personnes handicapées peuvent également prétendre à des services d'aide sociale sous condition de ressources en vertu de la Loi sur l'aide sociale.

La Suède a aussi un régime d'indemnités de maladie, financé par une cotisation patronale forfaitaire égale à 8,75% du salaire de chaque employé. Après un délai d'attente d'un jour, un travailleur malade a droit à 14 jours d'indemnisation, directement payés par son employeur, après quoi c'est le régime public qui se met à verser les indemnités. Comme pour la pension d'invalidité, le taux plein d'indemnisation est égal à 80% du salaire; et les indemnités peuvent être payées à 25, 50, 75 ou 100% de ce taux, selon la gravité de la maladie. Après un an d'indemnisation pour maladie, les ayants droit qui sont toujours hors d'état de travailler peuvent solliciter une pension d'invalidité permanente ou temporaire⁵⁸.

3.2. Le défi des politiques et les réformes

Les réformes réalisées en Suède entrent dans trois grandes catégories: les modifications des prestations, les ajustements dans la politique de l'emploi, et la fourniture d'une nouvelle forme d'aide fondée sur les droits des citoyens. Comme il a été noté plus haut, tous ces changements sont progressifs et peuvent être regardés comme des ajustements à la politique suédoise de l'Etat-providence. Comme Lindqvist l'a observé:

... tous les partenaires sociaux importants et la totalité des partis politiques souscrivent toujours à l'idée de l'Etat-providence. Toutefois, sous la surface, se sont produits certaines évolutions importantes, vers des services plus sélectifs et plus d'insistance sur les droits des citoyens, notamment dans les politiques en matière d'invalidité⁵⁹.

⁵⁸ Néanmoins, si le bureau de la sécurité sociale pense qu'il est probable que cet état dure au moins un an, l'ayant droit peut voir son cas examiné en vue d'une pension permanente ou temporaire avant que l'année d'indemnisation de maladie soit entièrement écoulée.

⁵⁹ Lindqvist (2001: 115).

3.2.1. Les modifications des prestations

La politique suivie en matière d'indemnités de maladie exerce un effet décisif sur les régimes de pensions d'invalidité, car les indemnités de maladie sont la voie d'accès à l'invalidité. La privatisation des coûts d'une portion de la phase de maladie épargne au système public des dépenses significatives. Toutefois, en dernier lieu, la vraie question est de savoir si la période de temps durant laquelle le travailleur perçoit les indemnités de maladie est effectivement mise à profit pour identifier des stratégies propres à le maintenir au travail, ou si l'on laisse la situation évoluer jusqu'à la phase aiguë où le travailleur a besoin d'une pension d'invalidité. Le gouvernement suédois, reconnaissant l'importance de ce lien, travaille depuis un certain temps à utiliser plus efficacement le régime d'indemnités de maladie. A la fin des années 1980, le gouvernement a réagi à la hausse du taux de longue maladie par des dispositions créant une "nouvelle ligne de travail", qui autorisaient les bureaux de la sécurité sociale à acheter des services de réadaptation destinés à replacer les personnes en congé de maladie prolongé dans leur emploi antérieur. En même temps, il exigeait des bureaux qu'ils fassent des efforts personnels directs pour inciter les gens à retourner travailler⁶⁰.

Au début des années 1990, une récession d'ampleur nationale fournit le stimulus à plusieurs modifications en matière de niveau des prestations et de conditions de paiement. Les indemnités de maladie furent réduites, passant de 90 à 75% de l'assiette salariale, mais cette réduction fut partiellement limitée en 1998 par un taux de 80%. Le gouvernement transféra également la responsabilité financière des deux premières semaines d'indemnisation de maladie aux employeurs pris individuellement (1992), mesure destinée à maîtriser les coûts et à encourager les employeurs à contrôler les absences. Le nombre de jours de congé maladie pour lesquels les employeurs étaient directement responsables passa brièvement à 28 en 1997, mais ce chiffre fut ramené de nouveau à 14 en 1998. En 1993, le gouvernement institua un délai

⁶⁰ Ils avaient l'obligation de contacter les personnes qui avaient cessé de travailler depuis 30 jours, et, après 90 jours, de rendre une visite à leur employeur afin de voir ce qui pourrait être fait pour faciliter leur retour. En conséquence, le recours à la réadaptation dans les cas de longue maladie augmenta de manière substantielle, allant jusqu'à atteindre 24% en 1994.

d'attente d'un jour pour les indemnités de maladie, mesures de maîtrise des coûts dont l'effet incitatif visait directement les travailleurs.

Comme le montre le Tableau 4, ces modifications s'avèrent avoir un effet positif à court terme sur le coût des régime invalidité et maladie. En ce qui concerne les indemnités de maladie, le nombre de jours indemnisés diminua de façon régulière de 1993 à 1997, passant de 64 à 47 millions. Sur la même période, la part des personnes touchant des indemnités dans l'ensemble de la population active couverte, chuta de 12,3 à 9,6%. Il y eut aussi un ralentissement du gonflement du programme de pensions d'invalidité au milieu des années 1990, et, en quelques années, une petite diminution du nombre de bénéficiaires.

Tableau 4
Les prestations d'invalidité et de maladie en Suède, 1991–2001

Année	Nombre total de jours de congé maladie	Taux de l'indemnité de maladie	Nombre de titulaires d'une pension d'invalidité
1991	—	—	373 000
1992	—	—	390 000
1993	64 000 000	12,3%	414 000
1994	60 000 000	11,2%	422 000
1995	57 000 000	10,6%	420 000
1996	51 000 000	9,7%	419 000
1997	47 000 000	9,6%	423 000
1998	58 000 000	11,9%	422 000
1999	72 000 000	14,8%	425 000
2000	88 000 000	18,2%	438 000
2001	102 000 000	21,1%	456 000

Source: Conseil de la Sécurité sociale sur <http://www.rfv.se/English/stat/sick/sjukp.htm>, consulté le 25 juillet 2002.

Toutefois, comme on peut aussi l'observer dans le Tableau 4, ces tendances furent de relativement courte durée. L'usage des prestations tant de maladie

que d'invalidité recommença à augmenter à la fin des années 1990, et ces deux prestations ont connu une croissance très accentuée ces deux dernières années. Etant donné cette reprise du gonflement du régime, une réforme supplémentaire des prestations est en ce moment à l'étude en Suède. Elle sera décrite dans la section 3.3.

3.2.2. La politique de l'emploi

La politique suédoise en matière d'invalidité a longtemps adhéré à une philosophie de "travail avant les prestations sociales", tout en fournissant des prestations généreuses. Il n'est donc pas surprenant que l'Etat ait pour tradition d'encourager et de soutenir financièrement le travail des personnes handicapées. *Samhall*, une société publique, existe depuis plusieurs décennies pour fournir de l'emploi aux personnes désignées par l'expression de "handicapés pour le travail"⁶¹. Signe de la force du soutien de la Suède à l'emploi, *Samhall* est une entreprise énorme, qui compte autour de 29 000 salariés travaillant sur 300 sites à produire une grande variété de biens et de services pour de grandes entreprises⁶². D'après ses publications publicitaires, 90% de ses employés ont une ou plusieurs sortes de handicaps professionnels, 60% d'entre eux accomplissent un travail industriel, et le reste travaille dans le secteur des services⁶³.

L'aiguillon du changement chez *Samhall* ces dernières années a été double. Le premier objet d'inquiétude est que cette entreprise prépare trop peu d'employés à obtenir un emploi dans l'économie normale. Aux yeux des critiques, *Samhall* est essentiellement un modèle d'atelier spécial fournissant un emploi à des handicapés dans un environnement à l'écart. Sensible à cette critique, les responsables de *Samhall* consacrent plus d'efforts à préparer leurs employés

⁶¹ Cette catégorie comprend les personnes atteintes de déficiences physiques ou fonctionnelles, de problèmes médicaux, de déficiences ou de retard mentaux, d'allergie, d'alcoolisme ou de toxicomanie.

⁶² En outre, *Samhall* a une filiale qui commercialise son expertise en matière de services de réadaptation et de développement des facultés individuelles à destination d'institutions publiques telles que les bureaux de la sécurité sociale, les employeurs du secteur public et les conseils municipaux et régionaux.

⁶³ Site internet de *Samhall*, "Facts about *Samhall*," <http://www.samhall.se/ViewDocEng.asp?TreeID=1947>.

à d'autres emplois. A présent, environ 2 à 3% des employés partent chaque année pour rejoindre d'autres entreprises, mais les organisations de handicapés considèrent ces taux comme encore bien trop faibles.

Le deuxième aiguillon est financier. En théorie, *Samhall* est censé devenir financièrement autonome avec le temps, mais, en fait, l'Etat a, jusqu'à présent, toujours dû subventionner son activité. La raison normalement avancée pour expliquer cette subvention est qu'elle couvre les dépenses supplémentaires qui permettent à cette entreprise de remplir ses objectifs en matière d'emploi, tout en adhérant à une politique de non-licenciement en cas de récession ou de changements structurels. Durant de nombreuses années, l'Etat a paru se satisfaire de verser des subventions, pour autant que les profits de l'entreprise augmentent, mais depuis le milieu des années 1990, il insiste beaucoup plus sur la rentabilité de *Samhall*, ce qui a amené celle-ci à changer d'objectif. Un observateur en décrit les résultats:

A cause de cette insistance sur la rentabilité, Samhall doit embaucher des gens suffisamment qualifiés et, par conséquent, les personnes atteintes d'un handicap grave sont exclues. Ils se sont tournés davantage vers les gens qui sont plutôt socialement handicapés, comme ceux qui ont abusé de la drogue ou sont alcooliques... et qui sont revenus sur la bonne voie, mais il ne s'agit plus des handicapés traditionnels. Nous avons découvert que seulement 1% de la main d'œuvre de Samhall est aveugle ou atteint de déficience visuelle, et la plupart de ces personnes sont des réfugiés et ont des handicaps multiples: on n'attend donc pas vraiment d'elles qu'elles fassent quoi que ce soit. Les personnes qui sont réellement productives pour Samhall sont celles qui n'ont aucun handicap du tout⁶⁴.

Les organisations suédoises de handicapés s'accordent à dire que les pressions accrues de l'Etat pour plus de productivité ont injustement forcé *Samhall* à embaucher des personnes non-handicapées pour répondre aux exigences de production. Si l'entreprise prend des personnes gravement handicapées, elle n'a plus le temps nécessaire à leur consacrer pour pouvoir leur inculquer un réel savoir-faire professionnel. La communauté handicapée préférerait voir

⁶⁴ Kicki Nordström, Président, Union mondiale des aveugles; tête-à-tête réalisé le 14 novembre 2001.

la majeure partie de l'aide financière que l'Etat consacre depuis longtemps à soutenir *Samhall* et le modèle de l'atelier spécial, canalisée à la place vers l'aide aux individus sur le marché du travail normal.

L'ironie veut que, si l'Etat continue à réduire les subventions de *Samhall*, le dilemme qui consiste à savoir, pour la communauté handicapée, si cette entreprise doit être fermée ou non, risque d'être résolu.

3.2.3. Le soutien aux droits civils des handicapés

Un pas important dans la direction d'une amélioration des droits des personnes handicapées eut lieu avec la création du bureau du Médiateur pour les handicapés le 1^{er} juillet 1994. Ce Médiateur constitue une approche exclusivement suédoise de la question complexe qui consiste à savoir comment transformer l'attitude de la société envers les handicapés, en la faisant passer de la perspective d'un paternalisme bien-intentionné à celle d'une pleine égalité des droits sur le plan des droits civils. Ce bureau eut pour embryon une mission d'enquête publique qui se pencha sur les droits sociaux des handicapés. Les Règles des Nations unies concernant les handicapés furent adoptées en décembre 1993, date à laquelle il n'existait aucune loi d'aucune sorte en Suède qui interdise les discriminations contre les personnes handicapées. Par conséquent, l'une des fonctions principales du nouveau bureau du Médiateur pour les handicapés fut de contrôler la manière dont ces Règles seraient appliquées. Le mandat du Médiateur est très large, en ce qu'il est censé protéger les droits et les intérêts des handicapés, avec pour objectif de garantir leur participation pleine et égale à la société. Toutefois, parce que la défense des droits des citoyens ne concerne jusqu'à présent les discriminations que sur le terrain de l'emploi, les domaines dans lesquels le bureau du Médiateur pour les handicapés intervient sont limités en pratique⁶⁵.

Le Médiateur a le droit de demander des comptes tant aux autorités nationales qu'aux municipalités locales pour les politiques discriminatoires. Cela se produit par le dépôt de plaintes individuelles auprès du bureau du Médiateur ou sur initiative du Médiateur enquêtant de lui-même sur la manière

⁶⁵ Il n'existe, à l'heure qu'il est, aucune législation concernant des domaines tels que l'accès aux lieux publics, aux transports, aux télécommunications, et ainsi de suite.

dont les Règles sont appliquées. Cette dernière possibilité est rarement utilisée, du fait de moyens limités. Le processus habituel consiste au contraire à ce qu'un individu porte plainte auprès du Médiateur, soit par écrit soit par téléphone, parce qu'il a eu le sentiment d'être victime de discrimination, par exemple lors d'une candidature à un emploi. Si l'individu en question est affilié à un syndicat, il est censé adresser sa plainte d'abord à celui-ci. C'est seulement si le syndicat refuse de s'occuper de l'affaire ou si l'individu n'est pas syndiqué que le Médiateur intervient. Son bureau enquête et tente de trouver une solution avec l'employeur ou l'entreprise publique. Si ces procédés ne suffisent pas, le bureau du Médiateur peut intenter un procès à l'employeur.

Selon le Médiateur, les principaux problèmes dont s'occupe son bureau ne sont pas tant les problèmes rencontrés par des travailleurs pour conserver leur emploi, si jamais ils contractent un handicap, étant donné que la protection contre le licenciement est très forte en Suède⁶⁶. Le problème pour les personnes handicapées est plutôt de «retrouver le chemin du marché normal du travail, parce qu'il y a tant de choses qui les bloquent⁶⁷». Les obstacles incluent la générosité et des la facilité d'accès aux pensions d'invalidité, le fait que les employeurs demandent des personnes ayant un haut niveau d'instruction, les problèmes d'accès ou d'accessibilité (par exemple, les obstacles à l'utilisation des transports publics), les attitudes de la société, et ainsi de suite. Bref, le problème des handicapés en Suède est celui de l'*accès initial* au marché du travail et de dispositifs incitatifs et dissuasifs concurrents.

A mesure que la Suède élargit le champ de la défense des droits des citoyens, le bureau prévoit une augmentation des responsabilités en proportion. Par exemple, une nouvelle législation en matière de droits des citoyens fut introduite dans le domaine de l'enseignement supérieur, le 1^{er} mars 2002, avec la Loi sur l'égalité de traitement des étudiants à l'université.

⁶⁶ L'employeur doit avoir une très bonne raison de licencier un travailleur qui contracte une déficience ou un état de santé invalidant et, sinon, il est prévu qu'il doit trouver un autre emploi pour le travailleur, si celui-ci ne peut plus exécuter les tâches de son ancien emploi, ou qu'il doit procéder à d'autres sortes d'aménagements. Bref, il incombe à l'employeur de tout faire pour garder le travailleur.

⁶⁷ Hans von Axelson, Directeur administratif, Bureau du Médiateur pour les handicapés; tête-à-tête réalisé au Bureau du Médiateur, le 16 novembre 2001.

Outre ses fonctions juridiques, le bureau sert aussi de “tribune” pour faire avancer la cause des droits des citoyens, par exemple en publiant des rapports sur la manière dont la Suède soutient la comparaison avec les autres pays sur diverses questions. Il sert ainsi en quelque sorte de catalyseur pour une poursuite de l'amélioration des droits des handicapés.

3.3. Les problèmes actuels

3.3.1. Une nouvelle augmentation du nombre de cas d'invalidité et de maladie

Comme on l'a noté précédemment, la chute du nombre de bénéficiaires des prestations d'invalidité et de maladie qui eut lieu au milieu des années 1990 ne fut pas durable (voir Tableau 4 *supra*). L'augmentation de l'absentéisme pour maladie s'avère particulièrement aiguë dans la partie nord de la Suède, où des indices signalent que ces prestations servent de substitut lucratif à l'assurance chômage.

S'efforçant d'identifier les causes de cette évolution et d'élaborer de nouvelles politiques, le gouvernement a spécialement nommé une Commission de l'assurance maladie, présidée par Jan Rydh. Dans un entretien accordé pour la présente étude, celui-ci a expliqué que la hausse était particulièrement énigmatique puisque «il n'y a[vait] pas de maladies nouvelles, ni aucun changement en ce qui concerne la santé publique en général⁶⁸». D'après les données, la Commission a, au contraire, identifié deux corrélations qui désignent de mauvaises conditions de travail comme la cause probable du phénomène. D'abord les enquêtes effectuées par la Commission révèlent que la plus grosse part de la croissance du nombre de prestations versées est due aux femmes occupant des emplois dans le secteur public. Rydh donna l'explication suivante:

Ce sont les administrations publiques, les institutions locales, les administrations régionales, municipales grandes et petites, le système de santé et le système éducatif, où sont employées de nombreuses femmes, qui produisent le plus grand nombre de congés de maladie. Il y a dix ans, ce n'était pas le cas: à

⁶⁸ Jan Rydh, Président, Commission de l'assurance maladie, Direction gouvernementale de la santé et du travail; tête-à-tête réalisé le 13 novembre, 2001.

l'époque, c'était le secteur privé qui produisait le plus grand nombre de congés de maladie chez les femmes. Toutefois, il y a eu des réductions substantielles de moyens dans ce domaine très important [les emplois du secteur public]. Cette [augmentation des congés de maladie] est particulièrement vraie des femmes âgées de 50 ans et plus: elles sont réellement fatiguées, elles ont mal partout, leur dos leur fait mal, mais, si elles pouvaient avoir de meilleures conditions de travail, je suis tout à fait sûr qu'elles pourraient continuer à travailler plus longtemps⁶⁹.

Ce problème a également été reconnu par le RFV, qui souligne la nécessité de procéder à des améliorations sur de nombreux lieux de travail habituellement féminin si l'on veut les transformer en environnements de travail modernes et de qualité⁷⁰.

Deuxièmement, la Commission a découvert que la plus grosse partie du problème émane d'un petit nombre d'employeurs. «75% sont de bons employeurs et présentent des niveaux [d'absence maladie] inférieurs à la moyenne. En revanche, parmi les 25% d'employeurs restants, les pires sont à l'origine de plus de 50% de tous les congés de maladie⁷¹». Etant donné le déséquilibre de cette distribution, la Commission envisage d'augmenter la responsabilité de l'employeur des 14 jours actuels de congé maladie à 60 jours. Puisque les deux tiers de l'ensemble des demandes d'indemnité de maladie sont pour moins de 60 jours, cela procurerait un allègement administratif et financier majeur au système de sécurité social et lui donnerait le loisir de se concentrer sur les cas plus compliqués et plus longs. En outre, les employeurs qui envoient moins de travailleurs en congé de maladie finiraient par payer moins: la Commission pense donc qu'à la fin, cette disposition pourrait forcer les employeurs offrant de mauvaises conditions de travail à procéder à des améliorations.

Quant au risque que cette réforme aboutisse à des discriminations contre les travailleurs atteints de problèmes de santé chroniques, Rydh est d'avis que la pénurie de travailleurs qualifiés que connaît la Suède découragera de

⁶⁹ Jan Rydh, entretien cité.

⁷⁰ RFV (2000: 46, 48–49).

⁷¹ Jan Rydh, entretien cité.

telles pratiques; et il souligne que, si un employeur licencierait de tels travailleurs, il verrait ses cotisations au régime de l'assurance chômage augmenter. Pour finir, Rydh juge les syndicats coupables, même si c'est compréhensible, d'utiliser deux poids, deux mesures, parce que, tout en militant pour de meilleures conditions de travail, ils ne veulent pas que les employeurs aient trop de charges. Ils mettent en garde contre le fait que «les employeurs vont réagir en sélectionnant les gens, ne leur en demandez donc pas trop⁷²». Rydh reconnaît qu'il s'agit là d'un argument sérieux et valable, mais il a le sentiment que cela se produit déjà avec les travailleurs les plus âgés. «Plus de 100 000 personnes en Suède sont en congé maladie depuis plus d'un an. Plus de 50 000 sont en préretraite à cause de maladie. Cela signifie qu'entre 10 et 15% de la population active potentielle ont été exclus de l'emploi sur le critère de leur âge du fait du système actuel⁷³».

3.3.2. Le rôle de l'Etat

Alors que la Suède est un pays modèle pour la fourniture de prestations généreuses aux handicapés, l'Etat lui-même a peu fait jusqu'à présent en termes de discrimination positive à l'embauche. Qu'il s'agisse des fonctionnaires ou des associations de handicapés, toutes les personnes interrogées pour cette étude se sont accordées à dire que tel était le cas. Les responsables du Conseil de la Sécurité sociale ont dû se creuser la tête pour répondre à la question de savoir s'ils connaissaient une personne parmi leurs collaborateurs ayant un handicap visible. La seule lueur d'espoir semble provenir du bureau du Médiateur, où se trouvent quelques individus atteints de handicaps visibles et où un effort est en train d'être fait pour en embaucher davantage⁷⁴.

Le gouvernement n'a toujours pas, non plus, mis en place de législation en matière de droits des citoyens qui garantisse l'accessibilité des personnes

⁷² Jan Rydh, entretien cité.

⁷³ Jan Rydh, entretien cité.

⁷⁴ La direction de ce bureau dit qu'une partie du problème vient de ce qu'il est difficile de trouver des handicapés qualifiés et ayant un haut niveau d'instruction. Cela paraîtrait indiquer que la Suède a des problèmes en ce qui concerne l'accès aux institutions d'enseignement supérieur, et, en effet, Hans von Axelson a mentionné l'existence d'une enquête publique à ce sujet (voir note 65).

handicapées aux bâtiments publics, au système public de communications ou au système public de transport. Pour de nombreux handicapés, il s'agit là d'un obstacle majeur à l'emploi. Plusieurs des personnes interrogées pour la présente étude ont caractérisé ces problèmes:

Ils ont changé les trains il y a juste deux ans, mais ils ne sont pas accessibles aux personnes en fauteuil roulant. Les trains sont totalement modernes, mais le vide entre le quai et le train est si grand qu'il met les personnes en fauteuil roulant dans l'impossibilité d'embarquer dans un train sans aide.⁷⁵

Un jour, j'avais ma chienne guide et elle est tombée entre [le quai et le train]... Etant aveugle, comment pouvais-je la soulever sans l'étrangler, et durant tout ce temps, j'avais peur que le train redémarre. Heureusement, quelqu'un est venu la sauver, mais ça ne devrait pas être comme ça, il y avait un espace d'au moins un demi-mètre⁷⁶.

En Amérique, vous devez acheter votre fauteuil roulant, mais ensuite, vous pouvez aller n'importe où. En Suède, le gouvernement vous achète une fauteuil roulant, mais ensuite, vous ne pouvez aller nulle part⁷⁷!

Néanmoins, de nouvelles initiatives importantes se profilent à l'horizon. Le Parlement a décidé que toutes les institutions publiques, ce qui comprend bâtiments, information, etc. doivent être rendues accessibles aux handicapés. Les institutions ont jusqu'à 2004 pour rendre compte de ce qu'elles ont fait pour atteindre cet objectif et, avec des différences selon l'institution considérée, la plupart ont jusqu'en 2010 pour mener le processus jusqu'à son terme. Le gouvernement suédois semble donc conscient de l'importance cruciale des possibilités d'accès pour les handicapés et sincèrement engagé dans un programme de mesures concrètes en vue d'améliorer celles-ci.

⁷⁵ Christina Welander, Union mondiale des aveugles; tête-à-tête réalisé le 14 novembre 2001.

⁷⁶ Kicki Nordström, entretien cité.

⁷⁷ Hans von Axelson, entretien cité.

4. Le Royaume-Uni

4.1. Introduction: une réforme multidimensionnelle

Depuis son arrivée au pouvoir en mai 1997, le gouvernement travailliste britannique a poursuivi des politiques pour les handicapés qui sont en accord avec sa philosophie *des prestations sociales au travail (welfare to workfare)* à savoir “du travail pour ceux qui peuvent, de la sécurité pour ceux qui ne peuvent pas”. La réforme a été baptisée la Nouvelle Donne pour les handicapés (*New Deal for Disabled People* “NDDP”) ⁷⁸. Elle a été en partie motivée par des enquêtes antérieures sur les ménages, montrant qu’environ un million de personnes atteintes de problèmes de santé graves aimeraient bien retourner travailler, si on leur fournissait l’aide nécessaire. Elle est donc fondée sur l’élimination des trappes et des obstacles qui découragent les personnes touchant des prestations d’invalidité de chercher un emploi.

Deux caractéristiques propres à la Grande-Bretagne valent d’être signalées au départ. D’abord, sur les trois pays d’Europe de l’ouest examinés dans la présente étude, seul le Royaume-Uni a un système de prestations du genre “tout ou rien”: c’est-à-dire une pension d’invalidité *complète* seule, mais aucune espèce de régime de prestations *partielles*. Le manque de flexibilité d’un tel système rend les choses problématiques pour les gens qui ne peuvent pas travailler à plein temps et qui sont susceptibles d’être découragés de chercher du travail à cause de la difficulté de couvrir un large éventail de dépenses. Dans ce contexte, des réformes destinées à encourager au travail posent un défi encore plus grand.

Une seconde caractéristique remarquable de la réforme britannique est qu’elle a été conçue en étroite consultation avec des personnes handicapées qui avaient manifesté leur désir de travailler. Comme on va le voir, elle reflète la perception qu’elles ont des programmes d’aides, des incitations financières, et de la nécessité qu’il y a à reconnaître de nouveaux droits aux citoyens pour

⁷⁸ La NDDP est faite pour ceux qui reçoivent la prestation d’invalidité et exclut donc les personnes classées comme étant capables de travailler et admissibles à l’allocation de demandeur d’emploi. Elle fait partie néanmoins d’un programme plus large de Nouvelle Donne fondé sur cette philosophie et qui couvre également d’autres catégories, telles que les jeunes et les parents seuls.

garantir un niveau élevé d'emploi parmi les handicapés. Ces éléments protecteurs sont incorporés tant dans la législation que dans une variété de nouveaux programmes et mécanismes destinés à inscrire celle-ci dans les faits⁷⁹.

La section ci-dessous décrit la situation en arrière-plan qui a mené les décideurs politiques à tenter de résoudre le problème de l'invalidité par cette approche multidimensionnelle.

4.1.1. Les caractéristiques de la démographie et du marché du travail

Entre 1979 et 1997, le nombre de personnes en âge de travailler qui demandèrent des prestations à cause de problèmes durables de santé tripla jusqu'à atteindre plus de 2,5 millions, et les dépenses en prestations d'invalidité et de maladie quadruplèrent jusqu'à atteindre 24 milliards de livres sterling⁸⁰. En 1997, les prestations de maladie/invalidité comptèrent pour un quart de l'ensemble des dépenses de protection sociale du Royaume-Uni et elles augmentèrent à un taux annuel de 6%, c'est-à-dire plus vite que les dépenses d'aucun autre secteur⁸¹. En outre, selon un modèle similaire à celui de la Suède, l'augmentation du nombre des bénéficiaires de prestations d'invalidité est fortement influencée par la pression démographique qu'exerce une population vieillissante. Certes, la situation britannique n'est pas aussi aiguë que la situation suédoise, mais néanmoins, le nombre de personnes âgées dans la population est déjà significatif et on s'attend à ce qu'il augmente très rapidement, notamment entre 2015 et 2030. Par exemple, on s'attend à ce que la proportion des plus de 65 ans dans la population, qui était de 15,7% en 2000, passe à 18,4% d'ici 2015 et à 23,5 % d'ici 2030.

La hausse du nombre de bénéficiaires du régime d'invalidité a en outre été exacerbé par certains traits du régime d'invalidité lui-même, qui l'ont rendu financièrement plus attractif que la perception d'une pension de vieillesse. Floyd et Curtis notent, de manière spécifique, que parmi les 975 000 bénéficiaires masculins environ de la pension d'invalidité en 1991, «plus de 200 000 personnes de plus de 65 ans choisirent de profiter de la possibilité

⁷⁹ Dans son Livre vert de mars 1998, le gouvernement a énoncé sa stratégie en trois points pour instituer des "droits civils complets et applicables".

⁸⁰ Floyd et Curtis (2001: 18).

⁸¹ Kuptsch et Zeitzer (2001: 205–230).

qui existait de continuer à toucher la pension d'invalidité jusqu'à cinq ans après avoir atteint l'âge de la retraite, plutôt que de percevoir une pension de vieillesse, parce que la pension d'invalidité n'était pas imposable⁸²».

4.1.2. Les régimes en matière d'invalidité au sein du système de protection sociale

Le système de prestations britannique a évolué au cours des ans jusqu'à comprendre quatre niveaux de base. Le premier est celui des *prestations indemnitaires*, versées aux individus qui deviennent malades ou handicapés en "servant la nation", que ce soit dans l'armée ou simplement dans l'exercice d'une profession ordinaire (pensions d'invalidité de l'industrie). Elles sont non-imposables et ne sont pas liées aux revenus, bien que certaines d'entre elles soient prises en compte quand on évalue les revenus pour d'autres prestations liées aux revenus.

Le deuxième niveau est constitué de *prestations de remplacement de revenus*, qui fournissent un revenu aux individus incapables de travailler, que ce soit à court ou à long terme, suite à une maladie ou à un handicap. Non-imposables à l'origine, elles sont désormais pour la plupart imposables. Il existe quatre sortes de prestations de remplacement de revenus: (1) l'indemnité légale de maladie (*statutory sick pay*); (2) l'allocation d'incapacité (*incapacity benefit* ou IB) (nommée à l'origine allocation d'invalidité ou IVB); (3) l'allocation d'invalidité grave (en voie d'extinction); et (4) l'allocation sociale pour handicapés (*invalid care allowance*).

Le troisième niveau est celui des *prestations sous condition de ressources* qui sont payées à titre d'avantage spécial aux adultes et aux enfants handicapés à faible revenu. Les individus remplissant les conditions pour recevoir une aide sociale, appelée Complément de revenu, peuvent recevoir ces prestations supplémentaires, en fonction de la gravité et de la durée de leur handicap.

Le dernier niveau de prestations, appelées *prestations pour charges supplémentaires*, indemnise des coûts qui vont de pair avec un handicap. La prestation principale, nommée Allocation compensatrice aux handicapés (*disability living allowance*), est versée aux personnes gravement handicapées et qui, par conséquent, ont besoin de l'aide d'une tierce personne ou d'un accessoire pour se déplacer, ou des deux. En outre, il existe une allocation d'étudiant handicapé, qui

⁸² Floyd et Curtis (2001: 20).

offre des sommes supplémentaires aux étudiants du supérieur. Les bénéficiaires sont libres de dépenser cet argent selon leurs propres besoins et priorités.

Ainsi, l'approche britannique représente un système de type "self-service" qui offre toute une gamme de prestations adaptées à une variété de besoins, tels que la mobilité ou l'assistance d'une tierce personne. Le niveau des prestations est souvent lié aux dépenses supplémentaires que l'état d'invalidité entraîne. Cela donne de la flexibilité au système et crée la possibilité d'accorder un traitement à part aux personnes qui ont les dépenses les plus élevées, situation au plus haut point inhabituelle dans la plupart des régimes de prestations d'invalidité qui fonctionnent sur le principe du "tout ou rien". Il faut toutefois noter que des critiques considèrent cette différenciation comme source potentielle de confusion pour les ayants droit et les bénéficiaires.

4.2. Les défis et les réformes

4.2.1. Les réformes antérieures à 1997

Pendant une période de 45 ans après sa promulgation, la Loi sur l'emploi des personnes handicapées de 1944 constitua la principale base légale de la politique britannique de l'emploi vis-à-vis des handicapés⁸³. Cette loi avait principalement deux aspects:

- un système de quota exigeant que toute entreprise non gouvernementale de 20 employés ou plus emploie un nombre minimal de personnes inscrites comme handicapées. Initialement, ce quota était de 2%, mais il passa à 3% peu après l'entrée en vigueur de la loi;
- la fourniture d'un emploi dans un atelier spécial aux personnes jugées peu susceptibles d'obtenir un emploi "normal", c'est-à-dire un emploi sur le marché du travail normal⁸⁴.

⁸³ Toutefois, il y eut d'autres lois qui entrèrent en vigueur durant cette période au sujet de la politique des prestations d'invalidité. Par exemple, en 1970, la Loi sur les handicapés et les malades chroniques eut un impact majeur sur l'accès des personnes handicapées à l'aide sociale; et, cette dernière décennie, de nouvelles lois furent votées en ce qui concerne l'enseignement pour les personnes ayant des handicaps d'apprentissage.

⁸⁴ En 1990, il y avait environ 14 000 handicapés travaillant dans ces ateliers spéciaux, qui étaient gérés par l'organisation quasi-étatique *Remploy*. Floyd et Curtis (2000: 304).

A part cela, la loi en question mettait peu l'accent sur la réadaptation, la formation et le placement des personnes handicapées.

En fait, et cela est révélateur, seules les personnes touchant l'allocation de demandeur d'emploi (*job seekers allowance JSA*), ou allocation chômage, recevait de l'aide en la matière. Essayer d'utiliser cette allocation était tout à fait risqué pour les personnes handicapées. Floyd et Curtis expliquent le dilemme:

... les personnes handicapées en quête de réadaptation, de formation et de placement devaient renoncer à l'IB et se mettre à demander la JSA. Cela ne signifiait pas seulement une baisse du niveau des prestations, mais le risque de ne pas pouvoir faire à nouveau valoir ses droits à l'IB, si les tentatives de réadaptation se traduisaient par un échec⁸⁵.

Au fil des ans, de nombreuses enquêtes ont montré qu'une fois bénéficiaires des prestations d'invalidité, presque personne ne retournait travailler un jour⁸⁶. Le problème d'une dépendance prolongée vis-à-vis des prestations était particulièrement aigu chez les hommes d'un certain âge (de 55 à 69 ans), chez qui les demandes d'invalidité avaient clairement un lien avec les taux de chômage. Toutefois, même quand le chômage baissa à la fin des années 1980, l'évolution de la prestation d'invalidité (IVB) poursuivit sa courbe ascendante. L'explication couramment donnée est qu'une fois bénéficiaire de l'IVB pendant quelques années, l'ayant droit perdait tout contact avec le marché du travail, il se pouvait que sa qualification soit devenue obsolète, il perdait confiance en ses capacités, il devenait moins attractif pour les employeurs, et ainsi de suite. S'ajoutant à tous ces côtés négatifs pesant sur le retour au travail, était le fait que l'IVB, plus l'allocation complémentaire, était de 50% supérieure à l'indemnité chômage de base.

Le gouvernement conservateur procéda à des modifications de grande ampleur dans les prestations d'invalidité tant de courte que de longue durée, pour rendre les critères d'attribution plus stricts et réaliser ainsi des économies sur les prestations versées. Les modifications principales impliquaient:

⁸⁵ Floyd et Curtis (2001: 16).

⁸⁶ Lonsdale et Aylward (1996: 102–104).

- de retirer aux médecins généralistes la responsabilité de déterminer si les demandeurs peuvent prétendre à l'IVB et, à la place, de confier cette tâche à des médecins employés par le Service médical de l'Agence des prestations;
- d'instituer un "examen d'aptitude totale au travail" pour déterminer la capacité fonctionnelle restante de l'ayant droit. Sur le questionnaire, chaque niveau d'incapacité se voyait assigner un certain nombre de points, la somme totale déterminant si l'individu était inapte au travail.

L'objectif déclaré de ces modifications était de réduire le nombre de personnes touchant l'IVB et de garantir que seules les personnes réellement incapables de travailler recevraient des prestations⁸⁷.

En 1987, un rapport extrêmement critique de la Cour des comptes britanniques souligna la nécessité de changements supplémentaires. Ce rapport suscita de nouveaux projets du gouvernement, qui visaient à délaissier les dispositifs d'évaluation et de rééducation sur la base d'ateliers, par la fermeture de la plupart des différents types de centres impliqués dans le travail en milieu protégé. Ils disposaient également que les services de rééducation seraient sous-traités à des organismes volontaires et au secteur associatif.

Ainsi, lorsque le gouvernement travailliste arriva au pouvoir en 1997, ses prédécesseurs avaient fait des efforts de grande ampleur pour rendre les critères d'attribution des pensions d'invalidité plus stricts, ainsi que pour réduire le champ du travail en atelier protégé.

4.2.2. La Nouvelle Donne pour les handicapés

La Nouvelle Donne pour les handicapés (NDDP) du gouvernement travailliste fait partie d'une initiative plus large en matière d'emploi, qui vise des catégories sociales spécifiques, comprenant non seulement les handicapés, mais aussi les jeunes, les chômeurs, et les parents seuls. Elle est administrée par le ministère du Travail et des Pensions (DWP), nouvellement créé, et qui remplace les anciens ministère de la Protection sociale, et ministère de l'Éducation et de

⁸⁷ Floyd et Curtis (2000: 303).

l'Emploi (ce dernier est nommé maintenant ministère de l'Éducation et de la Qualification)⁸⁸. Cette réorganisation a pour conséquence que, pour la première fois, le Travail et la Protection sociale se trouvent réunis dans le même département, changement potentiellement très significatif. Dans ses dispositions concernant les personnes handicapées, la Nouvelle Donne se fonde sur des projets pilotes antérieurs, dont le but était d'aider des personnes touchant l'IB à retourner travailler. La participation des bénéficiaires de prestations est entièrement volontaire. La Nouvelle Donne est ouverte aux personnes qui touchent des prestations d'incapacité (IB), l'allocation pour handicap grave (SDA), ou le Complément de revenu, et qui veulent essayer d'exercer une activité rémunérée tout en conservant leur(s) prestation(s)⁸⁹. Son caractère expérimental et tourné vers la recherche se reflète dans ses divers éléments, décrits ci-dessous.

4.2.2.1. Les Courtiers en emplois

Au centre du nouvel effort qui est fait pour aider les différentes catégories ciblées à trouver du travail, se trouve le recours à des *Courtiers en emplois*. Les dénommés "clients" du DWP en Angleterre, en Écosse et aux Pays-de-Galles ont accès à un réseau de 75 Courtiers en emplois qui proviennent des secteurs privé, public, et bénévole⁹⁰. L'objectif est de donner le choix aux clients en leur offrant au moins deux Courtiers en emplois dans chaque région. Ces Courtiers aident leurs clients à comprendre ce que va impliquer pour eux le fait de se mettre à travailler, en calculant pour eux le profit tiré du travail et le crédit d'impôt (qui seront examinés plus loin), de manière à ce qu'ils sachent quel impact financier aura le fait de travailler. Ils les aident aussi à comprendre le marché local de l'emploi et comment y être compétitif; ils travaillent de concert avec les employeurs pour les aider à apparier leurs emplois effectivement disponibles avec les qualifications de leurs clients; et ils mettent en avant les

⁸⁸ Le nouveau Département fut institué le 8 juin 2001.

⁸⁹ Ce programme est également ouvert aux personnes qui ne remplissent pas les conditions pour la Prestation d'incapacité mais qui, pour la durée de leur maladie, reçoivent des Crédits de l'assurance nationale en vue d'une pension de vieillesse.

⁹⁰ Le mot client est le terme préféré du DWP pour les ayant droit touchant des types de prestations qui les rendent admissibles à ce programme.

avantages qu'il y a à employer des travailleurs handicapés.

Les projets pilotes antérieurs de la NDDP fournirent une grande quantité d'informations qui furent employées à définir le rôle de Courtier en emplois. Par exemple, les projets pilotes avaient découvert que de beaucoup de clients avaient besoin d'un soutien considérable sur une longue période pour trouver et conserver un emploi. En conséquence, une fois que des clients se sont inscrits auprès d'un Courtier en emplois, il n'y a pas de limite fixée à la durée pendant laquelle le Courtier travaillera avec eux. A la place de cela, le Courtier en emplois et son client décident ensemble du temps qui sera requis, sur la base des besoins du client et de leur projet décrivant la manière dont ceux-ci vont être satisfaits. Les Courtiers en emplois sont aussi tenus d'apporter un appui à tous leurs clients durant leurs six premiers mois dans un emploi, afin de les aider à réaliser la transition, et les dispositions de financement du programme permettent cela⁹¹. Les honoraires des Courtiers en emplois sont entièrement basés sur les résultats, la première moitié étant payée lors de l'embauche du client, et la seconde moitié après six mois de travail durable.

4.2.2.2. *Les Entretiens préliminaires* (gateway interviews)

Entrer dans le programme de la Nouvelle Donne implique un *Entretien préliminaire* obligatoire avec un conseiller. Le conseiller est censé avoir une discussion initiale large avec le client sur la meilleure manière de procéder à la recherche d'un emploi. Si un emploi approprié est disponible et que le conseiller ait le sentiment que le client est prêt à travailler, il se peut que le conseiller suggère à la personne de candidater immédiatement. Dans le cas contraire, le conseiller encouragera le client à s'inscrire auprès d'un Courtier en emplois de sa région.

4.2.2.3. *Le Travail autorisé* (permitted work)

Ce qu'on appelle le *Travail autorisé* est une option accessible aux personnes recevant les Prestations d'incapacité, l'Allocation de handicap grave, le

⁹¹ La ligne budgétaire finançant les Courtiers en emplois de la NDDP a été établie à 120 millions de livres sur trois ans d'ici 2004.

⁹² Ces crédits pour l'ouverture des droits à la retraite sont attribués à des personnes qui sont malades ou handicapées mais qui ne reçoivent pas d'indemnités.

Complément de revenu, ou les Crédits de l'assurance nationale⁹² à cause d'une maladie ou d'un handicap. Cette nouvelle option permet à une personne handicapée de faire l'essai d'un travail rémunéré, sans qu'elle ait besoin de l'avis favorable d'un médecin, comme cela était exigé auparavant. Le handicapé bénéficiaire doit informer le bureau du DWP qui lui verse sa prestation avant de commencer à travailler. Il lui est ensuite permis de travailler jusqu'à 16 heures par semaine, en moyenne, avec des gains maximums de 66 livres par semaine pendant une période de 26 semaines⁹³. Cette période peut être prolongée d'encre 26 semaines, si une personne travaille avec un Courtier en emplois, un Conseiller individuel ou un Conseil pour l'emploi des handicapés, qui est d'accord pour considérer que cette prolongation va aider à favoriser un travail de plus de 16 heures par semaine. Ainsi, le Travail autorisé peut être étendu jusqu'à un an. Il n'y a pas de limite au nombre de fois qu'une personne peut effectuer du *Travail autorisé* au cours d'une indemnisation, mais il doit s'écouler un intervalle de 52 semaines entre deux périodes. Toute période ultérieure peut également durer jusqu'à 52 semaines et un Courtier en emplois, un Conseiller individuel ou un Conseiller pour l'emploi des handicapés, doit apporter un soutien au travail dès le début.

Le Travail autorisé n'affecte pas le montant des prestations d'IB ni de SDA. Toutefois, si la personne handicapée reçoit le Complément de revenu, l'Allocation logement ou la Prestation des impôts municipaux (une prestation locale qui fournit une aide financière supplémentaire), le montant de ces prestations liées aux revenus peut être affecté⁹⁴.

4.2.2.4. *Le programme d'Accès au travail (Access to work program)*

Ce programme contribue à couvrir les frais nécessaires pour surmonter les

⁹³ La même limite de gains de £66 s'applique au *Travail aidé*, c'est-à-dire le travail qui est effectué comme partie d'un programme de traitement hospitalier ou au sein de la communauté avec le soutien ou sous la supervision continue d'un travailleur social employé par une institution publique ou une organisation bénévole, y compris dans le cadre d'un atelier protégé).

⁹⁴ Site internet du Département du Travail et des Pensions (DWP), "New permitted work rules for people receiving incapacity benefits": <http://www.dwp.gov.uk/lifeevent/benefits/pwr.htm>.

obstacles au retour au travail liés à l'invalidité. Géré par le Service de l'emploi, il fournit conseil et information, ainsi qu'une subvention pour aider à supporter les coûts qu'entraîne le fait d'employer un handicapé. Ces coûts peuvent comprendre un auxiliaire de vie (par exemple, un lecteur pour les personnes aveugles); de l'équipement spécial; l'aménagement du lieu de travail; de l'aide pour faire les aller-et-retour jusqu'au travail, ou pour se déplacer sur le site même; ou un interprète du langage des signes pour un entretien d'embauche. Habituellement, l'employeur s'arrange pour faire l'achat de l'aide requise, et ensuite il demande un remboursement de la part du programme d'*Accès au travail*. La subvention est également accessible aux travailleurs indépendants.

Le programme paie généralement un certain pourcentage du total de la dépense approuvée, en fonction du temps écoulé depuis que la personne est employée, de l'aide nécessaire, etc...⁹⁵. Aucune aide n'est accordée si la dépense est inférieure à £300; une aide de 80% est versée si la dépense se situe entre £3 000 et £10 000; elle est de 100% pour les dépenses supérieures à £10 000. Toutefois, Accès au travail prend 100% de certaines dépenses à sa charge, dont le coût d'un auxiliaire de vie, quand il est approuvé; le coût des trajets entre le travail et le domicile; et l'aide d'un interprète lors d'entretiens.

Toute aide est attribuée pour un maximum de trois ans, après quoi le Service de l'emploi réexamine la situation⁹⁶.

4.2.2.5. *Un Pas vers le travail* (workstep)

Institué le 1^{er} avril 2001, *Un Pas vers le travail* a remplacé l'ancien Programme d'emploi assisté. D'après les prospectus qu'il publie, sa mission consiste à fournir «une assistance dans l'emploi à plus de 22 000 personnes handicapées, qui se trouvent confrontées à des obstacles compliqués pour obtenir ou garder un emploi mais qui peuvent réellement travailler si elles reçoivent l'assistance appropriée». L'idée est de fournir du travail dans un environnement de soutien et, partout où c'est possible, de pousser la personne vers l'emploi général.

⁹⁵ Pour les chômeurs qui débutent dans un emploi, tous les travailleurs indépendants et les employés qui occupent leur emploi depuis moins de six semaines, le programme prend à sa charge 100% des dépenses approuvées.

⁹⁶ Service de l'emploi, Programme Accès au travail, site *Jobcentre Plus*: website; www.jobcentreplus.gov.uk.

Essentiellement, donc, *Un Pas vers le travail* est une variété de travail protégé qui mène parfois vers l'emploi général. Le Service de l'emploi gère le programme et passe des contrats avec quelque 200 localités, organisations bénévoles et Remploy Ltd. (le plus grand fournisseur d'emplois assistés) pour fournir les emplois⁹⁷. Les employés peuvent travailler dans toute une gamme d'organisations de différentes sortes, comprenant de petits magasins, des entreprises nationalisées, et le secteur public. Certains sont employés dans des usines et des affaires commerciales subventionnées qui sont gérées directement par le programme.

L'élément déclencheur du programme remonte à un document consultatif de 1990, qui proposait qu'à long terme, «l'emploi dans des usines spéciales soit limité aux personnes qui ne peuvent pas être assistées de façon adaptée dans des emplois spéciaux aménagés à l'extérieur et qu'à la fin, la masse des emplois fournis consiste en des emplois spéciaux⁹⁸». Toutefois, ce «rééquilibrage», comme il fut baptisé, ne se produisit pas, et de loin, dans la proportion que les avocats de l'emploi normal pour les handicapés avaient espérée. Écrivant plus d'une décennie plus tard (2001), Floyd et Curtis notèrent:

Le Document consultatif de 1990 reconnaissait également que les progrès, au sein et à partir des emplois spéciaux, étaient à l'époque très limités, déclarant qu'en 1988–1989 seulement 93 employés de Remploy (sur un effectif de plus de 8 000) avaient trouvé un emploi normal. La situation est toujours essentiellement la même aujourd'hui⁹⁹.

⁹⁷ Comme on l'a noté plus haut, Remploy Ltd. est une entreprise publique fonctionnant comme une société commerciale, qui procure des compléments de formation et des possibilités d'emploi aux personnes handicapées.

⁹⁸ Floyd and Curtis (2001: 17). Dans les usines ou les ateliers protégés, la majorité des travailleurs sont des personnes handicapées, bien que les postes de contrôle et/ou de direction soient souvent occupés par du personnel non-handicapé. Un emploi protégé se trouve, de manière typique, sur un lieu de travail normal, où certains emplois ont été «mis de côté» pour être occupés par des personnes handicapées, mais où la majorité des employés ne sont pas handicapés. Ce dernier système constitue une amélioration par rapport au précédent, mais il est encore insuffisant par rapport au véritable emploi normal, où les personnes handicapées sont recrutées et promues aux mêmes emplois que les personnes non-handicapées.

⁹⁹ Floyd et Curtis (2001: 17).

Le nouveau programme *Un Pas vers le travail* est censé tenter de s'attaquer à ce problème, en réservant 37,2 millions de livres supplémentaires sur trois ans (en plus des 161 millions de livres précédemment dépensés pour le Programme d'emploi assisté) pour permettre aux organisations qui distribuent ce programme de se moderniser et d'offrir un ensemble flexible d'aides aux employés et aux employeurs. Environ un quart des fonds seront utilisés pour assurer des emplois supplémentaires à *Un Pas vers le travail*. L'espoir est que ce soutien à l'emploi va être de plus en plus utilisé comme un moyen de fournir une réadaptation et une formation professionnelles qui vont permettre aux gens de rejoindre le monde du travail normal, plutôt que de devenir l'objet de placements permanents.

4.2.2.6. *Le Projet pilote de conservation et réadaptation à l'emploi* (job retention and rehabilitation pilot)

Ce projet pilote est l'une des initiatives les plus significatives de la Nouvelle Donne. Il aide les personnes dans les débuts de leur maladie ou de leur invalidité, quand ils exercent encore leur emploi et avant qu'ils ne demandent l'IB. La motivation du gouvernement est aiguillonnée par des statistiques qui montrent que, chaque semaine, près de 3 000 personnes passent de l'Indemnité légale de maladie à la Prestation d'incapacité (normalement, au bout de 28 semaines). Environ 80% des personnes en question ne retravailleront pas dans les cinq années suivantes. C'est pourquoi, dans le budget 2000, le gouvernement annonça son intention de mesurer l'efficacité de la démarche qui consiste à *aider les personnes au travail* avant qu'elles ne tombent malades¹⁰⁰. Le projet va éprouver l'efficacité d'interventions concentrées sur l'amont, en faveur d'employés ou de travailleurs indépendants qui courent le risque de perdre leur emploi du fait de leur mauvais état de santé ou de leur invalidité, et qui ont été absents du travail depuis au moins six semaines. Il se déroulera dans dix zones géographiques différentes du Royaume-Uni et, en recourant à des participants volontaires, essaiera trois types de stratégies différentes pour fournir une aide supplémentaire: soit à travers le lieu de travail, soit à travers le système de santé, soit par une combinaison des deux. Le choix de l'une de ces trois

¹⁰⁰ 12 millions de livres ont été mises à part pour financer cela.

stratégies d'intervention sera aléatoire et comprendra le placement éventuel dans un groupe témoin qui ne recevra aucune aide des pourvoyeurs de services. L'évaluation de l'ensemble du projet a été confiée au Centre national de la recherche en sciences sociales¹⁰¹.

4.2.2.7. *Le Crédit d'impôt aux handicapés* (disabled person's tax credit DPTC)

L'un des principaux obstacles à la recherche d'un emploi par les personnes handicapées est qu'ils peuvent très bien se trouver dans une situation financièrement pire, après avoir quitté le système de prestations. Une source d'aide est constituée par le Crédit d'impôt aux handicapés (DPTC), accessible aux personnes qui travaillent au moins 16 heures par semaine et qui ont une maladie ou un handicap qui les désavantage pour obtenir un emploi¹⁰². Pour pouvoir y prétendre, leur épargne ne doit pas dépasser £16 000. Fait peut-être plus important, ce crédit peut aider les personnes qui deviennent handicapées pendant qu'elles travaillent, à garder leur emploi.

Le crédit d'impôt a remplacé l'Allocation de travailleur handicapé en octobre 1999, procurant un seuil de revenus plus généreux aux personnes qui remplissent les critères sus-mentionnés. Il est aussi marquant que le travailleur handicapé n'ait pas à attendre jusqu'à la fin de l'année fiscale pour recevoir le crédit, puisque les employeurs l'appliquent comme un complément aux salaires. Le montant du crédit varie en fonction du nombre d'heures travaillées et de la gravité du handicap.

Une nouvelle voie rapide pour accéder au DPTC fut instituée en octobre 2000 pour aider les personnes qui sont malades depuis 20 semaines mais qui peuvent faire une certaine quantité de travail, à rester dans leur emploi. Si quelqu'un entrant dans cette catégorie reçoit à ce moment la Prestation d'incapacité ou en recevait une au cours des 26 semaines précédant la demande, il a automatiquement droit au crédit d'impôt. En outre, quiconque recevant quelque une des autres prestations liées à l'invalidité, telles que l'Allocation

¹⁰¹ Site internet du Département du travail et des pensions (DWP), "Annex D – Strategy for increasing employment rates for disabled people": http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2001/nsnr/annex_d.htm.

¹⁰² Voir le site internet du Département du travail et des Pensions (DWP), "Disabled Person's Tax Credit": <http://www.dwp.gov.uk/gbi/5a58486.htm>.

compensatrice aux handicapés, l'Allocation d'invalidité grave, ou l'Allocation pour soins y a également automatiquement droit¹⁰³.

4.3. *Le soutien aux droits civils des handicapés (civil-rights-based support)*

En plus des programmes et des prestations de la Nouvelle Donne, les handicapés bénéficient d'une protection significative de leurs droits civils au Royaume-Uni. Celle-ci résulte d'un vaste effort, qui remonte à la fin des années 1970 et ensuite au travail de la Commission sur les limitations affectant les handicapés, instituée en 1979. En 1982, cette commission publia un rapport recommandant l'adoption d'«une législation qui rendrait toute discrimination pour motif d'invalidité illégale¹⁰⁴». Durant les 15 années suivantes, différents parlementaires déposèrent des propositions de lois à titre individuel, mais, comme il arrive souvent, aucune ne fut adoptée. Les propositions étaient modelées sur la Loi sur les Américains handicapés (ADA), à la suite de sa promulgation en 1990. En mai 1994, les pressions croissantes devinrent si fortes que le gouvernement conservateur annonça qu'il allait soumettre un projet de loi, qui devint finalement la Loi sur la discrimination contre les handicapés (DDA) de 1995¹⁰⁵.

4.3.1. **La Loi sur la discrimination contre les handicapés de 1995**

Les dispositions de cette Loi, qui a trait à l'emploi, rendent illégal le fait, pour un employeur de 15 personnes ou plus (à l'origine 20 ou plus) d'exercer une discrimination contre une personne handicapée pour des raisons liées à son handicap sans justification¹⁰⁶. La protection s'étend à la décision première de l'employeur sur la question de savoir s'il va offrir un emploi à la personne, ainsi qu'à la manière dont il traite la personne une fois qu'elle est employée, ce qui inclut la décision de garder ou de licencier la personne à quelque moment que ce soit. Cette loi définit la discrimination comme le fait de traiter un employé handicapé de manière moins avantageuse que les autres pour une raison liée à

¹⁰³ Outre le *Crédit d'impôt aux handicapés* lui-même, les travailleurs handicapés qui ont des enfants peuvent également avoir droit à des crédits d'impôt pour charge d'enfants, destiné à contribuer aux dépenses qu'entraîne le fait d'élever un enfant.

¹⁰⁴ Floyd et Curtis (2001: 18).

¹⁰⁵ Floyd et Curtis (2001: 18).

¹⁰⁶ Floyd et Curtis (2001: 19).

son handicap, à moins que l'employeur puisse démontrer qu'un tel traitement est justifié. Elle dispose également qu'il est discriminatoire, de la part d'un employeur, de ne pas procéder à des *adaptations raisonnables* aux conditions de travail, à moins que ce défaut d'action soit justifié. Comme dans le cas de l'ADA américaine, la notion d'adaptation raisonnable n'est pas absolue, mais plutôt sujette à des considérations de coût et de profit, d'échelle, de troubles pour l'effectif, et ainsi de suite, mais elle est néanmoins applicable à tous les aspects de l'emploi, tels que l'embauche, la promotion, le licenciement, etc. De telles adaptations peuvent inclure des modifications du lieu de travail ou des équipements, une répartition différente des tâches, des changements d'horaire de travail ou de lieu de travail, la mise à disposition de lecteurs ou d'assistants etc.

Le gouvernement travailliste a annoncé une extension significative de la DDA pour octobre 2004¹⁰⁷. Selon cette annonce, l'exemption actuelle dont bénéficient les employeurs de 15 employés ou moins va prendre fin; et la portée de cette loi va être étendue pour couvrir les métiers supplémentaires suivants: associés d'affaires, gardiens de prison, policiers, pompiers, avocats, conseillers municipaux et métiers à bord des avions et des navires. Selon le gouvernement, «en conséquence, sept millions d'emplois supplémentaires, dont environ 600 000 sont tenus par des personnes handicapées, seront couverts par cette loi». Cette extension signifie que tous les employeurs, à l'exception des forces armées, passeront sous le régime de cette loi d'ici 2004.

4.3.2. Le Comité pour les droits des handicapés (*disability rights commission DRC*)

Un Comité pour les droits des handicapés (DRC), indépendant, fut institué au Royaume-Uni en avril 2000. Il joue un rôle éducatif et consultatif, et il cherche à influencer sur l'opinion publique et à faire progresser les bonnes pratiques en travaillant avec les employeurs et les prestataires de services¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Site Internet du Département du travail et des Pensions (DWP), "Annex D – Strategy for increasing employment rates for disabled people": http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2001/nsnr/annex_d.htm.

¹⁰⁸ Il reçut à l'origine une subvention annuelle de 11 millions de livres. En conséquence des nouvelles missions qui lui furent imparties en rapport avec la Loi sur les handicapés et leurs besoins spéciaux de formation, le montant de la subvention passa à £13,5 millions.

Bien qu'il vise à réaliser des changements de société par des conseils et des arbitrages autant que faire se peut, le Comité a aussi des pouvoirs de contrainte, y compris autorité pour exiger des informations; émettre des avis anti-discriminatoires et exiger la remise d'un plan d'action pour lutter contre les discriminations; adresser des injonctions contre des discriminations persistantes; passer des accords avec des parties; et publier des Codes de bonne conduite¹⁰⁹. Le pouvoir d'aller en justice donne un poids significatif au Comité. Le Comité est constitué de 15 membres, y compris le Président, nommé par le Secrétaire d'Etat. En plus du Président, Bert Massie, neuf d'entre eux sont handicapés. Ils représentent une large palette d'intérêts et d'expertises au sein de la communauté handicapée et, plus largement, de la société. Le DRC emploie environ 150 personnes dans ses bureaux de Londres, de Manchester, d'Edimbourg, et de Cardiff.

L'un des rôles-clés du DRC consiste à aviser le gouvernement de la manière dont la DDA et la Loi sur le Comité pour les droits des handicapés fonctionnent. Pour évaluer cela, il peut entreprendre des enquêtes officielles sur la manière dont les handicapés sont traités dans des organisations ou des secteurs particuliers et sur des actes illégaux commis par des organisations particulières. Il peut aussi mener des recherches pour nourrir d'informations le débat et les décisions politiques, et pour apprécier dans quelle mesure la loi s'appliquant aux droits des personnes handicapées fonctionne. Il fournit des consultations directes sur ces questions aux services du Cabinet¹¹⁰.

¹⁰⁹ Le Secrétaire d'Etat a le pouvoir d'accepter ou de rejeter un Code de bonne conduite du DRC mais il n'a pas le pouvoir d'y apporter des changements.

¹¹⁰ Par exemple, en novembre 2001, il répondit à une question du bureau du Cabinet sur les transports et l'exclusion sociale, en apportant des commentaires sur 36 points ayant à voir avec toutes sortes de modes de transport et avec la manière dont les difficultés d'accès peuvent mener à l'exclusion sociale et à l'insécurité. La réponse du DRC insiste à plusieurs reprises sur l'urgence d'adopter une approche cohérente, où «la conception et le fonctionnement de transports publics accessibles sont traités comme une chaîne dont tous les éléments sont compatibles». Ses remarques étaient très critiques à l'égard des efforts faits jusqu'alors dans de nombreux domaines. En ce qui concerne le réseau du métro, le rapport dit: «Aucun effort réel n'avait été fait pour s'attaquer à l'inaccessibilité du métro jusqu'à très récemment, et, même depuis, de nouvelles stations inaccessibles ont été ouvertes.»

Le DRC travaille aussi avec les organisations pour les droits des handicapés, les employeurs et les prestataires de soins. En partenariat avec les premières, il a lancé des campagnes importantes d'éducation publique, baptisées *Les actes parlent plus fort que les mots* et *Eduquer à l'égalité*. Il a également fait paraître récemment un nouveau Code de bonne conduite couvrant la Partie III du DDA, qui concerne les Droits d'accès aux produits, aux installations, aux services et aux différents lieux. Ce Code donne des applications précises à la loi existante, et il explique comment les prestataires de services doivent enlever ou modifier tout obstacle physique à l'accès des handicapés d'ici octobre 2004.

En somme, le DRC fonctionne à la fois comme un baromètre mesurant dans quelle mesure le gouvernement et la société garantissent des droits complets de citoyens aux handicapés, et comme une autorité et une "tribune" s'attaquant aux manquements qui ont été identifiés. Le Comité prend des initiatives: loin d'attendre d'être invité par le gouvernement à se mêler de différents problèmes, il considère comme à la fois son droit et son devoir de peser sur les politiques qui affectent la vie des personnes handicapées.

4.3.3. Les campagnes de sensibilisation et d'éducation publiques

Le gouvernement est aussi en train d'essayer de modifier la compréhension qu'a le public des obstacles auxquels les handicapés sont confrontés dans la société et de les sensibiliser aux exigences de la Loi sur les discriminations contre les handicapés. En juin 1999, il lança une campagne baptisée *Voir la personne*, qui comprenait des annonces à la télévision, à la radio et dans la presse, ainsi que des affiches, des articles et des conférences de presse. Tous ces messages incluaient un numéro de téléphone pour des informations et des conseils plus détaillés. Une seconde phase, intitulée *Qu'avez-vous à offrir?* fut lancée en octobre 2000. Il s'agissait d'une campagne d'affiches qui s'adressait spécialement aux entreprises de petite et de moyenne taille fournissant des biens et des services aux particuliers. Les affiches expliquaient quels changements simples peuvent rendre les services accessibles aux personnes handicapées¹¹¹.

¹¹¹ Comme on l'a mentionné plus haut, le DRC a également lancé deux campagnes d'éducation publique.

4.4. *L'Etat comme employeur modèle*

Comme en Hollande et en Suède, les personnes interrogées furent unanimes à dire que l'Etat devrait faire davantage pour donner l'exemple d'un employeur modèle. Il fut néanmoins généralement mentionné que le bilan de l'Etat dans ce domaine était plus aisé à établir dans le passé. Cela est dû au fait que, jusqu'au vote de la Loi sur les discriminations contre les handicapés de 1995, les services de l'Etat devaient respecter un programme de quotas et rendre compte du pourcentage de leurs effectifs qui étaient inscrits comme handicapés¹¹². La Loi sur les discriminations contre les handicapés (DDA) abolit le régime de quotas, supprimant par-là à la fois les objectifs et le système de comptes rendus.

Pour le côté positif, on rapporte que le Bureau du recrutement de la fonction publique met toute son énergie à insister pour qu'il se trouve des handicapés parmi les personnes nommées dans différentes commissions. En conséquence, le DRC reçoit de manière quasi quotidienne des candidatures à tout un éventail de commissions qui n'ont rien à voir particulièrement avec les handicapés, autrement qu'en tant que citoyens¹¹³.

De plus, virtuellement tous les postes, à l'exception de ceux des forces armées, seront couverts par la DDA en octobre 1994, comme on l'a expliqué plus haut. Cela éliminera toute possibilité de discriminations contre des handicapés candidatant à des emplois publics, même si la loi en question ne donne pas pour mandat à l'Etat de faire progresser activement l'emploi des handicapés.

En somme, donc, il semble que le gouvernement britannique ait agi énergiquement pour inciter les entreprises privées à embaucher et à garder les personnes handicapées, mais qu'il n'ait qu'en partie réussi, jusqu'à présent, à atteindre ces objectifs en ce qui concerne ses propres pratiques de recrutement.

¹¹² Voir section 4.2.1.

¹¹³ Bert Massie, président du DRC, correspondance personnelle en date du 12 juillet 2002.

5. Modèles, leçons et politiques pièges

Une comparaison entre les trois pays révèle quelques caractéristiques marquantes. Celles-ci sont liées non seulement aux raisons qu'on peut avancer pour expliquer les taux élevés de titulaires de pensions d'invalidité dans leurs populations respectives, mais aussi aux réformes adoptées et aux résultats obtenus à la date d'aujourd'hui. Sur la base de ces caractéristiques, cette section offre quelques recommandations générales pour concevoir et réorganiser une politique en matière de pensions d'invalidité. Il est important de noter au départ, toutefois, que ces recommandations se heurtent à certaines limites:

Il faut mettre en garde contre le fait que, comme on l'a déclaré au début, tout régime d'invalidité est influencé par des facteurs économiques, historiques et culturels, ce qui en fait, dans une très grande mesure, le produit de l'environnement où il fonctionne. On peut voir dans les trois régimes étudiés les traits spécifiques au pays, qui font qu'ils ont des niveaux plus ou moins élevés de salaire de remplacement, des degrés divers de sévérité dans les critères d'ouverture des droits, et des formes variées de gestion du régime et d'élaborations de politiques. Ces différences excluent toute prescription du genre "prêt-à-porter" en matière de réforme des pensions d'invalidité. Les présentes recommandations sont donc offertes à titre d'indications générales, faites pour être adaptées à des environnements et à des circonstances particulières.

Deuxièmement, comme cela a été souligné tout au long du présent rapport, la bataille contre le surcroît d'invalides est loin d'être gagnée, qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre des trois pays étudiés. Même si les réformes poursuivies dans ces pays peuvent suggérer des stratégies pour ailleurs, il reste dans la plupart des cas un élément d'incertitude sur la question de savoir quelles politiques d'interventions marchent, lesquelles ne marchent pas, et pourquoi.

Avec ces mises en garde, voici sept indications générales en matière de politiques, sur la base des expériences nationales:

5.1. Ne pas utiliser les régimes de pensions d'invalidité pour s'attaquer à d'autres problèmes sociaux

Il peut sembler évident que les régimes en matière d'invalidité devraient être réservés aux personnes atteintes de handicaps sévères, tels que le prévoit la

loi. Toutefois, pour simple que ce principe puisse paraître, les critères d'attribution des trois programmes en matière d'invalidité étudiés ont été détournés pour permettre au régime de s'attaquer à d'autres problèmes sociaux. La lutte durable du gouvernement hollandais pour juguler le régime de l'invalidité a ses racines dans l'utilisation du régime il y a plus de 20 ans pour atténuer un chômage élevé. C'est également un fait avéré que les pratiques britanniques des années 1980, et même ultérieures, se sont reposées sur le programme de l'invalidité pour résoudre les problèmes de chômage des travailleurs masculins âgés. Plus récemment, le gouvernement suédois s'est mis à s'inquiéter du fait que les travailleurs individuels, les syndicats, les employeurs, et les services locaux de protection sociale se livrent à une coopération implicite pour utiliser l'invalidité comme une préretraite.

Il est compréhensible que les gouvernements éprouvent le besoin de s'attaquer au niveau élevé du chômage, et qu'ils puissent par moment chercher à libérer des emplois pour les jeunes travailleurs en poussant lentement les travailleurs âgés hors de la population active. Toutefois, il existe des pièges financiers à utiliser le régime de l'invalidité à cette fin. Au point de vue à la fois de la politique et des dépenses, il vaut bien mieux, dans des situations pareilles, prolonger les allocations chômage que transformer la nature du régime de l'invalidité. Quelles que soient les dépenses supplémentaires en matière de chômage, elles sont légitimes et devraient être affrontées directement, alors que faire passer les chômeurs à l'invalidité implique des dépenses bien plus durables et obscurcit les objectifs du régime. Les études portant sur les trois pays sans exception montrent qu'une fois que les portes du régime d'invalidité sont ouvertes aussi largement, il est très difficile de les refermer.

5.2. Utiliser des expériences à petite échelle comme une base pour des changements de politique à grande échelle

Etant donné le manque de prescriptions claires en matière de politique de réduction du taux de dépendance des pensions d'invalidité, des expérimentations et des projets pilotes à petite échelle sont des instruments utiles pour identifier des interventions efficaces. Elles peuvent repousser les bornes de la compréhension, en mettant à l'épreuve la pertinence de méthodes essayées ailleurs, dans des contextes économiques, législatifs et sociaux différents. En

outre, des expériences à petite échelle peuvent contribuer à faire éviter des erreurs majeures de politique de réforme des régimes de l'invalidité. Une grande prudence pour ne pas faire d'erreurs est exigée, parce que les pensions sont un minimum vital pour la plupart des personnes qui sont handicapées. Pour cette même raison, la participation à des projets pilotes et à des expériences devrait être volontaire. La Nouvelle Donne pour les handicapés, au Royaume-Uni, offre le modèle d'une telle expérience et une indication de son efficacité potentielle en tant que base pour concevoir des réformes à l'échelon national.

5.3. S'efforcer d'adopter une approche multidimensionnelle

Comme on l'a montré pour les trois pays, les pensions d'invalidité font partie d'un réseau complexe de dispositifs et de prestations publics qui interagissent de manière compliquée et parfois inattendue. En outre, les communautés plus larges au sein desquelles vivent les personnes handicapées exercent sur elles toute une variété d'influences incitatives et dissuasives, financières et autres. Ce tableau complexe doit être pris en compte quand on redéfinit les systèmes de pensions d'invalidité. Comme on l'a montré dans le profil des pays, les règles concernant les prestations peuvent interagir de manière significative avec les politiques fiscales, tout comme avec l'accès aux transports, la protection de l'emploi, les services sociaux, les lois anti-discriminatoires, etc. Cela milite en faveur d'une approche réformatrice multidisciplinaire qui s'attaque aux problèmes sur différents fronts à la fois. Cette perspective large peut être obtenue, par exemple, en donnant pour mandat à une institution publique spéciale d'adopter une vue globale de la situation et de concevoir des projets qui prennent cette complexité en compte. Le Médiateur pour les handicapés en Suède et le Comité pour les droits des handicapés au Royaume-Uni, fournissent en la matière des exemples utiles.

5.4. Faire en sorte que le travail paie

Un défi clé de la restructuration des pensions d'invalidité consiste à rendre le travail attractif et rentable. Le défi provient de ce qu'il faut fournir un niveau d'aides convenable à ceux qui ne peuvent pas travailler, tout en maintenant des incitations financières pour les autres personnes qui ont un reste de capacité de travail. Cette condition est particulièrement difficile à remplir dans les pays ayant un niveau élevé de solidarité sociale, reflété par des prestations

d'invalidité généreuses. Et pourtant, à moins que travailler ne soit rendu plus avantageux que le statut de bénéficiaire de prestations sociales, il est probable que le niveau maximal d'emploi ne sera pas atteint. Instituer un écart entre les niveaux des prestations et des salaires est essentiel pour prévenir ce risque, mais il existe également d'autres instruments et éléments. Les services sociaux, l'assistance d'une tierce personne, les subventions de transport et leur accessibilité, les aménagements du lieu de travail, les allocations familiales, des logements accessibles, et des crédits d'impôts, tout cela peut être utilisé pour augmenter le caractère attractif du travail. Quelle que soit la manière dont cela est obtenu, les réformateurs doivent garder les yeux fixés sur le budget des titulaires d'une pension d'invalidité: travailler est-il rentable ou non? Si l'on ne fait pas face d'emblée à cette question et si l'on n'y répond pas, il ne faut pas s'attendre à ce qu'une réforme visant à accroître l'emploi réussisse.

5.5. Formuler des projets à travers un dialogue social qui inclue toutes les parties affectées, y compris les handicapés

Comme toutes les réformes de politique sociale, la restructuration des pensions d'invalidité est une tâche difficile qui exige de la coopération parmi les divers partenaires concernés, ce qui comprend les employeurs, les syndicats, les services de l'Etat, et les personnes handicapées elles-mêmes. Pour qu'une réforme réussisse, toutes ces parties prenantes doivent accepter, ou du moins ne pas contrarier activement, sa mise en place. Pour remporter une telle adhésion, les réformes doivent être appropriées, à travers un processus de véritable dialogue social entre les partenaires concernés. De cette façon, la réforme prend forme et se trouve progressivement affinée pour refléter les points de vue de ceux qui sont les premiers intéressés à ses résultats, et les coûts et les avantages sont répartis d'une manière qui est considérée comme équitable par les participants.

Un tel dialogue social n'aura de succès qu'en fonction de son étendue. Les employeurs doivent être pleinement impliqués, tout comme doivent l'être les syndicalistes, les services de l'Etat, et les personnes handicapées elles-mêmes. Comme les descriptions l'ont montré, cette dernière condition n'est pas toujours remplie aujourd'hui dans les trois pays étudiés. Ce défaut s'enracine en partie dans l'inquiétude suivante: on a peur que les personnes handicapées, en tant que bénéficiaires directes des politiques en question, utilisent leur poids à la table des négociations pour s'opposer à tout changement qu'elles

percevraient comme dommageable. Pourtant, les personnes handicapées sont aussi celles qui ont la plus grande connaissance des obstacles qu'elles rencontrent et des meilleurs moyens pour inciter à la réadaptation et au travail. L'expérience du Royaume-Uni montre que, dans de bonnes circonstances, cette connaissance peut être utilisée très efficacement pour concevoir des réformes. Ainsi, impliquer des handicapés dans le processus de réforme n'est pas seulement une affaire de justice, c'est aussi un facteur important de succès.

5.6. Conserver un processus rigoureux d'appréciation des droits à prestations, qui repose sur des preuves médicales objectives

L'expérience de la Hollande illustre les problèmes qui peuvent surgir quand le droit à une pension d'invalidité est déterminé sans preuves médicales à l'appui. Faute de rapports médicaux, de tests, ou d'examens de laboratoire au moment de l'appréciation de l'invalidité, les médecins de l'assurance sociale peuvent seulement se fier à ce que les ayants droit leur disent au sujet de leurs symptômes et de leur capacité de travail. Cela crée un espace pour la subjectivité dans le processus d'attribution, est cause de variabilité entre les différents décideurs, et fait courir le risque que les normes ne dérivent vers un laxisme de plus en plus grand. Au contraire, exiger une description médicale rigoureuse des déficiences décourage les demandes infondées et contribue à augmenter l'uniformité des décisions. Les preuves objectives que constituent les indices, les symptômes et les tests médicaux devraient fournir un barème selon lequel tous les demandeurs seraient évalués. Une fois que les conditions médicales seraient remplies, l'appréciation de la capacité fonctionnelle et professionnelle restante devrait suivre, mais le recours préalable à des normes médicales offre plus de justice, de cohérence et de fiabilité¹¹⁴.

5.7. L'Etat doit donner l'exemple

Pour que les politiques gouvernementales de promotion de l'emploi et de conservation des emplois soient crédibles aux yeux des employeurs du secteur privé, les entités du secteur public doivent être des employeurs modèles en

¹¹⁴ Actuellement, une prise de conscience et une inquiétude grandissante au sujet de ce manque de base médicale ont amené le gouvernement hollandais à envisager de recourir à une sorte de liste d'ordre médical comme à un barème.

ce qui concerne l'embauche, l'adaptation et la promotion des personnes handicapées. Ainsi, les employeurs privés ainsi que le grand public s'habituerait plus à voir des personnes handicapées parmi les gens qui travaillent. Cette situation, en outre, donne la possibilité de voir qu'ils sont compétents et fiables, toutes choses qui mènent à la destruction des préjugés sociaux à l'égard des travailleurs handicapés.

En toute justice, aucun des experts interrogés n'avait le sentiment que les services de l'Etat de son pays remplissaient encore très bien ce rôle de donneur d'exemple. Il s'avère néanmoins que des mesures sont à l'étude pour améliorer cette situation. Si l'on se fonde sur ces études, les premières démarches pourraient comprendre:

1. un système de traitement préférentiel qui contribue à faire passer les candidats handicapés en tête de la liste des candidats pour certains postes;
2. le renoncement à la limitation du nombre d'embauches dans les cas où un service de l'Etat accepte d'engager un travailleur handicapé;
3. l'institution d'un système de suivi et de compte rendu des résultats obtenus par les services de l'Etat pour ce qui est d'embaucher et de garder des travailleurs handicapés; et, à tout le moins
4. l'interdiction d'utiliser des fonds publics pour des projets immobiliers qui ne répondent pas aux normes d'accessibilité pour tous.

Lors de la Journée européenne des handicapés (3 décembre 2001), se tint un colloque intitulé "Discrimination par le design", afin de se concentrer sur ce problème qui affecte les 37 millions d'Européens handicapés. D'après le compte rendu:

L'égalité des chances et l'accès de tous aux bienfaits de la prospérité sont des principes fondamentaux du modèle social européen, et pourtant, les personnes handicapées continuent à manquer à la fois de possibilités et d'accès à des biens et à des services de toutes sortes. Un nombre bien trop grand de produits, d'environnements et de services en Europe, sont simplement conçus sans qu'on ait l'utilisateur handicapé à l'esprit, et cela vaut presque autant pour les nouveaux produits et services que pour ceux qui existent déjà. Cette situation est clairement intenable¹¹⁵.

¹¹⁵ Commission européenne (2001).

De tels colloques cherchent à indiquer la voie du changement, mais c'est aux gouvernements et à leurs partenaires sociaux d'instituer des politiques qui soient cohérentes et décidées, s'ils espèrent améliorer le tableau de l'emploi pour leurs nombreux citoyens qui, soit ont un handicap, soit sont susceptibles d'en développer un¹¹⁶. Les défis de cette entreprise sont grands, mais, comme il est ressorti de la description de trois pays, grands sont aussi les coûts de l'inaction.

Bibliographie

- Aarts, L.J.M., R.V. Burkhauser, et P.R. DeJong (1996): *Curing the Dutch Disease: An International Perspective on Disability Policy Reform*, Aldershot, Grande-Bretagne, et Ashgate, Brookfield, VT, Etats-Unis.
- Bloch, F.S. et R. Prins (sous la dir) (2001): *Who Returns to Work and Why: A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*, International Social Security Association, New Brunswick, NJ, Etats-Unis, et Transaction Publishers, Londres, Grande-Bretagne.
- Bruinsma, H. et H. de Jongh (2000): "Werkenden in de WAO," *Economisch-Statistische Bericht (Bulletin de statistiques économiques)*, février 2000.
- Commission européenne (2001): Table ronde "Discrimination par le design," tenue le 3 décembre 2001.
- Conseil de l'assurance sociale nationale (RFV) (2000): *Social Insurance in Sweden 2000: After 55 – Welfare, Work, and Leisure*, RFV, Stockholm.
- Conseil de l'Assurance sociale nationale (RFV) (2001): *Social Security in Sweden*, monographie suédois pour la 27^e assemblée générale de l'ISSA, Stockholm.
- Department for Work and Pensions (2002a): "Annex D – Strategy for increasing employment rates for disabled people": http://www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2001/nsnr/annex_d.htm, page consultée le 20 septembre 2002.
- Department for Work and Pensions (2002b): "Disabled Person's Tax Credit": <http://www.dwp.gov.uk/gbi/5a58486.htm>, page consultée le 20 septembre 2002.

¹¹⁶ De plus, un accès doit leur être assuré, non seulement par la disposition architecturale, mais aussi par les technologies de l'information, la conception des sites internet, et la souplesse offerte par la possibilité de travailler depuis chez soi.

- Department for Work and Pensions (2002c): "New permitted work rules for people receiving incapacity benefits": <http://www.dwp.gov.uk/lifeevent/benefits/pwr.htm>, page consultée le 20 septembre 2002.
- Doeschot, R. (2001): "Social Security in the Netherlands," article non publié.
- Floyd, M. et J. Curtis (2000): "An Examination of Changes in Disability and Employment Policy in the United Kingdom," *European Journal of Social Security*, 2(4).
- Floyd, M. et J. Curtis (2001): "An Examination of Changes in Disability and Employment Policy in the United Kingdom," in W. van Oorschot et B. Hvinden (sous la dir) *Disability Policies in European Countries*, Kluwer Law International, La Haye.
- Geurts, S., M. Kompier et R. Grundemann (2002): "Curing the Dutch Disease? Sickness Absence and Work Disability in the Netherlands," *International Social Security Review*, 53(4), pp. 81–82, International Social Security Association, Genève.
- Hayden, Anders (1999): "Work-Time Reduction and the 'Dutch Economic Miracle'," communication faite au Progressive Economics Forum lors du Congress of Social Sciences and Humanities, le 8 juin 1999, www.web.net/32hours/.
- Inland Revenue (2002): "Disabled Person's Tax Credit," www.inlandrevenue.gov.uk/dptc.
- International Social Security Association (1995): *Developments and Trends in Social Security, 1993–1995*, ISSA, Genève.
- Kuption, C. et I.R. Zeitzer (2001): "Public Disability Programs under New Complex Pressures," in D. Hoskins, D. Dobbernack, et C. Kuption (sous la dir) *Social Security at the Dawn of the 21st Century*, New Brunswick, NJ, Etats-Unis, et Transaction Publishers, Londres, Grande-Bretagne.
- Lindqvist, Rafael (2001): "Swedish Disability Policy: From Universal Welfare to Civil Rights?" in W. van Oorschot et B. Hvinden (sous la dir) *Disability Policies in European Countries*, Kluwer Law International, La Haye.
- LISV (2000): *Kroniek van de sociale verzekeringen 2000*, LISV, Zoetermeer.
- Lonsdale, S. et M. Aylward (1996): "A United Kingdom Perspective on Disability Policy." in L.J.M. Aarts, R.V. Burkhauser, et P.R. DeJong (sous la dir) *Curing the Dutch Disease: An International Perspective on Disability Policy Reform*, Aldershot, Grande-Bretagne, et Ashgate, Brookfield, VT, Etats-Unis.

- Nesbitt, Laurie (2001): "Who is filling the WAO pool?" *Het Financieele Dagblad*, 24 juillet 2001, réédité par CTSV, Zoetermeer.
- OCDE (2002): *Transformer l'invalidité en capacité: des politiques pour faire progresser l'emploi et la sécurité du revenu des personnes handicapées* (en cours de préparation), Paris.
- Prins, R. (1990): *Sickness Absence in Belgium, Germany (FR) and the Netherlands: A comparative study*, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden (NIA), Amsterdam.
- Prins, R. et P.W.L.M.M. Beljaars (1996): "Combating the Dutch Disease: Recent reforms in sickness and disability arrangement in the Netherlands," *AS/tri Paper 1*, Leyde.
- Prins, R. (2001): "Disability Due to Mental Disorders: A Cross-National Exploration," *AS/tri Paper 6*, Leyde.
- Samhall (2002): "Facts about *Samhall*," <http://www.samhall.se/ViewDocEng.asp?TreeID=1947>
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1996): *SCP Sociaal en Cultureel Rapport 1996*, Rijswijk.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2000): *SCP Rapportage Gehandicapten 2000*, Rijswijk.
- van der Giezen, A.M. (2000): "Vrouwen, (werk)omstandigheden en arbeidsongeschiktheid (Les femmes, les conditions de travail, et l'invalidité)," LISV.
- van der Giezen, A.M., B. Cuelenaere, et R. Prins (1998): "Vrouwen vaker in de WAO?" ("Les femmes plus souvent au WAO?"), *Elseviers bedrijfsinformatie*.
- van der Giezen, A.M., G. Molenaar-Cox, et G. Jehoel-Gijsbers (1999): "Langdurige arbeidsongeschiktheid in 1998, een analyse van arbeidsongeschiktheidrisico's en ontwikkelingen in de tijd (L'invalidité de longue durée en 1998, étude des risques d'invalidité et des évolutions dans le temps)," LISV.
- van der Giezen, A.M., J.G. Fiseler, J.W.Nool, et A.F. Ramakers (2001): "De Uitvoering van de WAO door USZO (La gestion du WAO par l'USZO)," CTSV R01/10, Zoetermeer, CTSV. [L'USZO est l'entité administrative de l'assurance sociale pour les secteurs de l'Etat et de l'enseignement – note de l'auteur.]

- van der Giezen, A.M. et S.A.E. Geurts (2001): "Feiten en ficties over vrouwen in de WAO (Facts et inventions au sujet des femmes au WAO)," *Economisch-Statistische Bericht (Bulletin de statistiques économiques)*, 22 juin 2001, pp. 540–543.
- van Oorschot, W. et K. Boos (2001): "The Battle Against the Numbers: Disability Policies in the Netherlands," in W. van Oorschot et B. Hvinden (éd.) *Disability Policies in European Countries*, Kluwer Law International, La Haye.
- Veerman, T.J. et J.J.M. Besseling (2001): "Prikkels en Privatisering. Integreerend rapportage evaluatie wetgeving rond ziekteverzuim, WAO en reïntegratie," SZW, Hoofddorp, [Résumé en anglais fait par AS/tri (2001): "Incentives and Privatization. Integrated Report on the Evaluation of Legislation Relating to Sick Leave, Disability and Reintegration," Leyde.]
- Veerman, T.J., G. Jehoel-Gijsbers, R. Prins, et S.E. den Uijl (1998): "Psychische klachten en de WAO: een overzicht van cijfers en literatuur (Douleurs mentales et invalidité: passage en revue des chiffres et des études).," AS/tri and LISV, Leyde.

Remerciements

L'auteur, qui est seule responsable des erreurs éventuelles, souhaite remercier *Elaine Fultz, Dr.*, de l'Equipe d'Europe centrale et orientale de l'Organisation internationale du travail, pour ses conseils et son esprit critique en ce qui concerne la meilleure manière de traiter les questions ayant trait aux politiques et aux programmes pour les handicapés. Mes remerciements vont également à *Miklós Vörös*, pour l'aide qu'a constituée sa relecture.

Elle souhaite en outre exprimer sa reconnaissance pour l'aide sans prix que lui ont apportée de nombreux experts des trois pays étudiés, et sans qui ce projet n'aurait pas été réalisable.

Pays-Bas

Un remerciement tout particulier à *Anneke van der Giezen* du CTSV (appelé désormais *Inspectie Werk en Inkomen, IWI*) qui m'a non seulement fait part de son expertise, fourni documents et traductions au fur et à mesure des

besoins, et révisé mes premiers brouillons, mais encore m'a suggéré les noms d'experts à rencontrer, arrangé des entretiens et même invité à dîner – on ne saurait avoir de meilleure amie et collègue qu'elle.

Également ma reconnaissance du fond du cœur aux Dr. *Rienk Prins* et *Theo Veerman* de l'AS/tri, qui m'ont donné généreusement de leur temps en me rencontrant, m'ont fait part de leur savoir et de leurs documents, et ont ensuite eu l'amabilité de bien vouloir relire les premières versions de cette étude et me fournir une aide supplémentaire à leur sujet.

Ma sincère gratitude à *Yolan Koster-Dreese* de Kantel Konsult, pour sa gracieuse hospitalité et son amitié sans prix. Merci d'avoir organisé une réunion avec plusieurs autres représentants hollandais des handicapés. Merci aux *Dr. Agnes van Wijnen* et *Janny P.E. Legendijk* de l'Alliance hollandaise des handicapés; *Ton Fennis* de Kantel Konsult; *Branko Hagen* de Kliq; et *Paul Kleingeld* de Patient practice.

Merci également aux personnes suivantes, qui ont pris du temps sur leurs emplois du temps chargés pour me rencontrer afin de répondre à mes questions et de me faire bénéficier de leurs intuitions: *Dr. J.P.A. Bakkum*; *Dr. ing. Henk van der Stelt*; *Dr. J.M. van Sonsbeek* du Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW); *Drs. Jan J.M. Besseling* et *Wout E.L. de Boer*, Docteur en médecine, du TNO Travail et emploi; *Simon Knepper*, Docteur en médecine, du LISV; et les *Dr. Dik Hermans*; *Anneke van der Giezen*; *Arthur Sterk*, Docteur en médecine; *Reinoud Doeschot*; *Jacqueline Vygen* du CTSV (désormais IWI).

Suède

Des remerciements particuliers à *Tomas Lagerwall*, secrétaire général de *Rehabilitation International* pour ses suggestions de très grande valeur quant aux personnes à rencontrer et interroger, et pour l'aide qu'il m'a apportée en arrangeant des rendez-vous avec des individus clés.

Ma reconnaissance à *Göran Smedmark*, *Ed Palmer*; *Inger Marklund*; *Perake Berg*; *Joakom Sofsrberg*, *Bodil Ljunghall*, *Peter Juselius*, *Kristina Jansson*, *Sisko Bergendorff*, *Ole Settergren*, et *Bodhi Pieris* du Conseil de l'assurance sociale nationale (RFV). Et un merci particulier à *Lisa Lindell* pour sa charmante hospitalité et son travail de liaison.

Remerciements également à *Ingemar Färm* et à *Gunilla Ekvall* de la Fédération suédoise des organisations de handicapés (HSO); à *Kicki Nordström* et à

Christina Welander de l'Union internationale des aveugles; à *Hans von Axelson* du Bureau du Médiateur pour les handicapés; et à *Jan Rydh* du ministère de la Santé et du Travail.

Royaume-Uni

Ma reconnaissance sincère à *Mike Floyd*, à *John Curtis*, et à *Mike Buckley*, Chef de Santé, handicap et travail, au ministère du Travail et des Pensions, pour avoir bien voulu relire ma première version. A *Patricia Thornton*, également, de l'Université de York, pour ses utiles suggestions au sujet de savoir qui rencontrer, et pour sa disponibilité à contribuer à ce projet.

Merci également à: *Anne Corden*, Unité de recherche sur les politiques sociales de l'Université de York; *Dr. Michael Floyd* de la City University; *John Curtis* du Service d'évaluation des handicaps en vue du travail; et *Bert Massie*, CBE; *Clare Stewart*; *Jane Dines* du Comité pour les droits des handicapés.

Table des tableaux

Un aperçu comparatif des réformes des pensions

d'invalidité en République tchèque, en Estonie et en Pologne

Tableau 1	Titulaires d'une pension d'invalidité et dépenses en matière de pensions d'invalidité (Pologne, Tchécoslovaquie, et Estonie, 1988, 1989)	19
Tableau 2	Titulaires de pensions d'invalidité et dépenses en matière de pensions d'invalidité, 1990 et 1995	22
Tableau 3	Pensions d'invalidité nouvellement attribuées: 1990, 1996, et dernière année connue	30
Tableau 4	Dépenses de pensions d'invalidité en pourcentage du PIB: 1990, 1995, et 2000	31

La protection contre l'invalidité en République tchèque

Tableau 1	Le nombre de pensions d'invalidité nouvellement liquidées et le nombre total de pensions d'invalidité au cours de la période 1980–1990	46
Tableau 2	La dépense totale en matière de pensions d'invalidité dans les années 1980 (milliards de CSK en valeur nominale, et en pourcentage du PIB)	47
Tableau 3	Montant moyen des pensions d'invalidité dans les années 1980 (en chiffres absolus et relatifs)	47
Tableau 4	Le nombre de pensions d'invalidité par catégorie d'âge dans les années 1980 (en chiffres absolus et relatifs)	48

Tableau 5	Pensions d'invalidité nouvellement liquidées et nombre total de pensions d'invalidité servies, 1990–1995	56
Tableau 6	Coût total des pensions d'invalidité dans la première moitié des années 1990 (en milliards de CSK et en pourcentage du PIB)	58
Tableau 7	L'emploi dans les coopératives industrielles, 1990–1995	59
Tableau 8	Principales caractéristiques de l'ancien et du nouveau système de pension d'invalidité	73
Tableau 9	Le nombre de nouvelles liquidations de pensions d'invalidité et le nombre total de pensions d'invalidité durant la période 1996–2000	76
Tableau 10	Montant moyen des pensions d'invalidité dans les années 1980 et 1990 (en chiffres absolus et réels)	78
Tableau 11	Coût total des pensions d'invalidité entre 1990 et 2000 (en milliards de CZK, en valeur nominale; et en pourcentage du PIB)	79
Tableau 12	Nombre de personnes handicapées (issues de la population active) au point de vue de l'activité économique (en chiffres absolus et relatifs), selon <i>Enquêtes sur la population active</i> , 1993–2000	83
Tableau 13	Nombre de personnes gravement handicapées (issues de la population active) au point de vue de l'activité économique (en chiffres absolus et relatifs), selon les <i>Enquêtes sur la population active</i> , 1993–2000	85

La protection contre l'invalidité en Estonie

Tableau 1	Durée de service ouvrant droit à une pension d'invalidité sous le régime de la Loi soviétique sur les pensions datant de 1956	105
Tableau 2	Pension d'invalidité en cas de maladie d'origine générale sous le régime de la Loi soviétique sur les pensions datant de 1956	105

Tableau 3	Pension d'invalidité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle sous le régime de la Loi soviétique sur les pensions datant de 1956	106
Tableau 4	Titulaires d'une pension d'invalidité en Estonie, 1975–1990	109
Tableau 5	Les ajustements des pensions d'invalidité en 1992	114
Tableau 6	Modifications dans le calcul des pensions d'invalidité, 1993–1999	118
Tableau 7	Principaux textes législatifs sur le système public de pensions et leurs implications pour les pensions d'invalidité, 1991–1994	119
Tableau 8	La répartition par âge des titulaires d'une pension d'invalidité, 1997–2000	121
Tableau 9	Nombre de personnes à qui le statut de handicapé est reconnu pour la première fois, par problème de santé, 1990–1999	122
Tableau 10	Comparaison des pensions d'invalidité et de l'indice des prix à la consommation (IPC), 1993-2000	126
Tableau 11	Comparaison de la pension d'invalidité de catégorie 1 et de la pension de vieillesse, 1993-2000 (en fin d'année)	127
Tableau 12	Part des dépenses de pensions d'invalidité dans le total des dépenses de pensions, 1992–1999 (en millions d'EEK)	127
Tableau 13	Dépenses de pensions d'invalidité rapportées au PIB, 1992–1999 (en millions d'EEK)	128
Tableau 14	Périodes de service requises pour une pension d'incapacité de travail	134
Tableau 15	Equivalence entre les pourcentages d'incapacité de travail et les anciennes catégories d'invalidité	140
Tableau 16	Répartition des titulaires d'une pension d'incapacité de travail, au 1 ^{er} janvier 2001	149

Tableau 17	Les pensions liées à l'invalidité aux termes des différentes lois	150
Tableau 18	Les prestations sociales aux handicapés, 2001	151
Tableau 19	Nombre de bénéficiaires aux termes de la Loi sur les prestations sociales aux handicapés, premier semestre 2001	152
Tableau 20	Traits principaux des réformes en matière de pension d'invalidité	154
Tableau A	Part des titulaires d'une pension d'invalidité dans la population et parmi l'ensemble des pensionnés, en 1991–2000 (en début d'année)	156
Tableau B	Répartition par sexe des titulaires d'une pension d'invalidité, 1997–2000 (en début d'année)	157
Tableau C	Taux des pensions d'invalidité (en EEK), 1993–1999	157
Tableau D	Rapports des pensions d'invalidité au salaire minimum, 1993–1999	158
Tableau E	Répartition par âge des titulaires d'une pension d'incapacité de travail Age (1 ^{er} janvier 2001)	159

La protection contre l'invalidité en Pologne

Tableau 1	Les dépenses en matière de pensions d'invalidité (en % du PIB)	168
Tableau 2	Le rapport de la pension d'invalidité mensuelle moyenne versée par le ZUS au salaire mensuel moyen	168
Tableau 3	Les causes d'invalidité parmi les titulaires de pensions d'invalidité du ZUS, 1990–1995	179
Tableau 4	Les principales causes d'invalidité, 1990 et 1995	179
Tableau 5	Les modifications du statut d'invalidité par suite des visites médicales de suivi, 1990–1995	180
Tableau 6	Les pensions d'invalidité nettes minimale et moyenne du ZUS et de la KRUS exprimées en pourcentage du salaire minimum net au second trimestre 2000	189

Tableau 7	Durée des droits pour les reconnaissances initiales d'incapacité de travail effectuées par le ZUS, 1995–2000 (sélection d'années)	190
Tableau 8	Pensions du ZUS pour incapacité de travail, décomposées en pensions permanentes et en pensions temporaires, 1997–2000	190
Tableau 9	Les maladies causes d'incapacité de travail du ZUS en 1995 et 2000	192
Tableau 10	Durée de versement des pensions d'incapacité de travail du ZUS en 1995 et en 2000	193
Tableau 11	Données sur la prévention médicale du ZUS	194
Tableau 12	Quantité et taux de croissance des pensions de formation, 1998–2000	197
Tableau 13	Hypothèse macro-économique de la projection	201
Tableau 14	Résultats des simulations selon trois scénarios montrant les effets possibles des réformes des pensions d'incapacité de travail du ZUS	202
Tableau 15	Les résultats des projections concernant la KRUS	204
Tableau 16	Taux d'emploi (en %) selon le handicap, le sexe, et le lieu de résidence, en 2000	209
Tableau A1	Le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité (en âge de travailler) en pourcentage de la population en âge de travailler, 1995	221
Tableau A2	Les pensions d'invalidité du ZUS, 1978–1988	222
Tableau A3	Les pensions d'invalidité des agriculteurs, 1978–1988	222
Tableau A4	Nombre de pensions d'invalidité nouvellement attribuées, 1990–2000	223
Tableau A5	Nombre de personnes touchant une pension d'invalidité, ZUS et KRUS, 1990–2000	224
Tableau A6	Les dépenses en matière de pensions d'invalidité, en pourcentage du PIB, 1990–2000	225

Tableau A7	La pension d'invalidité moyenne du ZUS, en chiffres bruts, 1992–2000	226
Tableau A8	Les prestations de réadaptation du ZUS en 1990–2000	227
Tableau A9	Les personnes handicapées de plus de 15 ans, selon leur statut d'invalidité et leur activité économique en 1996	228
Tableau A10	Taux d'invalidité officiel par groupe d'âge en 1996	229
Tableau A11	La répartition des salariés handicapés selon la catégorie professionnelle au second trimestre 2000, en %	229
Tableau A12	L'activité économique des handicapés âgés de 15 ans et plus sur la période 1992–2000	230
Tableau A13	Sélection d'indicateurs financiers pour les SWE, 1995–2000	233
Tableau A14	Sélection d'indicateurs financiers pour les SWE coopératives, 1995–2000	233
Tableau A15	Sélection de dépenses du PFRON	234
Tableau C1	Éléments clés de la législation concernant l'assurance sociale des agriculteurs entre 1990 et 2000	235
Tableau C2	Les changements législatifs influençant la rééducation professionnelle des handicapés en Pologne sur la période 1990–2000	237
Tableau C3	La déclaration d'invalidité	246

Les défis des politiques de pension d'invalidité: trois études de pays d'Europe de l'Ouest illustrant la bataille contre le surcroît d'invalides

Tableau 1	Les dépenses publiques pour les régimes et dispositifs liés à l'invalidité (1999)	252
Tableau 2	Dépenses pour les dispositifs liés à l'emploi des handicapés (en pourcentage du total des dépenses liées à l'emploi, 1999)	253
Tableau 3	Bénéficiaires invalidité du WAO	258
Tableau 4	Les prestations d'invalidité et de maladie en Suède, 1991–2001	283

Table des figures

La protection contre l'invalidité en République tchèque

Figure 1	Nombre d'handicapés dans les années 1980 (en milliers)	45
Figure 2	Diagnostics à l'origine des pensions d'invalidité liquidées en 1993	57
Figure 3	Nombre de nouvelles liquidations de pensions d'invalidité, 1980–2000	75
Figure 4	Nombre total de pensions d'invalidité 1980–2000	76
Figure 5	Comparaison des pensions d'invalidité (totale et partielle) au salaire moyen (brut), 1980–2000	78
Figure 6	Nombre moyen de l'ensemble des demandeurs d'emploi et des demandeurs d'emploi handicapés, selon les Enquêtes sur la population active 1993–2000 (en milliers)	84
Figure 7	Niveau d'instruction parmi les personnes handicapées (en pourcentage)	90
Figure 8	Niveau d'instruction de la population active (en pourcentage)	90

La protection contre l'invalidité en Estonie

Figure 1	Titulaires d'une pension d'invalidité, 1979–1990	108
Figure 2	Le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité, 1990–2000	121

Figure 3	La répartition par sexe des titulaires de pensions d'invalidité	122
Figure 4	Titulaires d'une pension d'invalidité, par catégorie, début 2000	124
Figure 5	Les pensions d'invalidité, aux termes de la Loi sur les allocations publiques de subsistance, 1993–1999	125

La protection contre l'invalidité en Pologne

Figure 1	Nombre de titulaires d'une pension d'invalidité par rapport au nombre d'affiliés au régime du ZUS, entre 1980 et 1988	167
Figure 2	Le rapport de la pension d'invalidité moyenne nette du ZUS (en ajoutant les pensions pour services dans l'armée et d'anciens combattants) et de la KRUS au salaire moyen net dans les années de 1989 à 1992	172
Figure 3	Pensions d'invalidité nouvellement attribuées en pourcentage des salaires, dans le cas des travailleurs manuels (le plus haut salaire du premier et du dernier décile pour le revenu), 1992	174
Figure 4	Les changements dans la répartition par âge des titulaires de pensions du ZUS, 1990–1995	177
Figure 5	Les dépenses consacrées aux pensions d'incapacité de travail par rapport au PIB, 1990–2000	188
Figure 6	Le ratio du nombre de prestations nouvellement attribuées au nombre d'affiliés au ZUS et à la KRUS, par âge, en 1998	198
Figure 7	Le taux de chômage dans l'ensemble de la population et parmi les handicapés	205
Figure 8	Les SWE et leurs employés handicapés, 1992–2000	206
Figure 9	Répartition des employés des SWE par degré de handicap en 1996 et en 2000	207
Figure 10	L'emploi des handicapés, 1992–2000	208

Figure 11	Le niveau d'instruction des personnes âgées de 15 ans et plus en 2000	210
Figure 12	Le pourcentage de chômeurs parmi les 15 ans ou plus, par niveau d'études, en 2000	211