
**ÉTUDE SUR LA COMPILATION DE DONNÉES
STATISTIQUES SUR LE HANDICAP À PARTIR DES
REGISTRES ADMINISTRATIFS DES ÉTATS MEMBRES**

**ÉTUDE FINANCÉE PAR LA DG EMPLOI, AFFAIRES SOCIALES
ET ÉGALITÉ DES CHANCES
(CONTRAT N° VC/2006/0229 – EUR 363 268,42)**

APPLICA & CESEP & EUROPEAN CENTRE

RAPPORT FINAL

NOVEMBRE 2007

L'analyse présentée dans ce rapport a été préparée par une équipe de recherche dirigée par Terry Ward, Stefanos Grammenos et Manfred Huber, et coordonnée par Nirina Rabemiafara. L'équipe était composée de Cécile Atta, Nicole Fondeville, Michael Fuchs, Christel Moons, Andrea Rosca, Fadila Sanoussi, Loredana Sementini, Isilda Shima et Rita Vanhatalo.

Des commentaires utiles ont été reçus de la part de Meindert Haveman (Université de Dortmund – DE), Deborah Mabbett (Birkbeck College, Université de Londres – UK), Anu Muuri (STAKES – FI) et Sergio Perelman (Université de Liège – BE).

Les personnes suivantes nous ont également apporté une aide précieuse pour la collecte des données : Elissa Dennis (UK), Pawel Gajewski (Université de Łódź – PL) et Jaroslav Kux (Research institute for labour and social affairs – CZ).

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|------------|
| RÉSUMÉ | 5 |
| Approche méthodologique | 5 |
| Sources | 6 |
| Principaux résultats | 7 |
| | |
| CHAPITRE I > LES BÉNÉFICIAIRES DE PENSIONS | 14 |
| 1. Les bénéficiaires de pensions d'invalidité | 14 |
| 2. Répartition par sexe | 24 |
| 3. Répartition par âge | 27 |
| 5. Répartition selon le degré de handicap | 33 |
| 6. Discussion méthodologique | 34 |
| Annexes | 37 |
| | |
| CHAPITRE II > ÉDUCATION | 41 |
| 1. Les besoins éducatifs particuliers | 41 |
| 2. L'enseignement ordinaire | 43 |
| 3. L'enseignement spécial | 50 |
| 4. Discussion méthodologique | 56 |
| | |
| CHAPITRE III > PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL | 58 |
| 1. Introduction | 58 |
| 2. Aperçu des données administratives | 59 |
| 3. Emploi ordinaire et emploi protégé | 64 |
| 4. Chômage et inactivité des personnes handicapées | 70 |
| 5. Discussion méthodologique | 74 |
| Annexes | 77 |
| | |
| CHAPITRE IV > CAUSES DU HANDICAP | 92 |
| 1. Les maladies | 92 |
| 2. Les accidents du travail et maladies professionnelles | 96 |
| 3. Les blessures de guerre | 99 |
| 4. Enquêtes nationales et européennes | 100 |
| 5. Discussion méthodologique | 100 |
| Annexes | 102 |
| | |
| CHAPITRE V > ACCÈS AUX SERVICES ET VIE AUTONOME | 109 |
| 1. Les services traditionnels de soins de longue durée | 109 |
| 2. Vers une plus grande satisfaction ? | 117 |
| 3. Autres services pour les personnes handicapées | 123 |
| 4. Discussion méthodologique | 129 |
| Annexes | 130 |

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude est de collecter des données à partir des registres administratifs nationaux dans les 25 Etats Membres (la Bulgarie et la Roumanie ne sont pas couvertes ici) sur la situation des personnes handicapées dans les domaines suivants :

- Prévalence du handicap
- Accès à l'éducation
- Marché du travail
- Causes du handicap
- Accès aux services et aux soins de longue durée.

Des rapports thématiques ont été élaborés sur la base de ces données, examinant la situation des personnes handicapées (nombre total et caractéristiques – sexe, âge, degré et type de handicap) dans l'Union européenne par rapport à chacun de ces thèmes.

Approche méthodologique

Les statistiques provenant de différentes sources administratives sont susceptibles de reposer sur des définitions et systèmes de classification différents. Par ailleurs, les définitions et critères du handicap peuvent également varier selon les objectifs des politiques, la législation et les normes administratives. Au sein d'un même pays, plusieurs définitions peuvent être en vigueur dans différents ministères selon leurs besoins. Le ministère de l'emploi utilisera par exemple une définition du handicap différente de celle utilisée par le ministère qui s'occupe d'aider les personnes ayant besoin de soins.

Afin de prendre en considération ces différences, certaines recommandations méthodologiques ont été développées lors de la collecte des données, soulignant le type de données requises ainsi que les informations qualitatives nécessaires pour avoir des données les plus comparables possibles entre les différents Etats Membres.

L'objectif est de rassembler des données sur les bénéficiaires de pensions d'invalidité mais aussi sur les personnes handicapées recevant un soutien au niveau de l'éducation et de l'emploi ainsi que sur celles bénéficiant de services qui les aident à être autonomes.

Les données administratives sur le nombre de personnes handicapées recevant une allocation liée à leur handicap couvrent principalement les bénéficiaires des régimes suivants : pensions d'invalidité (régimes contributif et non contributif) et les allocations versées en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Le problème du double comptage doit être considéré si l'on désire calculer le nombre total de personnes recevant des allocations liées à leur handicap dans un pays. En effet, certains individus handicapés peuvent recevoir plusieurs allocations à la fois et seraient donc comptabilisés autant de fois. Pour autant que faire se peut, des estimations ont été utilisées afin d'ajuster ces chiffres. Il faut noter que tous les fonds existants sont couverts dans la mesure du possible (les régimes pour employés, indépendants, fermiers et travailleurs agricoles, fonctionnaires et catégories spéciales de personnes etc.).

Des données ont également été collectées sur le nombre d'enfants et de jeunes adultes ayant des besoins spécifiques qui sont dans des écoles spéciales ainsi que ceux qui suivent un enseignement ordinaire.

Pour ce qui est du marché du travail, des données ont été collectées sur le nombre de personnes travaillant dans des ateliers protégés, le nombre de personnes reconnues handicapées ayant un emploi ordinaire (y compris ceux qui travaillent sous le régime des quotas), le nombre de personnes reconnues handicapées au chômage ainsi que le nombre de personnes reconnues handicapées qui sont inactives (c'est-à-dire ni en emploi ni au chômage).

Des informations ont également été collectées sur la cause du handicap : que ce soit à cause d'une maladie générale ou d'un accident (y compris les maladies congénitales), d'un accident ou d'une maladie professionnel(le) ou de conflits armés.

Pour finir, des données ont également été collectées sur le nombre de personnes handicapées bénéficiant de services les aidant à vivre de manière autonome. Les services en question couvrent les services traditionnels (en institution ou à domicile), les mesures de budget personnalisé (aussi appelés paiements directs) ainsi que d'autres types de services (tels que les allocations spéciales d'éducation pour enfants handicapés, les programmes de réinsertion professionnelle, les aides au logement ou au transport).

Les données correspondent en général à une date spécifique au cours de l'année (stocks). Dans certains cas, seules des données de flux (nombre de nouveaux bénéficiaires durant l'année) sont disponibles. Les données portent en général sur l'année 2005 (ou la dernière année disponible) ; lorsqu'elles sont disponibles, les données chronologiques à partir de 2000 sont présentées. Les données concernent les personnes de moins de 65 ans (celles sur les plus de 65 ans ne sont intégrées que dans la dernière section portant sur l'accès aux services).

Outre les données quantitatives, des informations descriptives ont également été collectées afin d'avoir une vision complète de la situation : degré minimum de handicap requis pour être éligible ? Possibilité de cumuler l'allocation avec d'autres indemnités d'invalidité ? Régime ouvert à tout le monde ? Régime sous condition de ressources ? (voir les Rapports qualitatifs par pays présentés en annexe).

Sources¹

Les sources principales sont :

- Les fonds de sécurité sociale et les ministères concernés pour des données sur les personnes recevant des pensions d'invalidité. Ces données couvrent en général les personnes ayant droit à ces allocations grâce à leur carrière professionnelle.
- Les organismes de protection sociale pour identifier les personnes recevant une aide au revenu liée à leur handicap. Cela concerne généralement ceux qui n'ont pas d'historique de contributions.

¹ Les Rapports qualitatifs par pays en annexe présentent les sources utilisées pour chaque série de données.

- Les fonds de pension et les ministères concernés pour identifier les personnes recevant des pensions ou allocations liées à des accidents du travail ou des maladies professionnelles.
- Les ministères de l'éducation, l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des élèves à besoins spécifiques ainsi qu'EURYDICE pour des données sur le nombre d'élèves à besoins éducatifs particuliers dans les écoles spéciales et dans le système d'enseignement général.
- Les ministères ou organismes chargés de gérer d'autres allocations (qui peuvent varier selon les pays).
- Les offices statistiques nationaux.
- La base de données sur les Politiques du marché du travail d'Eurostat (PMT) pour des données sur le nombre de personnes handicapées travaillant dans des ateliers protégés ainsi que sur celles qui sont embauchées sur le marché du travail ordinaire grâce à des subsides publics versés aux employeurs.
- Le Groupe de haut niveau sur le handicap a également été utile pour compléter certaines données (et/ou identifier des contacts nationaux susceptibles d'apporter leur aide).
- Plusieurs études, en particulier celle menée par l'Université Brunel pour la Commission européenne, analysant les définitions du handicap utilisées par les Etats Membres pour les données administratives, mais aussi les Tableaux Comparatifs sur la protection sociale dans l'Union européenne, publiés par MISSOC (Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États Membres de l'UE et de l'EEE) en janvier 2006.

Principaux résultats

Thème I – Les bénéficiaires d'allocations

Le nombre de personnes en âge de travailler bénéficiant d'une pension d'invalidité varie de manière significative selon les pays en raison des différents critères d'éligibilité (notamment le taux minimum de réduction de la capacité de travail). La proportion est comprise entre 2 et 11% dans les pays membres de l'Union.

Dans un certain nombre de pays, une distinction est faite entre les allocations de handicap versées par la sécurité sociale (régime contributif) et celles versées par l'assistance sociale (régime non-contributif). Ce qui implique un traitement moins favorable pour les personnes qui ne sont pas actives sur le marché du travail, par exemple les femmes souffrant d'un handicap (surtout dans les pays où la participation féminine au marché du travail est déjà faible).

Les allocataires d'indemnités pour cause d'accidents du travail ou de maladies professionnelles bénéficient de conditions d'éligibilité plus larges (notamment au niveau du degré d'incapacité), ce qui explique le nombre élevé de petites compensations.

La ventilation par sexe des bénéficiaires de pensions d'invalidité montre que le nombre de femmes est relativement faible à la fois en terme absolu et en terme relatif. Il semble néanmoins que la proportion de femmes parmi les nouveaux allocataires ait tendance à croître. On remarque une différence marquée entre les sexes au niveau des bénéficiaires

d'allocations pour cause d'accident/maladie professionnel(le), mais ceci peut en partie s'expliquer par la distribution sectorielle des travailleurs.

Le nombre relatif de bénéficiaires s'accroît de manière significative avec l'âge. On remarque en effet que lorsque l'analyse est limitée aux allocataires en âge de travailler, la majorité d'entre eux ont entre 45 et 60 ans (ou 65 ans).

Les données provenant des registres et celles résultant de l'enquête EU-SILC (statistiques communautaires sur le revenu et les conditions de vie) indiquent des résultats similaires concernant le nombre de personnes recevant des indemnités d'invalidité pour de nombreux pays. Il faut noter qu'une grande partie des personnes interrogées par l'enquête EU-SILC affirmant être fortement limitées dans leurs activités ne perçoivent pas d'allocations de handicap. Ces données sont cependant subjectives et le concept de « fortes limitations » peut être interprété très différemment selon les individus.

Pour ce qui est de la nature du handicap parmi les allocataires d'indemnités, les personnes souffrant d'une déficience mentale (intellectuelle et psychique) représentent une proportion importante du total (environ 40% en Espagne, en France, aux Pays-Bas, en Finlande et au Royaume-Uni, notamment parmi les allocataires sociaux et les nouveaux bénéficiaires). Il faut noter que les Etats Membres présentent généralement leurs données selon la Classification internationale des maladies et qu'ils sont peu nombreux à appliquer la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (sauf pour certaines mesures portant sur l'autonomie et les soins).

La ventilation des bénéficiaires d'allocations pour cause d'accident/maladie professionnel(le) selon le degré de handicap indique que ceux ayant un faible taux d'incapacité représentent une proportion importante. Une ventilation de ce type n'existe pas pour les pensions d'invalidité (qu'elles soient versées par la sécurité sociale ou l'assistance sociale) car le degré de handicap et les facteurs socio-économiques (éligibilité sous conditions de ressources) entrent en ligne de compte pour avoir droit à ces allocations.

Thème II – Éducation

Chaque Etat Membre affiche comme priorité l'intégration des élèves handicapés dans l'enseignement ordinaire.

Enseignement ordinaire

Le nombre d'enfants ayant des besoins spécifiques représente entre 0,5% et 2% des élèves âgés de moins de 20 ans. Les définitions utilisées par les pays sont cependant très différentes (voir annexe), et les données ne sont donc présentées qu'à titre indicatif.

Les données sur la répartition des enfants entre enseignement primaire et secondaire révèlent un très petit nombre d'enfants handicapés dans le système secondaire, peut-être parce que ceux-ci ont quitté les écoles ordinaires au profit d'écoles spéciales ou qu'ils ne sont tout simplement plus scolarisés.

Près de 60% des enfants concernés sont des garçons.

Les enfants souffrant de difficultés intellectuelles et d'apprentissage forment la majorité des enfants ayant des besoins spécifiques.

Enseignement spécial

Les données sur l'éducation spéciale sont plus nombreuses. L'interprétation des données reste toutefois difficile car un nombre élevé d'enfants intégrés dans des écoles spéciales peut soit impliquer une carence au niveau des mesures d'intégration soit le développement d'écoles spécialisées offrant un soutien à des enfants qui auraient sinon abandonné l'école. Par ailleurs, la façon dont les besoins des enfants sont définis et évalués varie selon les pays, ce qui complique d'autant plus les comparaisons.

Le nombre d'enfants à besoins éducatifs particuliers suivant un enseignement spécial représente entre 0,3% et 2,5% de tous les enfants âgés de moins de 20 ans.

Encore une fois, près de 60% des élèves concernés sont des garçons.

Les données montrent que près de 60% des enfants à besoins spécifiques suivent un enseignement primaire (contre 40% pour le secondaire).

La majorité des enfants en question souffrent de difficultés intellectuelles ou d'apprentissage. Dans certains pays où ils sont relativement nombreux, la question se pose de savoir si certains d'entre eux peuvent être intégrés au sein d'écoles ordinaires si un soutien approprié leur était offert.

Il semble qu'il y ait un biais significatif en faveur des garçons à besoins éducatifs particuliers aussi bien en ce qui concerne l'enseignement ordinaire que spécial. Cela peut s'expliquer par certains facteurs socio-culturels sous-jacents, mais les méthodes d'identification des besoins ainsi que la nature du soutien peuvent également jouer un rôle.

Thème III – Marché du travail

Durant la dernière décennie, une attention croissante a été portée sur le renforcement de l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées dans l'ensemble des Etats Membres de l'Union européenne. On distingue deux grands groupes au niveau des approches adoptées : les programmes versant des allocations à caractère contributif (mesures passives) et les programmes d'emploi visant à améliorer l'employabilité et l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail (mesures actives).

Il y a eu une transition des mesures passives vers des mesures actives d'intégration au marché du travail dans les Etats Membres. Des instruments juridiques (tels que des régimes de quota d'emploi obligatoire, des lois anti-discrimination, des droits au niveau de la protection de l'emploi) ont été mis en place afin d'encourager la participation des personnes handicapées au marché du travail. Dans certains pays, le modèle prédominant (« mainstreaming ») consiste non seulement à proposer aux personnes handicapées un soutien spécial à l'emploi mais aussi des mesures visant à valoriser leur employabilité dans tous les domaines. D'autres pays ont en revanche choisi l'option « emploi spécial et séparé » (emploi en atelier protégé) ou encore un système dual et multi-modèles qui est une combinaison de cette dernière option et du modèle « mainstreaming ». Par ailleurs, des politiques actives et ciblées du marché du travail ont été mises en œuvre dans la plupart des pays sous la forme d'incitations financières offertes aux entreprises embauchant des personnes handicapées ainsi que sous la forme de programmes de réinsertion professionnelle. Un aperçu des systèmes d'intégration les plus importants est proposé ci-dessous.

Le système de quota

Les pays appliquant des régimes de quota à la fois dans les secteurs public et privé sont : l'Autriche, la République tchèque, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Italie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Slovaquie et l'Espagne.

En Belgique, à Chypre, en Irlande et en Slovénie, des régimes partiels de quota sont en vigueur soit dans le secteur privé soit dans le secteur public. Les pays n'ayant actuellement pas de système de quota sont : le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la Suède, le Royaume-Uni et la Lettonie.

Les statistiques administratives analysées dans ce chapitre montrent que le nombre de personnes handicapées concernées par les régimes de quota a augmenté de 31% entre 2000 et 2006 en République tchèque (contre seulement 2% en Allemagne entre 2000 et 2005). En Allemagne, le système de quota exige que les personnes sévèrement handicapées constituent 5% de la force de travail dans toutes les entreprises de 20 salariés et plus. Si cela n'est pas le cas, les employeurs doivent payer une compensation mensuelle pour chaque emploi réservé non occupé par une personne handicapée. En République tchèque, le système de quota (4%) est obligatoire pour les employeurs de plus de 25 salariés.

L'emploi protégé

On entend par emploi protégé différents types d'ateliers où des personnes ayant des niveaux de handicap différents peuvent travailler. Divers programmes expérimentaux existent en la matière. Dans certains pays, les interventions sont ciblées sur les personnes ayant rencontré des difficultés à trouver du travail sur le marché du travail ordinaire. Dans d'autres, l'attention est portée sur la sévérité du handicap.

Les statistiques analysées indiquent que depuis 2000, le nombre de personnes handicapées en emploi protégé a augmenté en Autriche, en Allemagne, en Italie, au Luxembourg et au Portugal. En Allemagne, l'emploi protégé est ouvert à tous ceux qui ont un handicap – indépendamment de la nature et du degré de celui-ci – et qui sont en mesure de fournir un minimum de travail économiquement utile (être sévèrement handicapé n'est donc pas un critère d'entrée). Dans d'autres pays tels que la Finlande, la Pologne et la Suède, les données montrent en revanche une tendance à la baisse de l'emploi en atelier protégé.

Les incitations à l'emploi

Les Etats Membres proposent également des subsides aux employeurs afin d'adapter les lieux de travail pour les personnes handicapées.

En République tchèque, le bureau pour l'emploi offre une contribution forfaitaire aux employeurs créant des postes de travail réservés aux personnes handicapées en atelier protégé. Il existe également des aides destinées à couvrir les frais de fonctionnement ainsi que des réductions fiscales.

En Slovénie, des incitations fiscales générales (représentant entre 50 et 70% des salaires) sont offertes sous certaines conditions aux entreprises offrant un travail ou un stage aux personnes handicapées.

Thème IV – Causes du handicap

Les principales causes du handicap sont les maladies dues à des facteurs naturels, des blessures de guerre ou celles liées à l'environnement de travail (comme les accidents de travail – que ce soit sur le lieu de travail ou durant le trajet pour s'y rendre et en revenir – et les maladies professionnelles).

Maladies (facteurs naturels/externes)

Les données sur les types de maladies à l'origine du handicap peuvent être dérivées du nombre total de bénéficiaires de pensions d'invalidité. La plupart des pays propose en effet une ventilation (partielle ou complète) de ce total selon la Classification internationale des maladies (ICD).

Dans quatorze pays pour lesquels des données relativement complètes sont disponibles, quatre grandes catégories de maladies regroupaient entre 60 et 80% des personnes recevant des pensions d'invalidité en 2005. Ces catégories sont : les troubles mentaux (28% – tels que la schizophrénie ou les troubles du comportement liés par exemple à une consommation excessive d'alcool), les maladies du système ostéo-articulaire, musculaire et du tissu conjonctif (21,7% – telles que l'arthrite ou l'ostéoporose), les maladies du système circulatoire (11,8% – telles que l'hyper-tension) et les néoplasies (10,6% – telles que les cancers et les tumeurs). Il faut noter en revanche que la part des personnes bénéficiant de pensions d'invalidité à cause d'un problème congénital (de naissance) représentait moins de 2% du total dans l'ensemble des pays.

On note ces dernières années une tendance à la hausse de la proportion de bénéficiaires souffrant de troubles mentaux ou du comportement dans l'ensemble des pays sauf en Finlande (où la proportion a légèrement diminué entre 2004 et 2005). Environ la moitié de ces bénéficiaires était des femmes dans les dix pays pour lesquels les données sont ventilées par sexe, sauf en Suède où la proportion était de 62% en 2005.

Accidents/maladies professionnel(le)s

En 2005, la part de la population en âge de travailler recevant une allocation pour cause d'accident/maladie professionnel(le) allait de 0,1% en Slovaquie à 5,9% au Luxembourg. Le nombre relatif de travailleurs recevant des indemnités suite à un accident du travail est largement supérieur comparé à une maladie contractée sur le lieu de travail, sauf en Pologne où les chiffres sont très similaires.

Si l'on restreint l'analyse aux personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 20%, le nombre de personnes indemnisées représente moins de 1% du total de la population âgée entre 25 et 64 ans en 2005 dans les dix pays pour lesquels les données sont ventilées par degré de handicap, sauf au Luxembourg où la proportion atteint 1,8%.

Dans l'ensemble des Etats Membres, sauf dans deux pays nordiques (Suède et Finlande), les hommes représentaient plus de 70% des bénéficiaires. En Suède et en Finlande, la part était respectivement de 59% et 68%. Ceci n'est guère surprenant étant donné que les hommes tendent à être plus nombreux que les femmes à travailler dans des secteurs d'activité où les accidents sont plus fréquents – tels que la construction ou l'industrie lourde.

Blessures liées à la guerre

Dans certains pays, des fonds spéciaux ont été créés pour dédommager les victimes blessées durant des conflits armés tandis que dans d'autres, des compensations pour blessures de guerre sont versées dans le cadre du régime général de protection sociale.

Dans les sept Etats Membres pour lesquels des données sont disponibles, entre 0,1% et 0,6% de la population âgée de 25 ans et plus reçoit cette allocation. Comme l'on pouvait s'y attendre, cette proportion s'accroît (entre 0,2% et 1,9% selon les pays) lorsque l'analyse est limitée aux 65 ans et plus.

Thème V – Accès aux services et vie autonome

Les pays couverts dans notre analyse proposent une large gamme de services aux personnes handicapées. Les mesures sont en général gérées au niveau local, ce qui ne facilite pas la collecte des données. Les données disponibles ne permettent pas de couvrir l'ensemble des pays pour chaque type de mesure en vigueur, et la répartition par âge et par sexe est souvent problématique. L'analyse porte dès lors sur les cas pour lesquels des données existent.

Tous les pays proposent des soins de longue durée aux personnes handicapées. Les bénéficiaires peuvent obtenir des prestations en espèces, mais ils reçoivent la plupart du temps des prestations en nature proposées au niveau local par les autorités régionales ou les municipalités. Les prestations en nature concernent généralement les soins à domicile (services d'aide pour l'hygiène personnelle, les travaux ménagers, la livraison et la préparation de repas, la blanchisserie, l'aide à l'interprétation pour les personnes sourdes ou l'aide à la lecture pour les personnes aveugles), les soins semi-stationnaires (dans des centres de jour ou pour des séjours de courte durée) ou les soins infirmiers à domicile.

Les séjours de longue durée concernent en particulier les personnes souffrant d'un handicap mental – aussi bien les adultes que les enfants – ainsi que ceux qui ont des handicaps importants. Aux Pays-Bas par exemple, en 2004, 92% des résidents de longue durée en établissements avaient des troubles mentaux. Les demandes de soins de la part des personnes handicapées mentales ne sont cependant pas toujours satisfaites, en 2003, 89% des personnes inscrites sur liste d'attente pour des services de soins aux personnes handicapées aux Pays-Bas souffraient de troubles mentaux.

En parallèle, la demande et l'offre de soins en centre de jour destinés aux personnes handicapées ont augmenté ces dernières années dans de nombreux pays (même si dans certains cas – comme en Hongrie par exemple – le nombre de places reste insuffisant par rapport à la demande). Ces services sont principalement proposés aux enfants ayant un handicap mental (Hongrie, Pays-Bas), aux personnes handicapées vivant seules (Estonie) ainsi qu'aux personnes âgées souffrant d'un handicap physique ou mental (Pays-Bas, Estonie).

Les personnes âgées sont les principales bénéficiaires des services de soins à domicile. Si dans certains pays ces services sont en général proposés pour des raisons médicales, dans d'autres, une définition plus large de la dépendance est en vigueur (comme en Espagne) et les services concernés sont un moyen de lutter contre l'isolement.

La dispersion géographique des services peut engendrer des inégalités aussi bien parmi les personnes handicapées que parmi les auxiliaires de vie. Certaines mesures ont pour objectif d'améliorer la position de ces derniers (ils reçoivent une allocation dans plusieurs pays). Ainsi

en Irlande par exemple, ils peuvent recevoir diverses allocations de prise en charge (*Carer's allowance*, *Carer's benefit* et *Respite care grant*). Par ailleurs, en Pologne, en Estonie et en Suède, les parents qui ne peuvent pas travailler car ils s'occupent de leur enfant handicapé peuvent également recevoir une allocation spéciale.

Les budgets personnalisés, le plus souvent gérés au niveau local, sont un outil pour proposer un soutien sur mesure aux individus. Les bénéficiaires reçoivent un versement en espèces qu'ils peuvent utiliser comme bon leur semble afin de satisfaire leurs besoins. Aux Pays-Bas, l'engouement pour les *Personal budget new style* a été extrêmement rapide, principalement parce que ce programme a remplacé toutes les autres mesures existantes. En Flandre (Belgique), le nombre de bénéficiaires du budget d'assistance personnelle (*Persoonlijke-AssistentieBudget* ou PAB) a augmenté de 81% entre 2003 et 2006. Cette croissance semble cependant avoir été accompagnée d'un certain nombre de problèmes, à savoir un manque d'informations, un manque d'expérience au niveau des communes, une certaine complexité administrative ainsi qu'un nombre insuffisant de places prévues. Des listes d'attente ont ainsi fait leur apparition et s'allongent au fur et à mesure dans un certain nombre de cas. En Belgique, le nombre de personnes en attente était en 2001 quatre fois plus élevé que le nombre de bénéficiaires du PAB, et ce chiffre a même doublé entre 2005 et 2006. Un autre problème important concerne les difficultés de gestion du budget rencontrées par les personnes souffrant de troubles mentaux. Au Danemark par exemple, ces personnes ne sont pas éligibles pour les budgets personnalisés. En pratique, peu de personnes avec ce type de handicap participent à ce genre de mesures dans l'ensemble des pays. Au Royaume-Uni, seuls 7,5% des bénéficiaires des paiements directs en 2006 souffraient d'un handicap mental.

D'autres types de services existent – bien qu'ils soient moins importants que les services de soins de longue durée – pour aider les personnes handicapées à rester intégrées dans la société. Il s'agit notamment de programmes de réinsertion professionnelle et de services destinés aux enfants (principalement des allocations spéciales d'éducation).

La nature des données collectées ne permet toutefois pas de considérer des facteurs importants déterminant l'accès des personnes handicapées aux services concernés (par exemple la distance géographique, la disparité des services entre milieu rural et milieu urbain ainsi que la complexité des systèmes administratifs).

CHAPITRE I > LES BÉNÉFICIAIRES DE PENSIONS

1. Les bénéficiaires de pensions d'invalidité

Il existe un certain nombre d'allocations versées aux personnes souffrant d'une limitation d'activité. Celles-ci peuvent être proposées au niveau national, régional ou local et peuvent couvrir différents types de risques. Ce chapitre est principalement dédié à l'analyse des allocations payées en cas d'incapacité de travail².

Une première distinction porte sur la couverture des maladies et des incapacités (de travail). Les systèmes nationaux d'assurance sociale prévoient souvent des étapes intermédiaires entre la maladie, l'incapacité temporaire et l'incapacité permanente. Notre analyse se limite à l'incapacité permanente de travail (ce qui n'exclut pas une réévaluation périodique de l'état du bénéficiaire). On entend par incapacité « permanente » un état dont la durée est prévue de dépasser une certaine période (six mois, un an, deux ans, etc. selon les pays).

Il faut également distinguer d'une part les pensions d'invalidité et d'autre part les accidents du travail et maladies professionnelles ouvrant droit à une annuité. Ces deux risques sont généralement couverts par des régimes d'assurance différents. Il arrive toutefois que dans certains Etats Membres des pensions d'invalidité soient versées quelle que soit la cause (santé, maladie professionnelle, accident domestique ou accident du travail etc.), ce qui crée un problème de comparabilité entre pays. Certains fonds d'assurance rapportent les données relatives à ces deux allocations séparément tandis que d'autres présentent des chiffres agrégés.

Une différence importante entre pensions d'invalidité (régimes contributif et non-contributif) et allocations suite à un accident ou une maladie professionnel(le) réside dans le fait que les premières ont pour objectif de garantir un niveau de revenu suffisant tandis que les secondes visent à compenser les victimes pour la perte subie. Ainsi, les secondes exigent généralement un niveau d'incapacité moins élevé et ne sont pas soumises à des conditions de ressources.

Un autre point qui mérite d'être souligné est que les pensions d'invalidité font, dans la plupart des cas, partie des régimes d'assurance contributifs, qui exigent un certain nombre de conditions, notamment une période minimum de cotisations. Cela signifie que dans certains cas, les personnes inactives ou celles qui ne sont pas couvertes par ces assurances peuvent être exclues des pensions d'invalidité. Elles bénéficient alors d'allocations spéciales à caractère non contributif ou du régime général garantissant un revenu minimum.

Ceci génère un second problème de comparabilité étant donné que certains Etats Membres (par exemple la France) proposent deux types d'allocations tandis que d'autres n'en proposent qu'un (par exemple la Suède). Afin d'éviter ce problème, les statistiques sur les allocations à caractère contributif et non contributif sont toutes deux présentées ici.

Un autre type de risque concerne le fait de devenir dépendant. Les assurances concernant les soins à long terme se sont développées dans un certain nombre de pays. Les allocations

² MISSOC (Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États Membres de l'UE, de l'espace économique européen et en Suisse) présente une comparaison détaillée des définitions nationales et des conditions d'éligibilité aux différentes allocations (situation au 1er janvier 2006) : http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_fr.htm

relatives à ce risque sont traitées dans le dernier chapitre de ce rapport (et ne sont intégrées ici que lorsqu'elles permettent d'améliorer la comparabilité des données entre les pays).

En cas d'incapacité de travail, les personnes assurées peuvent avoir droit à une pension d'invalidité, une allocation de formation, un soutien technique, un programme de réhabilitation, etc. Ce chapitre se concentre sur les allocations (régimes obligatoires nationaux) ; les autres formes d'assurance privée ne sont pas couvertes ici.

Un résumé des principaux régimes en vigueur dans les Etats Membres en cas d'incapacité de travail (ou d'incapacité de gain) est présenté dans un tableau en annexe. Le tableau fait la distinction entre régime contributif et régime d'assistance sociale. Les informations liées à des allocations supplémentaires pour des besoins spécifiques ne sont pas rapportées ici. Il en est de même pour la définition des accidents du travail, des maladies professionnelles et des pensions de guerre.

Il est intéressant de noter que la première différence visible entre les pays concerne le seuil d'incapacité minimum requis pour avoir droit à la pension d'invalidité. D'autres différences portant notamment sur les périodes minimales d'affiliation ou sur les conditions de ressources ne sont pas reprises dans ce tableau (voir pour cela les Rapports pays en annexe).

On peut donc identifier quatre types de pensions d'invalidité versées aux adultes :

- les pensions pour incapacité de travail : elles sont versées dans le cadre de la sécurité sociale ; et couvrent la plupart du temps les personnes – ayant suffisamment cotisé – victimes d'un accident ou d'une maladie non liés à leur travail. Certains pays ne font cependant pas la distinction selon l'origine de l'incapacité.

- les allocations d'invalidité : elles sont versées dans le cadre de l'assistance sociale, ont un caractère non contributif et sont sous conditions de ressources. Elles couvrent la plupart du temps des personnes atteintes de déficiences congénitales et/ou les personnes placées en institution. Dans certains pays, il n'existe pas d'allocations d'invalidité non contributives spécifiques (comme c'est le cas en Suède ou au Luxembourg) ; les personnes sont alors couvertes par le régime général garantissant un revenu minimum.

- les compensations en cas d'accident/maladie professionnel(le) : dans la majorité des pays, les accidents ou maladies survenus au travail donnent droit à une compensation financière. Contrairement aux pensions précédentes, il suffit d'un faible degré de handicap pour pouvoir bénéficier d'une allocation ponctuelle ou d'une rente.

- les pensions de guerre : elles sont versées suite à une guerre ou un événement violent ayant entraîné une invalidité. Le nombre de bénéficiaires directs diminue de façon continue.

Il est important de souligner que dans le cas des allocations d'invalidité (régime d'assistance sociale), la période d'invalidité n'est pas comptabilisée comme période assurée pour le calcul de la retraite. Ce qui explique que le montant de la retraite pour ces personnes peut être très faible. Les périodes d'invalidité couvertes par le régime contributif sont en revanche traitées de manière plus favorable. En Lettonie et en Suède par exemple, durant les périodes d'incapacité, les cotisations sont payées³ par l'Etat.

³ Voir le document de la Banque mondiale : « *Evaluation of the Notional Defined Contribution Option for the Reform of Pension System in the Czech Republic* », 2003.

Le nombre de bénéficiaires des principales allocations versées en cas de handicap est présenté dans le tableau 1.

Ce chapitre se concentre sur les personnes ayant une incapacité de travail. Les données sur les pensions octroyées aux ayant-droits, aux veuves, aux orphelins etc. sont donc écartées dans la mesure du possible.

Sauf indication contraire, les données font toujours référence au nombre de bénéficiaires en âge de travailler. Les pensions d'invalidité (régimes contributif et non contributif) sont en effet souvent remplacées par la retraite une fois l'âge légal atteint. Par souci de comparabilité entre pays, seuls les bénéficiaires âgés de 65 ans ou moins ont donc été retenus (lorsque les données le permettent).

Les accidents/maladies professionnel(le)s de faible gravité donnent droit à des pensions ou à des allocations ponctuelles. Le nombre de ces indemnités est très élevé, mais celles-ci ont souvent peu d'impact sur le travail ou les activités de la vie quotidienne. C'est la raison pour laquelle seules les indemnités liées à un degré d'invalidité d'au moins 20% ont été retenues ici. L'absence de données détaillées ne nous a cependant pas permis de le faire pour tous les pays.

Certains pays font une distinction entre les accidents pour raison professionnelle et les autres types d'accidents (auquel cas, deux séries différentes de bénéficiaires sont rapportées). Dans d'autres pays, la législation et les données correspondantes présentent le nombre de bénéficiaires indépendamment de l'origine de l'incapacité de travail.

L'objectif est de collecter le nombre de personnes âgées entre 25 et 64 ans qui reçoivent une ou plusieurs allocations (une personne peut en effet recevoir plusieurs allocations à la fois).

La comparaison entre pays est toutefois compromise à cause des facteurs suivants :

- les groupes d'âge ne sont pas forcément similaires, et ce en dépit de nos efforts pour restreindre l'analyse aux personnes âgées entre 25 et 64 ans ;
- certaines sources présentent le nombre d'allocations versées (une personne peut recevoir plusieurs allocations par exemple suite à plusieurs accidents du travail) plutôt que le nombre de bénéficiaires ;
- certaines statistiques reprennent les régimes spéciaux de sécurité sociale, d'autres non.

Des différences apparaissent également au niveau des méthodes d'évaluation, de la couverture des handicaps et des seuils d'invalidité. Ceci ne pose toutefois pas un réel problème étant donné que l'objectif est de compter le nombre de bénéficiaires. Ainsi, les différences observées au niveau du nombre d'allocataires devraient refléter la capacité des systèmes nationaux à couvrir un petit ou un grand nombre de personnes handicapées. Une critique pertinente sur ce point consisterait à souligner que le nombre de personnes concernées ne reflète pas forcément l'intensité de l'intervention (le montant de l'allocation).

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité

| Type d'allocation | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| BE Personnes invalides (période d'incapacité > 1 an) | 200 264 | 204 475 | 209 758 | 217 513 | 221 417 | 225 951 |
| Bénéficiaires de pensions d'invalidité (adultes handicapés) | 118 921 | 120 228 | 123 945 | 130 347 | 133 739 | 136 742 |
| Bénéficiaires de compensations en cas de maladie prof. (incapacité permanente >20%) | 19 191 | 19 013 | 20 257 | 20 089 | 19 678 | 19 214 |
| Pensions d'invalidité de guerre | 5 440 | 5 142 | 4 844 | 4 609 | 4 406 | 4 185 |
| CZ Pensions d'invalidité | 453 367 | 478 504 | 488 728 | 498 273 | 507 634 | 514 828 |
| Bénéficiaires de compensations en cas d'accident/maladie prof. (temp+perm) | : | 23 861 | 25 685 | 23 506 | 23 005 | 22 586 |
| DK Pension de préretraite (invalidité & cas sociaux) | 257 560 | 254 612 | 258 824 | 258 741 | 257 887 | 246 836 |
| Provision pour adultes handicapés | 4 746 | 5 665 | 6 048 | 4 293 | 4 677 | 9 851 |
| Accidents du travail donnant droit à une compensation | : | : | : | : | : | 9 537 |
| DE Indemnités dues à une capacité de travail réduite (<65 ans) | 1 908 594 | 1 861 542 | 1 809 136 | 1 761 646 | 1 694 728 | 1 649 767 |
| Sécurité de base (réduction de la capacité de travail) (<65 ans) | : | : | : | 181 097 | 232 897 | 287 442 |
| Compensations en cas d'accident/maladie prof. (<65 ans, taux d'incapacité >20%) | 383 716 | 371 498 | 360 692 | 348 152 | 332 796 | 316 906 |
| Pensions pour victimes de guerre | 376 372 | 347 979 | 319 914 | 292 644 | 268 760 | 245 141 |
| EE Personnes recevant des indemnités pour incapacité de travail (<63 ans) | 43 394 | 47 140 | 51 339 | 55 480 | 59 174 | 61 921 |
| IE Bénéficiaires de pensions d'invalidité (<65 ans) | 43 818 | 44 421 | 45 313 | 45 767 | 46 588 | 47 357 |
| Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (<65 ans) | 53 214 | 50 725 | 55 151 | 59 485 | 71 135 | 77 595 |
| Bénéficiaires d'indemnités pour incapacité de travail (<65 ans) | 8 965 | 9 392 | 9 639 | 9 890 | 12 162 | 10 194 |
| EL Pensions principales en cas d'invalidité et d'accident du travail | 328 447 | 320 190 | 323 255 | 318 148 | 316 058 | : |
| Pensions complémentaires en cas d'invalidité et d'accident du travail | 29 677 | 32 374 | 34 103 | 35 520 | 37 000 | : |
| ES Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (régime contributif) | : | : | 780 300 | 792 600 | 810 300 | 828 300 |
| Nombre de pensions d'invalidité (régime non contributif) | 244 802 | 207 620 | 206 814 | 207 273 | 206 953 | 204 686 |
| Bénéficiaires de pensions LISMI | 108 597 | 97 793 | 87 194 | 77 305 | 69 234 | 60 292 |
| FR Pensions d'invalidité (civiles) | 496 359 | 496 897 | 512 989 | 567 581 | 586 973 | : |
| Personnes recevant l'allocation pour adultes handicapés (AAH) | 674 423 | 697 992 | 716 784 | 732 839 | 752 988 | 768 414 |
| Accidents & maladies professionnel(le)s (handicap reconnu, 15-64 ans) | : | : | 262 000 | : | : | : |
| Invalides de guerre (excl. veuves, <65 ans) | : | : | 114 754 | 114 926 | 88 901 | 82 906 |
| IT Bénéf. d'alloc. d'invalidité/d'incapacité de travail/d'assistance pers. et continue (20-64 ans) | 399 825 | 369 042 | 342 073 | 321 958 | 440 569 | 424 722 |
| Pensions d'invalidité (assistance sociale) (<65 ans) | 575 461 | 552 148 | 610 717 | 653 121 | 918 259 | 953 025 |
| Allocations en cas d'accident/maladies prof. (25-64 ans) (degré: 11+) | 224 594 | 340 631 | 313 217 | 287 824 | 480 304 | 452 973 |
| Bénéficiaires de pensions de guerre (y compris survivants) (25-65 ans) | : | 21 843 | 20 611 | 19 960 | 38 514 | : |
| CY Bénéficiaires de pensions d'invalidité (16-63 ans) | 5 363 | 5 737 | 6 008 | 6 293 | 6 556 | 7 084 |
| Indemnités d'invalidité (protection sociale, 16-63 ans) | : | : | 2 982 | 3 236 | 3 547 | 3 958 |
| Bénéficiaires de compensations en cas d'accident/maladie prof. (16-65 ans) | 1 061 | 1 071 | 1 070 | 1 083 | 1 101 | 1 100 |
| LV Pensions d'invalidité (25 ans+) | 83 181 | 80 547 | 77 876 | 75 938 | 74 603 | 73 574 |
| Allocation de sécurité sociale pour personnes handicapées (généralement 18-65 ans) | 10 919 | 11 710 | 12 187 | 12 490 | 13 195 | 13 920 |
| Compensations en cas d'accident/maladie professionnel(le) | : | : | : | 2 159 | 2 921 | 3 674 |
| LT Personnes recevant des allocations d'invalidité/d'incapacité de travail (tous les âges) | 173 600 | 181 119 | 191 354 | 197 849 | 207 327 | 210 662 |
| Indemnités d'invalidité (assistance) | : | 31 762 | 30 223 | 31 381 | 35 014 | 36 738 |
| Compensations pour accident/maladie prof. (temp/perm) (tous les âges) | : | : | 3 292 | 3 355 | 3 514 | 4 599 |
| LU Bénéficiaires de pensions d'invalidité (20-64 ans) | 20 387 | 19 955 | 19 672 | 19 157 | 18 402 | 18 028 |
| Bénéficiaires de rentes annuelles suite à un accident du travail | 12 638 | 13 348 | 13 634 | 14 607 | 14 564 | 14 943 |
| Bénéficiaires d'allocations spéciales pour personnes sévèrement handicapées | 2 160 | 1 837 | 1 630 | 1 493 | 1 291 | 1 174 |
| HU Pensions d'invalidité (<65 ans) | 447 001 | 453 203 | 467 289 | 462 228 | 465 797 | 454 348 |
| Indemnités d'invalidité (tous les âges) | 247 974 | 246 203 | 249 627 | 250 122 | 250 854 | 243 128 |
| Assistance sociale en cas de capacité de travail réduite (en âge de travailler) | 8 728 | 8 852 | 8 504 | 8 750 | 8 643 | 9 070 |
| MT Indemnités d'invalidité (régime contributif) (19 ans +) | 6 255 | 6 701 | 7 560 | 8 424 | 8 799 | 8 815 |
| Pensions d'invalidité | 1 831 | 1 860 | 1 956 | 2 047 | 2 029 | 2 139 |
| Allocations pour incapacité de travail (accidents) | 397 | 384 | 415 | 412 | 391 | 361 |
| NL Indemnités d'invalidité (WAO, WAZ, WAJONG) (16-64 ans) | 957 000 | 981 000 | 992 800 | 981 750 | 960 570 | 899 310 |
| AT Capacité de travail réduite (<65 ans) | 161 999 | 164 352 | 170 026 | 176 686 | 195 569 | 209 537 |
| Préretraites dues à une capacité de travail réduite (65/60 ans) | 89 202 | 82 852 | 73 374 | 60 329 | 42 866 | 26 076 |
| Pensions en cas d'accident du travail (<70 ans) | 63 200 | 62 497 | 61 984 | 61 883 | 62 042 | 62 360 |
| Pensions pour victimes de guerre | 37 031 | 34 350 | 31 867 | 29 452 | 27 113 | 24 827 |

| Type d'allocation | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| PL Indemnités d'invalidité suite à une incapacité de travail (durée > 1 an; 18 ans+) | 1 388 800 | 1 340 800 | 1 288 000 | 1 239 600 | 1 142 800 | 935 600 |
| Allocations compensatrices (durée > 1 an; 18 ans +) | 114 400 | 96 800 | 68 000 | 99 600 | 104 400 | 81 600 |
| Indemnités en cas d'accident/maladie prof. payées par FUS | 267 900 | 264 700 | 259 500 | 251 200 | 247 800 | 242 200 |
| Pensions sociales payées par FUS (<65 ans) | : | : | : | : | 227 615 | 223 366 |
| Pensions d'invalides de guerre | 97 300 | 93 700 | 89 400 | 84 800 | 80 400 | 75 900 |
| PT Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (<65 ans) | 369 561 | 357 344 | 354 556 | 345 603 | 336 215 | 318 022 |
| Pensions sociales d'invalidité (déjà intégrées dans les chiffres des indemnités d'invalidité) | : | : | : | 45,584 | 45,554 | 46,169 |
| Pensions pour incapacité permanente de travail (25-64 ans) | 12 519 | : | : | : | : | : |
| SI Indemnités d'invalidité (25-64 ans) (y compris pour raison professionnelle) | 58 977 | 57 833 | 56 821 | 55 200 | 54 052 | 52 611 |
| Allocations d'invalidité (uniquement assurance indépendance) | 7 913 | 6 936 | 6 675 | 6 602 | 6 472 | 6 317 |
| SK Bénéficiaires de pensions d'invalidité (y compris pour raison professionnelle) (18-64 ans) | : | 260 000 | 261 000 | 260 000 | 254 000 | 182 856 |
| Allocations compensatrices / Allocations pour personnes handicapées | : | : | : | : | : | : |
| FI Pensions d'invalidité ordinaires | 276 269 | 267 906 | 267 204 | 267 140 | 266 972 | 269 428 |
| Indemnités d'invalidité | 12 020 | 12 300 | 12 476 | 12 468 | 12 453 | : |
| SE Bénéficiaires de compensations d'activité/maladie permanente (19-64 ans) | 360 494 | 376 035 | 402 153 | 413 071 | 434 137 | 444 950 |
| Bénéficiaires de rentes pour blessures professionnelles (25-64 ans) (degré > 6,7%) | 90 132 | 93 760 | 83 635 | 82 408 | 79 024 | 75 454 |
| UK Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité de longue durée (IB) (16-64 ans)* | 1 339 480 | 1 338 500 | 1 335 140 | 1 351 440 | 1 332 160 | 1 306 150 |
| Allocations en cas de handicap sévère (SDA) (16-65 ans) | 376 280 | 362 140 | 328 560 | 313 260 | 299 670 | 286 700 |
| Pensions de guerre (<65 ans) | : | : | : | : | : | 59 120 |
| Allocations pour incapacité de travail (IIDB) et en cas de gains réduits (REA) (25-64 ans) | - | - | 205 030 | 201 045 | 196 600 | 191 510 |

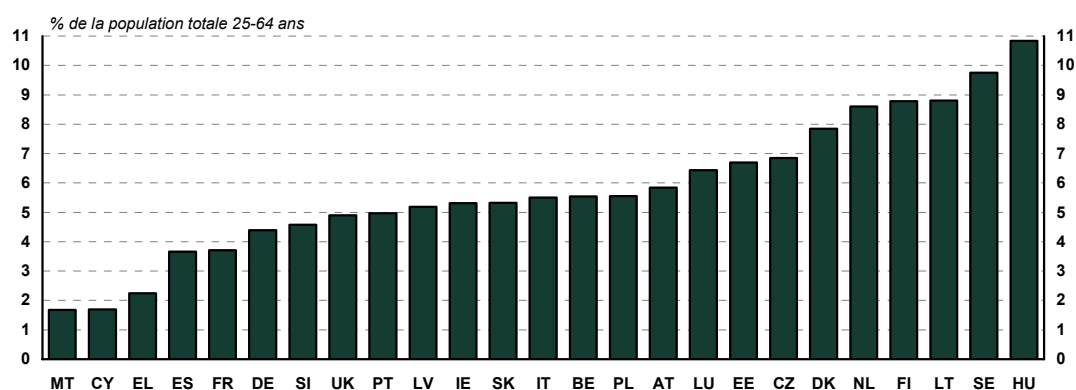
* : Au Royaume-Uni, 990 590 personnes reçoivent uniquement les "crédits IB" en 2005.

Sources :

| | |
|----|--|
| BE | Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI), Ministère de la sécurité sociale (DG Personnes handicapées & Victimes de guerre), Fonds des accidents du travail/maladies professionnel(le)s. |
| CZ | Ministère du travail et des affaires sociales, Office statistique national, Institut national de santé publique. |
| DK | Office statistique national. |
| DE | Deutsche Rentenversicherung, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Statistisches Bundesamt. |
| EE | Office statistique national. |
| IE | Département des affaires sociales et familiales (DSFA). |
| EL | Office statistique national (ESYE). |
| ES | Ministère du travail et des affaires sociales (MTAS), IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales). |
| FR | Caisses de sécurité sociale, Ministère de l'Économie, DGEFP, Agefiph, CNAF, Cour des comptes. |
| IT | Office statistique national (ISTAT). |
| CY | Ministère du travail et d'assurance sociale (services d'assurance sociale). |
| LV | Agence publique d'assurance sociale, Office statistique national. |
| LT | Ministère du travail et de sécurité sociale, Département des statistiques du gouvernement, Centre d'information sur la santé. |
| LU | Ministère de la sécurité sociale, Service central de statistiques et des études économiques (STATEC). |
| HU | Administration centrale des assurances nationales (ONYF), Office statistique national. |
| MT | Ministère pour la politique sociale (Département handicap), Ministère de la famille et de la solidarité sociale. |
| NL | Office statistique national (CBS). |
| AT | Hauptverband, Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, Office statistique national. |
| PL | Ministère de l'économie et du travail, Institut d'assurance sociale (ZUS - Zakład Ubezpieczeń Społecznych), Office statistique national (GUS - Główny Urząd Statystyczny). |
| PT | Institut d'assurance sociale. |
| SI | Institut d'assurance invalidité. |
| SK | Office statistique national (base de données SLOVSTAT). |
| FI | Centre des pensions, Institut d'assurance sociale (KELA). |
| SE | Agence d'assurance sociale (Försäkringskassan). |
| UK | Département pour le travail et les pensions (DWP). |

La comparabilité entre pays requiert certains regroupements notamment pour les pays où il existe un grand nombre d'allocations différentes. Les données pour les Pays-Bas (qui ont une allocation unique couvrant presque tous les types de pensions d'invalidité) ne peuvent par exemple pas être comparées avec celles des mesures spécifiques d'autres pays. Il faut donc regrouper les différents systèmes nationaux dans les pays où les allocations sont séparées. L'exercice est cependant difficile étant donné qu'une même personne peut recevoir plusieurs allocations, par exemple une pension pour incapacité de travail à caractère contributif et un supplément (une allocation d'invalidité versée par le régime d'assistance sociale) afin de lui garantir un revenu minimum.

1.1 Bénéficiaires (25-64 ans) de pensions d'invalidité en 2005 (ou pour la dernière année disponible)



Sont incluses: les indemnités d'invalidité à caractère contributif/non contributif, les compensations en cas d'accident/maladie professionnel(le) et les pensions de guerre.

UK: la somme des bénéficiaires de longue durée des IB plus ceux qui reçoivent uniquement les IB crédits (990 590) donne une proportion de 6,25%.

Les données peuvent inclure des double comptes. Les pensions de guerre sont intégrées lorsque la répartition par âge est connue. Sources: voir Tableau 1.

Parfois, une estimation est nécessaire, notamment pour la délimitation du groupe d'âge 25-64 ans et l'exclusion des pensions pour raison professionnelle avec un degré d'invalidité inférieur à 20%. Afin d'utiliser la même année pour l'ensemble des allocations dans un pays, il est parfois nécessaire d'extrapoler le nombre de bénéficiaires à partir des données des années précédentes.

Le double comptage tend à surestimer le nombre de bénéficiaires dans les pays où plusieurs allocations financières existent. En revanche, dans les pays où il n'y a qu'un seul type d'indemnité, indépendamment de la cause du handicap ou du statut (actif ou inactif sur le marché du travail), le nombre d'allocataires reflètera la réalité.

Les résultats de l'OCDE, qui a également estimé le taux de couverture de ces pensions d'invalidité (régimes contributif et non contributif), sont très similaires. D'après ceux-ci, entre 5 et 7% des personnes âgées de 20-64 ans recevaient de telles indemnités à la fin des années 1990⁴ (mais les proportions étaient de 9% aux Pays-Bas, 8% en Suède et 4% en Allemagne).

Plusieurs pays (notamment les Pays-Bas et le Royaume-Uni dans les années 1980) ont préféré payer des pensions d'invalidité plutôt que des allocations chômage ou des pensions de préretraite. Certains chercheurs proposaient de faire une distinction entre incapacité de travail (pour raison médicale) et incapacité de trouver du travail (pour raison économique)⁵. Il est toutefois souvent difficile de démêler les raisons médicales et les facteurs liés au marché du travail à la source du handicap, et ce en particulier pour les travailleurs âgés.

Dans certains pays comme aux Pays-Bas et en Suède, les travailleurs âgés étaient considérés comme invalides plutôt que comme préretraités, et ce avec l'aval des employeurs et des syndicats. Par la suite, le gouvernement hollandais a limité l'éligibilité à ces indemnités en renforçant les conditions et en diminuant les montants versés. La Suède a également rendu le retrait de la vie active par l'intermédiaire des pensions d'invalidité moins attractif (les compensations pour maladie de longue durée y restent cependant relativement élevées).

Aux Pays-Bas, le « programme handicap » est devenu un dispositif extrêmement populaire dans les années 1980-1990, permettant aux employeurs d'écarter les employés âgés et moins productifs. Dans le cadre de ce type de plan social – où employeurs et syndicats se

⁴ « Les dispositifs destinés aux personnes handicapées ont besoin d'être réformés », Synthèses, L'Observateur OCDE, mars 2003.

⁵ L. Aarts & P. de Jong : « Disability insurance in a multi-pillar framework », Université d'Amsterdam, nov. 1999.

mettent d'accord sur le type de dédommagement offert aux personnes quittant l'entreprise – il était souvent (tacitement) entendu que les plus de 55 ans auraient la possibilité de bénéficier du régime d'invalidité professionnelle. Les indemnités d'invalidité étant plus généreuses que les allocations chômage, aussi bien les employeurs que les travailleurs préféreraient l'option invalidité au chômage⁶. De Mooij a ainsi estimé qu'aux Pays-Bas 50% des indemnités d'invalidité n'étaient pas de véritables cas d'invalidité⁷.

Au Danemark, le montant des indemnités d'invalidité (pensions de préretraite) est élevé. Des mesures récentes ont tenté de limiter l'attrait financier de ces indemnités⁸. Il faut également noter que dans ce pays, les personnes rencontrant des problèmes sociaux peuvent également en bénéficier.

En Hongrie, les indemnités d'invalidité ont souvent été utilisées pour financer les retraits prématurés du marché du travail et comme substitut à l'assurance chômage. La répartition régionale des bénéficiaires âgés entre 46 et 60 ans montre une forte corrélation avec les taux de chômage régionaux. Le régime de protection sociale – en particulier les pensions d'invalidité – est, au moins dans les nouveaux Etats Membres, plutôt généreux⁹.

En Finlande, pour les tranches de revenu supérieures, les indemnités d'invalidité était la meilleure option pour les personnes ayant atteint l'âge de la retraite. Pour les tranches de revenu inférieures, le choix entre invalidité et chômage dépendait du niveau de revenu. Une substitution en faveur de l'invalidité semble probable¹⁰. De plus, la plupart des enquêtes au niveau européen rapportent une prévalence relativement plus élevée des limitations d'activité dans ce pays.

Les récentes politiques visant à réduire les pensions d'invalidité et les mesures de préretraite peuvent avoir pour effet d'augmenter le nombre de personnes réclamant des allocations non contributives (ou un revenu minimum garanti).

Le tableau 1 montre l'évolution du nombre de bénéficiaires dans chaque Etat Membre à travers le temps. Il révèle de nettes augmentations au niveau des pensions d'invalidité à caractère contributif (plus de 20% entre 2000 et 2005 en Autriche, à Chypre, en France, en Irlande et en Suède) ou des réductions significatives (plus de 10% en Allemagne, au Luxembourg, au Portugal et en Slovénie) qui peuvent difficilement être attribuées à la modification de la structure d'âge de la population. Les récentes réformes mises en œuvre dans les nouveaux Etats Membres ne facilitent guère la comparaison entre ces pays.

En France, la réforme des régimes de retraite anticipée a entraîné une augmentation continue au niveau des pensions d'invalidité et des allocations chômage¹¹.

De manière générale, le nombre de pensions octroyées en cas d'accidents du travail ou de maladie professionnelle est resté stable ou a diminué (comme en Suède), reflétant une amélioration des conditions de travail et un changement au niveau de la structure industrielle. Il continue cependant à augmenter dans certains pays comme la Grèce, l'Irlande et l'Italie.

⁶ A. Kapteyn & K. de Vos : « *Simulation of Pension Reforms in The Netherlands* », Tilburg/Santa Monica, fév. 2004.

⁷ Cité dans Buddelmeyer : « *Re-employment Dynamics of Disabled Workers* », Discussion Paper No. 269, IZA, Bonn, 2001

⁸ D. Moraal & G. Schönfeld : « *Main features of age-oriented policies in Austria, Belgium, Denmark, Germany and the Netherlands* » (Synthesis report), Bonn 2006.

⁹ Fonds monétaire international, Rapport pays no. 06/367 : « *Hungary: Selected Issues* », oct. 2006.

¹⁰ T. Hakola : « *Economic Incentives and Labour Market Transitions of the Aged Finnish Workforce* », Government Institute for Economic Research, VATT Research Reports No 89, 2002.

¹¹ Conseil d'orientation des retraites, « *Les cessations d'activité avant la retraite* », DREES-SEEE No 33/2007.

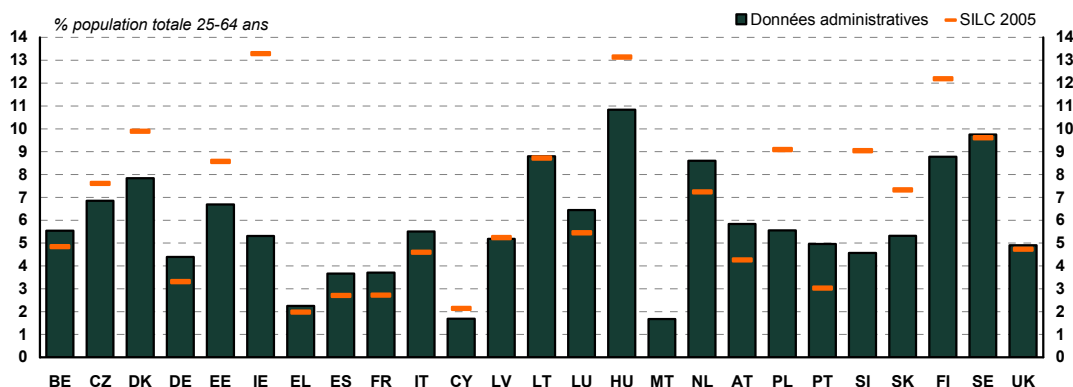
Il est intéressant de comparer les résultats obtenus à partir des données administratives avec ceux obtenus grâce à des enquêtes. L'enquête SILC donne des informations sur le nombre de personnes recevant une pension d'invalidité. Nos chiffres sur les indemnités d'invalidité présentés dans le tableau 1 s'appuient sur une définition proche de celle utilisée dans cette enquête.

Les résultats montrent cependant certaines différences majeures entre ces deux sources (données administratives et données issues d'enquête). Dans un peu plus de la moitié des pays considérés, le taux de couverture obtenu à partir des données SILC était en effet plus bas que celui obtenu à partir des données administratives.

Un certain nombre de facteurs tendent à sous-estimer les données d'échantillon, notamment une certaine stigmatisation (certaines personnes peuvent en effet ressentir une appréhension à déclarer des indemnités d'invalidités), l'absence d'informations sur la nature des allocations à collecter au niveau des personnes interrogées etc. Il faut souligner que des différences similaires sont également observées pour d'autres types d'allocations (telles que les allocations chômage).

D'un autre côté, d'autres facteurs peuvent conduire à surestimer le nombre de bénéficiaires des données d'enquête dans certains pays. En fait, la question formulée dans l'enquête SILC est relativement étendue étant donné qu'elle couvre à la fois le handicap permanent et temporaire.

1.2 Bénéficiaires (25-64 ans) de pensions d'invalidité en 2005 (ou pour la dernière année disponible): comparaison avec les données SILC



Les données SILC peuvent être surestimées en Irlande et en Pologne. Sources: voir Tableau 1 ; SILC 2005.

Un autre biais important peut découler de la confusion entre allocations maladie et pensions d'invalidité. Il se peut ainsi que l'enquête SILC surestime le nombre de bénéficiaires d'indemnités dans le cas de l'Irlande et de la Pologne. Il s'avère que dans ces pays, le pourcentage de bénéficiaires d'allocations maladie est inférieur à 1% (respectivement 0,1% et 0,7%), tandis que la moyenne dans les autres pays tourne autour de 4%. Cette différence a également été remarquée dans d'autres enquêtes¹². Il faut aussi noter que les bénéficiaires de l'enquête SILC comprennent les personnes recevant une aide occasionnelle du fait de leur handicap.

¹² J. Jenkins & R. Laux : « Evaluation of new benefits data from the Labour Force Survey », *Labour Market Trends*, Government Statistical Service, sept. 1999.

Limitations d'activité

La plupart du temps, les enquêtes (comme le module ad hoc EFT 2002, l'enquête SILC, et les enquêtes nationales) rapportent le nombre de personnes déclarant une limitation d'activité. Généralement, ces enquêtes donnent un pourcentage de personnes ayant des limitations d'activité plus élevé que les données administratives. Cela peut s'expliquer par différents facteurs :

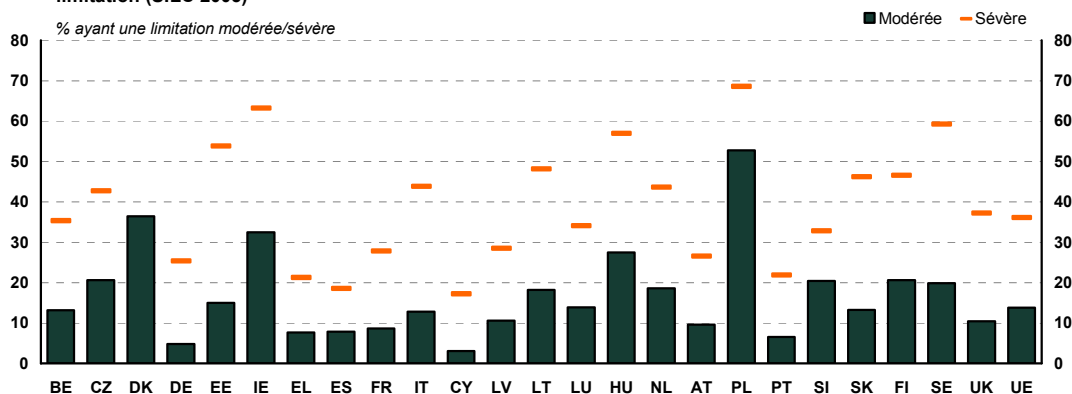
- une limitation d'activité modérée ; l'octroi d'une indemnité requiert généralement un seuil de handicap d'au moins 30 ou 50%. Ainsi, les personnes déclarant une limitation d'activité modérée peuvent ne pas atteindre le niveau minimum requis par la législation en vigueur ;
- certaines limitations d'activité (ou maladies de longue durée) ne sont pas couvertes par les régimes de protection nationale. Les troubles psychiques et psychologiques sont par exemple traités de manière différente entre les pays ;
- un certain nombre de demandes de pensions d'invalidité sont rejetées ;
- les enquêtes s'appuient sur une auto-évaluation subjective ;
- les personnes qui ne sont pas sur le marché du travail peuvent avancer leur handicap comme justification sociale de leur statut. Or des limitations d'activité peuvent empêcher la participation au marché du travail. Le lien de causalité est donc difficile à établir.

Il faut souligner qu'en général, les enquêtes ne couvrent pas les personnes résidant dans des institutions, où le taux de bénéficiaires est plus élevé. Au niveau des données administratives, les personnes en institutions reçoivent généralement des allocations d'assistance sociale à caractère non contributif.

La figure 1.3 montre que le nombre relatif de bénéficiaires s'accroît avec le degré de limitation d'activité.

Il existe cependant un petit nombre de personnes ne déclarant aucune limitation d'activité et qui jouissent pourtant d'indemnités d'invalidité. Cela peut s'expliquer par les pensions versées en cas d'accident/maladie professionnel(le). En effet, ce type de pensions peut être accordé à des personnes dont le degré de handicap est très faible (10% par exemple), handicap qui a peu d'implications sur le travail ou la vie de tous les jours (mais cela ne signifie pas pour autant qu'il est sans conséquence, ces pensions sont en effet versées en cas d'accidents ou de maladies ayant un impact permanent – au moins somatique).

1.3 Personnes de 25-64 ans ayant une limitation d'activité et recevant des indemnités d'invalidité par degré de limitation (SILC 2005)



1,4% des personnes sans limitations d'activité reçoivent une indemnité d'invalidité (DK : 6,9%, IE : 6,7% et FI : 5,2%).
DK: pas de distinction par degré de limitation. IE et PL: confusion entre indemnités d'invalidité et allocations maladie.

Source: SILC 2005.

Seules 14% des personnes ayant une limitation d'activité modérée déclarent recevoir des indemnités d'invalidité. Comme il a été souligné plus haut, ces personnes peuvent ne pas atteindre le niveau minimum de handicap nécessaire pour être éligible à ces indemnités. De plus, il faut le répéter, les enquêtes reposent sur une auto-évaluation.

Enfin, au niveau européen, seulement 36% des personnes ayant de sévères limitations d'activité déclarent recevoir des indemnités d'invalidité. Certains travailleurs ne remplissant pas certaines conditions pour l'octroi de ces indemnités (par exemple parce que leurs ressources sont trop élevées) peuvent rapporter une limitation d'activité sévère et ne pas bénéficier d'allocations d'invalidité. Par ailleurs, certaines personnes interrogées peuvent minimiser les allocations reçues. On ne peut exclure l'hypothèse selon laquelle un certain nombre de personnes ayant de sévères limitations d'activité puissent ne pas recevoir de pensions d'invalidité. Cela peut s'expliquer par un manque d'information, la peur d'être stigmatisé, etc. (ce point mériterait d'ailleurs plus d'attention dans le futur). Certaines informations préliminaires issues des données SILC indiquent que les femmes peuvent être désavantagées. Parmi les personnes souffrant de sévères limitations d'activité, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à recevoir des allocations d'invalidité ; ce qui nous mène à analyser plus en détails ci-dessous la répartition par sexe des allocataires.

2. Répartition par sexe

L'octroi d'allocations financières requiert un certain nombre de conditions pouvant influencer la distribution par sexe :

- les pensions d'invalidité à caractère contributif nécessitent un nombre minimum de jours de travail assurés. Etant donné que la participation des femmes au marché du travail est inférieure à celle des hommes, les femmes peuvent être sous-représentées dans les régimes contributifs ;
- les allocations d'invalidité versées par l'assistance sociale sont souvent octroyées aux personnes inactives ou ayant peu de ressources. Ces deux critères peuvent augmenter la part des femmes bénéficiant de ces pensions ;
- dans la plupart des pays, les indemnités d'invalidité sont remplacées par la pension de vieillesse à l'âge de la retraite. Dans les pays où elles continuent à être versées après l'âge

de la retraite, la proportion de femmes peut être élevée à cause de leur espérance de vie plus longue. Par souci de comparabilité, seuls les bénéficiaires âgés de moins de 65 ans sont présentés dans le tableau 2 (lorsque les données sont disponibles) ;

- accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas distribués de manière uniforme entre les secteurs et les professions. La répartition sectorielle et par occupation entre hommes et femmes est dès lors différente. Les hommes sont plus nombreux à travailler dans des secteurs et professions où les taux d'accidents sont importants (par exemple dans la construction) ;

- les pensions de guerre concernent en majorité les hommes. Les statistiques nationales incluent cependant un nombre élevé de veuves et d'orphelins bénéficiaires.

Le tableau 2 présente le nombre de bénéficiaires par sexe. Pour les raisons mentionnées ci-dessus, ce tableau ne comprend pas les pensions liées aux accidents/maladies professionnel(le)s ; celles-ci sont toutefois intégrées dans les statistiques des régimes nationaux qui ne font pas de distinction selon l'origine du handicap.

Tableau 2 Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité par sexe (sans indemnités pour raison prof. et pensions de guerre)

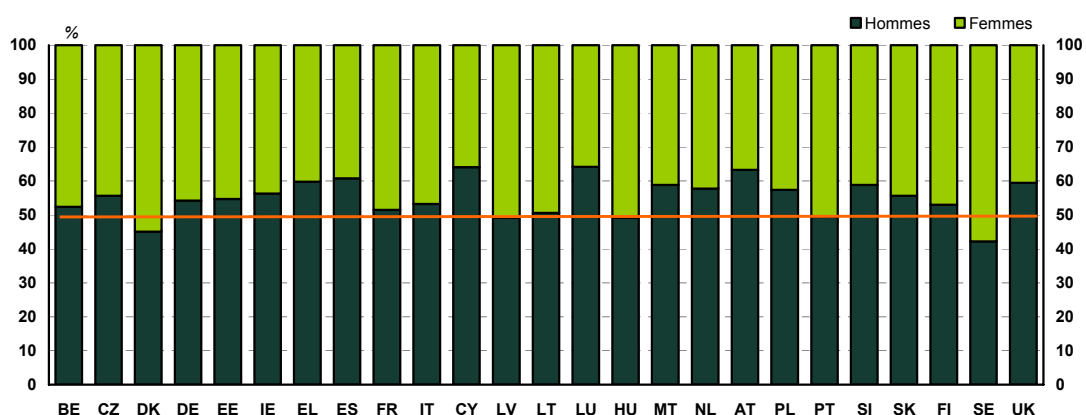
| Type d'allocation / sexe | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| BE Personnes invalides (durée > 1 an) | 200 264 | 204 475 | 209 758 | 217 513 | 221 417 | 225 951 |
| Hommes | 119 004 | 120 014 | 121 456 | 122 765 | 123 096 | 123 459 |
| Femmes | 81 260 | 84 461 | 88 302 | 94 748 | 98 321 | 102 492 |
| Bénéficiaires de pensions d'invalidité (adultes handicapés) | 118 921 | 120 228 | 123 945 | 130 347 | 133 739 | 136 742 |
| Hommes | : | : | 60 394 | 63 734 | 65 089 | 66 533 |
| Femmes | : | : | 63 471 | 67 189 | 68 642 | 70 190 |
| CZ Indemnités d'invalidité | 453 367 | 478 504 | 488 728 | 498 273 | 507 634 | 514 828 |
| Hommes | 254 192 | 267 662 | 272 902 | 278 204 | 283 078 | 286 345 |
| Femmes | 199 175 | 210 842 | 215 826 | 220 069 | 224 556 | 228 483 |
| DK Pensions de préretraite (bénéficiaires à temps plein) | 257 560 | 254 612 | 258 824 | 258 741 | 257 887 | 246 836 |
| Hommes | 109 886 | 109 627 | 113 470 | 114 599 | 114 926 | 111 419 |
| Femmes | 147 674 | 144 985 | 145 354 | 144 142 | 142 961 | 135 417 |
| Provision pour adultes handicapés | 4 746 | 5 665 | 6 048 | 4 293 | 4 677 | 9 851 |
| Hommes | : | : | : | : | : | : |
| Femmes | : | : | : | : | : | : |
| DE Indemnités dues à une capacité de travail réduite (<65 ans) | 1 908 594 | 1 861 542 | 1 809 136 | 1 761 646 | 1 694 728 | 1 649 767 |
| Hommes | 1 081 533 | 1 043 848 | 1 003 438 | 969 736 | 924 013 | 891 749 |
| Femmes | 827 061 | 817 694 | 805 698 | 791 910 | 770 715 | 758 018 |
| Sécurité de base (réduction de la capacité de travail) (<65 ans) | : | : | : | 181 097 | 232 897 | 287 442 |
| Hommes | : | : | : | 99 309 | 128 374 | 158 582 |
| Femmes | : | : | : | 81 788 | 104 523 | 128 860 |
| EE Allocation pour adultes handicapés | 66 814 | 84 168 | 88 794 | 92 605 | 98 032 | 102 263 |
| Hommes | : | : | : | : | : | : |
| Femmes | : | : | : | : | : | : |
| Personnes recevant des indemnités pour incapacité de travail | 43 394 | 47 140 | 51 339 | 55 480 | 59 174 | : |
| Hommes | 25 844 | 27 689 | 29 333 | 30 897 | 32 365 | : |
| Femmes | 17 550 | 19 451 | 22 006 | 24 583 | 26 809 | : |
| IE Bénéficiaires de pensions d'invalidité (<65 ans) | 43 818 | 44 421 | 45 313 | 45 767 | 46 588 | 47 357 |
| Hommes | 24 870 | 24 457 | 24 428 | 24 138 | 24 094 | 23 992 |
| Femmes | 18 948 | 19 964 | 20 885 | 21 629 | 22 494 | 23 365 |
| Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (16-66 ans) | 54 303 | 57 655 | 62 783 | 67 720 | 72 976 | 79 253 |
| Hommes | 32 401 | 34 458 | 37 644 | 40 596 | 43 727 | 47 265 |
| Femmes | 21 902 | 23 197 | 25 139 | 27 124 | 29 249 | 31 988 |
| EL Pensions d'invalidité versées par IKA & OGA | : | : | : | : | : | 121 685 |
| Hommes | : | : | : | : | : | 72 799 |
| Femmes | : | : | : | : | : | 48 886 |
| ES Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (régime contributif) | : | : | 780 300 | 792 600 | 810 300 | 828 300 |
| Hommes | : | : | 547 800 | 549 200 | 557 700 | 564 400 |
| Femmes | : | : | 232 500 | 243 400 | 252 700 | 263 900 |
| Nombre de pensions d'invalidité (régime non contributif) | 244 802 | 207 620 | 206 814 | 207 273 | 206 953 | 204 686 |
| Hommes | : | : | : | : | : | 87 447 |
| Femmes | : | : | : | : | : | 116 157 |
| Bénéficiaires de pensions LISMI | 108 597 | 97 239 | 86 827 | 77 489 | 64 169 | 60 292 |
| Hommes | : | 18 580 | 16 424 | 14 635 | 13 170 | 11 138 |
| Femmes | : | 78 659 | 70 403 | 62 854 | 55 999 | 47 686 |
| FR Pensions d'invalidité | 496 359 | 496 897 | 512 989 | 567 581 | 586 973 | : |
| Hommes | : | : | 271 884 | : | : | : |
| Femmes | : | : | 241 105 | : | : | : |
| Personnes recevant l'allocation pour adultes handicapés (AAH) | 674 423 | 697 992 | 716 784 | 732 839 | 752 988 | 768 414 |
| Hommes | 342 000 | : | : | 369 000 | 377 000 | : |
| Femmes | 332 000 | : | : | 364 000 | 371 000 | : |
| IT Bénéf. d'allocations d'invalidité/d'incapacité de travail/d'assistance pers. et continue | 399 825 | 369 042 | 342 073 | 321 958 | 440 569 | 424 722 |
| Hommes | 245 951 | 228 248 | 213 044 | 203 311 | 281 910 | 275 149 |
| Femmes | 153 874 | 140 794 | 129 029 | 118 647 | 158 659 | 149 573 |
| Pensions d'invalidité (assistance sociale) (<65 ans) | 575 461 | 552 148 | 610 717 | 653 121 | 918 259 | 953 025 |
| Hommes | 261 703 | 250 333 | 278 775 | 299 501 | 439 810 | 457 960 |
| Femmes | 313 758 | 301 815 | 331 942 | 353 620 | 478 449 | 495 065 |

| Type d'allocation / sexe | | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| CY Bénéficiaires de pensions d'invalidité | | 5 363 | 5 737 | 6 008 | 6 293 | 6 556 | 7 084 |
| | Hommes | 3 786 | 4 015 | 4 158 | 4 318 | 4 444 | 4 728 |
| | Femmes | 1 577 | 1 722 | 1 850 | 1 975 | 2 112 | 2 356 |
| | Indemnités d'invalidité | : | : | 2 982 | 3 236 | 3 547 | 3 958 |
| | Hommes | : | : | 1 745 | 1 918 | 2 109 | 2 352 |
| | Femmes | : | : | 1 237 | 1 318 | 1 438 | 1 606 |
| LV Pensions d'invalidité (25 ans +) | | 83 181 | 80 547 | 77 876 | 75 938 | 74 603 | 73 574 |
| | Hommes | 40 573 | 39 295 | 37 732 | 36 711 | 35 781 | 35 004 |
| | Femmes | 42 608 | 41 252 | 40 144 | 39 227 | 38 822 | 38 570 |
| | Allocation de sécurité sociale pour pers. handicapées (généralement 18-65 ans) | 10 919 | 11 710 | 12 187 | 12 490 | 13 195 | 13 920 |
| | Hommes | : | 6 727 | 7 031 | 7 206 | 7 656 | 8 043 |
| | Femmes | : | 4 983 | 5 156 | 5 284 | 5 539 | 5 877 |
| LT Personnes recevant des alloc. d'invalidité/d'incapacité de travail (avant la retraite) | | : | : | : | : | 135 400 | 138 200 |
| | Hommes | : | : | : | : | 71 100 | 69 900 |
| | Femmes | : | : | : | : | 64 300 | 68 300 |
| LU Bénéficiaires de pensions d'invalidité | | 20 387 | 19 955 | 19 672 | 19 157 | 18 402 | 18 028 |
| | Hommes | 13 590 | 13 193 | 12 855 | 12 498 | 11 890 | 11 567 |
| | Femmes | 6 797 | 6 762 | 6 817 | 6 659 | 6 512 | 6 461 |
| HU Pensions d'invalidité (<65 ans) | | 447 001 | 453 203 | 467 289 | 462 228 | 465 797 | 454 348 |
| | Hommes | 262 193 | 264 719 | 263 046 | 259 358 | 251 696 | 243 502 |
| | Femmes | 184 808 | 188 484 | 204 243 | 202 870 | 214 101 | 210 846 |
| | Indemnités d'invalidité | 247 974 | 246 203 | 249 627 | 250 122 | 250 854 | 243 128 |
| | Hommes | 99 925 | 100 433 | 101 867 | 102 391 | 102 737 | 99 270 |
| | Femmes | 148 049 | 145 770 | 147 760 | 147 731 | 149 117 | 143 858 |
| MT Handicapés inscrits (25-64 ans) | | : | : | : | : | : | 4 203 |
| | Hommes | : | : | : | : | : | 2 476 |
| | Femmes | : | : | : | : | : | 1 727 |
| NL Indemnités d'invalidité (bénéficiaires WAO; 16-64 ans) | | 935 390 | 960 150 | 972 200 | 959 150 | 938 330 | 877 640 |
| | Hommes | 534 280 | 536 170 | 533 880 | 524 290 | 511 140 | 479 720 |
| | Femmes | 401 110 | 423 970 | 438 290 | 434 830 | 427 100 | 397 810 |
| AT Pensions pour capacité de travail réduite (<65 ans) | | 161 999 | 164 352 | 170 026 | 176 686 | 195 569 | 209 537 |
| | Hommes | 98 725 | 100 712 | 104 719 | 110 060 | 123 306 | 132 626 |
| | Femmes | 63 274 | 63 640 | 65 307 | 66 626 | 72 263 | 76 911 |
| PL Indemnités d'invalidité suite à une incapacité de travail (> 1 an; 18 ans+) | | 1 388 800 | 1 340 800 | 1 288 000 | 1 239 600 | 1 142 800 | 935 600 |
| | Hommes | : | : | : | : | : | 544 519 |
| | Femmes | : | : | : | : | : | 391 081 |
| | Pensions sociales payées par FUS (<65 ans) | : | : | : | : | 227 615 | 223 366 |
| | Hommes | : | : | : | : | 122 070 | 120 539 |
| | Femmes | : | : | : | : | 105 545 | 102 827 |
| PT Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (<65 ans) | | : | 357 344 | 354 556 | 345 603 | 336 215 | 318 022 |
| | Hommes | : | 166 995 | 166 046 | 162 931 | 159 273 | 157 294 |
| | Femmes | : | 190 349 | 188 510 | 182 672 | 176 942 | 160 728 |
| SI Indemnités d'invalidité (25-64 ans) (y compris pour raison professionnelle) | | 58 977 | 57 833 | 56 821 | 55 200 | 54 052 | 52 611 |
| | Hommes | 35 294 | 34 474 | 33 721 | 32 580 | 31 964 | 30 973 |
| | Femmes | 23 683 | 23 359 | 23 100 | 22 620 | 22 088 | 21 638 |
| SK Bénéficiaires de pensions d'invalidité (y compris pour raison professionnelle) | | : | 260 000 | 261 000 | 260 000 | 254 000 | 182 856 |
| | Hommes | : | : | : | : | : | 101 808 |
| | Femmes | : | : | : | : | : | 81 048 |
| FI Pensions d'invalidité ordinaires | | 276 269 | 267 906 | 267 204 | 267 140 | 266 972 | 269 428 |
| | Hommes | 147 022 | 143 033 | 142 854 | 142 775 | 142 611 | 143 463 |
| | Femmes | 129 247 | 124 873 | 124 350 | 124 365 | 124 361 | 125 965 |
| | Indemnités d'invalidité | 12 020 | 12 300 | 12 476 | 12 468 | 12 453 | : |
| | Hommes | 5 605 | 5 737 | 5 859 | 5 822 | 5 827 | : |
| | Femmes | 6 415 | 6 563 | 6 617 | 6 646 | 6 626 | : |
| SE Bénéficiaires de compensations d'activité/maladie permanente (19-64 ans) | | 360 494 | 376 035 | 402 153 | 413 071 | 434 137 | 444 950 |
| | Hommes | 163 756 | 168 699 | 177 936 | 179 987 | 185 688 | 187 662 |
| | Femmes | 197 723 | 208 200 | 224 950 | 233 623 | 248 747 | 257 389 |
| UK Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité de longue durée (IB) (16-64 ans) | | 1 339 480 | 1 338 500 | 1 335 140 | 1 351 440 | 1 332 160 | 1 306 150 |
| | Hommes | 892 890 | 883 710 | 870 270 | 869 070 | 849 130 | 824 240 |
| | Femmes | 446 590 | 454 790 | 464 870 | 482 370 | 483 030 | 481 910 |
| | Allocations en cas de handicap sévère (SDA) (16-65 ans) | 376 280 | 362 140 | 328 560 | 313 260 | 299 670 | 286 700 |
| | Hommes | 159 490 | 153 760 | 137 630 | 132 220 | 127 370 | 122 640 |
| | Femmes | 216 790 | 208 380 | 190 930 | 181 040 | 172 300 | 164 060 |

Sources: voir Tableau 1.

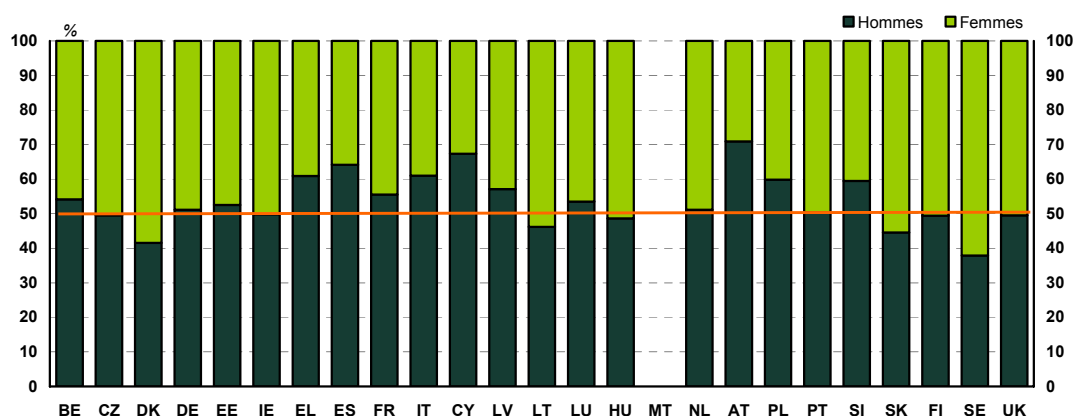
Le nombre de femmes bénéficiaires est généralement plus bas en termes absolu et relatif. On obtient des résultats similaires que ce soit à partir de données administratives ou de données d'enquête (figures 1.4 et 1.5).

1.4 Bénéficiaires de pensions d'invalidité par sexe, 2005



Les données comprennent à la fois les indemnités à caractère contributif et non contributif (mais excluent les pensions de guerre et allocations en cas d'accident ou maladie professionnelle). Sources: voir Tableau 2.

1.5 Bénéficiaires de pensions d'invalidité par sexe, SILC 2005



Source: SILC 2005.

3. Répartition par âge

On pense souvent que les maladies et le handicap résultent de problèmes congénitaux. Les données indiquent qu'en général ils ne surviennent pas à la naissance mais bien au cours de la vie, et peuvent être évités ou retardés. Les facteurs importants qui entrent en jeu dans l'apparition du handicap comprennent notamment :

- les styles de vie : certains comportements peuvent accroître le risque de maladie ou de handicap ;
- un environnement social défavorable (notamment la pauvreté et un faible niveau d'instruction) ;
- la maladie durant la vie active et
- les accidents de travail et maladies professionnelles (notamment pour les 45-54 ans).

Que ce soit séparément ou en combinaison, les maladies, les styles de vie à risque, les accidents du travail et les facteurs socio-économiques génèrent un processus où le taux de maladie chronique et de handicap passe de 1% parmi les jeunes à 15% parmi ceux qui ont l'âge de la retraite.

Les politiques visant à accroître la participation des personnes âgées au marché du travail et à éliminer les régimes de préretraite peuvent avoir pour effet d'augmenter le nombre

d'indemnités d'invalidité (à caractère contributif ou non) qui seront octroyées. Ainsi, les politiques ayant pour objectif de repousser l'âge de la retraite devraient inclure des évaluations de leur impact sur la santé. L'amélioration des conditions de vie et les nouvelles technologies médicales pourraient cependant réduire les taux de prévalence des maladies et du handicap à chaque âge.

La figure 1.6 montre la proportion de personnes recevant des pensions et allocations d'invalidité par groupe d'âge (entre 25 et 59 ans). En fait, dans certains pays, la pension d'invalidité est remplacée à 60 ans par la pension de vieillesse tandis que dans d'autres cela se fait à 65 ans. Les données montrent clairement que la proportion d'allocataires augmente avec l'âge.

Aux Pays-Bas, Kerkhof et al. ont montré que lors de la décision de la retraite, les flux de revenus engendrés par des options de sortie alternatives sont comparés et que ces options alternatives jouent le rôle de substituts¹³ ; le handicap remplaçant par exemple le chômage.

Comme il a été souligné plus haut, les pensions d'invalidité peuvent dans certains pays intervenir en tant que substitut au chômage ou à la préretraite pour les travailleurs âgés, notamment aux Pays-Bas et en Suède.

En revanche, T. Hakola a étudié le comportement lié à la retraite en Finlande et a montré que la santé est non seulement un puissant facteur conduisant les gens vers la voie du handicap, mais elle réduit également la probabilité de se diriger vers d'autres options de sortie du marché du travail – en particulier l'option chômage¹⁴.

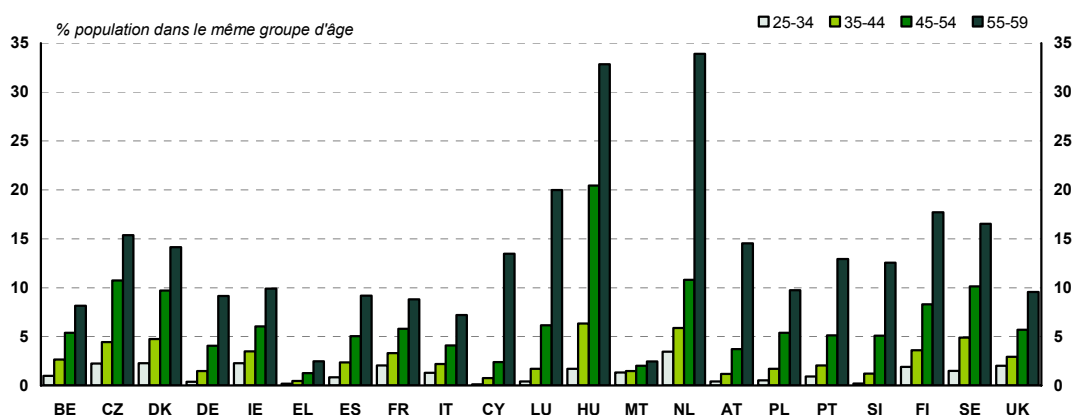
La situation semble similaire en Allemagne où R.T. Riphahn a étudié les facteurs déterminants du handicap et du chômage parmi les travailleurs âgés. Elle a notamment testé l'hypothèse implicite selon laquelle on peut choisir l'un ou l'autre de ces mécanismes au lieu de la pension de retraite. En utilisant des données de panel, elle a estimé et comparé les taux de transition de l'emploi vers le handicap ou vers le chômage. Les tests statistiques rejettent l'hypothèse selon laquelle handicap et chômage sont des substituts¹⁵. Ces deux options de sortie du marché du travail ne se substituent que dans le cas d'entreprises réduisant considérablement leur force de travail.

¹³ M. Kerkhofs, M. Lindeboom, J. Theeuwes : « Retirement, financial incentives and health », août 1998.

¹⁴ T. Hakola : « In transit – labour market transitions of the aged in Finland », preliminary draft, Government Institute for Economic Research, Finlande.

¹⁵ R.T. Riphahn : « Disability retirement and unemployment substitute pathways for labour force exit? An empirical test for the case of Germany », *Journal of Applied Economics*, Volume 29, No 5, mai 1997.

1.6 Bénéficiaires de pensions d'invalidité par groupe d'âge, 2005



La répartition par âge n'est pas disponible pour tous les types de pensions.

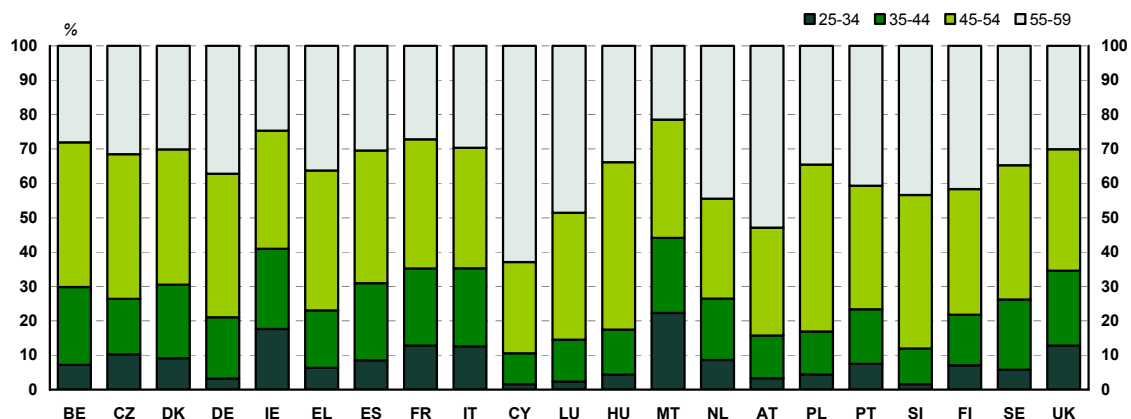
Sources: voir Tableau 1.

Notes :

- BE Nombre de personnes invalides (période d'incapacité > 1 an) (déc. 2005)
- CZ Nombre de personnes handicapées recevant une pension d'invalidité (déc. 2005)
- DK Bénéficiaires de la pension de préretraite (déc. 2005), Provision pour adultes handicapés (déc. 2005)
- DE Pensions pour cause de capacité réduite de travail (déc. 2005)
- IE Bénéficiaires d'une pension d'invalidité (déc. 2005), Bénéficiaires des allocations de handicap (2005), Bénéficiaires de pensions pour incapacité, d'allocations d'invalidité, d'allocations pour assistance personnelle et continue, Pensions d'invalidité (assistance sociale) (moins de 65 ans)
- EL Allocataires des IKA-ETAM (fin oct. 2005)
- ES Pensions pour incapacité permanente (déc. 2005), Bénéficiaires de pensions d'invalidité non contributives (déc. 2005), Bénéficiaires des allocations LISMI (déc. 2005)
- FR Nombre d'allocataires (invalides) inscrits des pensions d'invalidité militaires (déc. 2004), Nombre d'allocataires inscrits des allocations pour adultes handicapés (AAH) (déc. 2005). Pas de pensions d'invalidité.
- IT Bénéficiaires d'allocations d'invalidité/d'incapacité de travail/d'assistance pers. et continue, Pensions d'invalidité (assistance sociale)
- CY Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité – régimes contributif et non contributif (déc. 2005)
- LU Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité
- HU Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité avant l'âge de la retraite (jan. 2005, avant hausse) et pensions d'invalidité
- MT Nombre de personnes handicapées inscrites dans le Registre National du handicap (déc. 2005)
- NL Nombre de bénéficiaires des allocations pour incapacité de travail (déc. 2005)
- AT Pension due à une capacité de travail réduite/incapacité de travail (déc. 2005)
- PL Pensions d'invalidité payées par FUS (déc. 2005, %)
- PT Nombre de personnes handicapées recevant une pension d'invalidité (déc. 2005)
- SI Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité (déc. 2005)
- FI Bénéficiaires des pensions d'invalidité ordinaires (déc. 2005)
- SE Nombre de personnes recevant une compensation pour une maladie permanente (déc. 2005)
- UK Bénéficiaires des allocations d'incapacité de longue durée (déc. 2005) et des allocations pour handicap grave (SDA) (déc. 2005)

La figure 1.7 indique que la majorité des bénéficiaires est âgée de 45 ans voire plus.

1.7 Répartition des bénéficiaires de pensions d'invalidité par groupe d'âge, 2005



CY: groupes d'âge : 21-30, 31-40, 41-50 et 51-60 ans. Sources: voir Tableau 1.

4. Répartition selon la nature du handicap

La Classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages¹⁶ publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS 1980) distingue :

- les déficiences : toute perte ou déficience au niveau psychologique, physiologique ou au niveau de la structure ou des fonctions anatomiques.
- les incapacités : toute restriction ou absence (résultant d'une déficience) au niveau de l'aptitude à effectuer une activité de manière normale (ou considérée comme normale pour tout être humain).
- les désavantages : désavantage pour un individu donné résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui le limite ou l'empêche de se réaliser normalement (étant donné son âge, son sexe et ses caractéristiques sociales et culturelles).

Les attitudes par rapport au handicap changent de manière significative. La société a cessé de considérer les personnes handicapées dans une perspective de charité, et en est venue à reconnaître leurs demandes légitimes pour une égalité des droits. Plusieurs définitions impliquent que le « problème » vient de la personne elle-même. Selon les définitions administratives, l'attention est portée sur la réduction de la capacité de travail (indemnités d'invalidité) ainsi que sur les limitations d'activité au niveau de la vie quotidienne (allocations pour soins de longue durée). Les approches adoptées semblent suivre le lien de causalité suivant :

P. Wood (ICIDH)

Déficience — > Incapacité — > Désavantage

ou

S. Nagi (« Disability in America »)

Pathologie active — > Déficience — > Limitation fonctionnelle — > Incapacité

L'approche médicale suppose que le « problème » du handicap provient uniquement de déficiences physiques ou mentales. La personne handicapée est considérée comme ayant un

¹⁶ Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, OMS, Genève, 1980.

problème individuel pour lequel un traitement ou une réhabilitation est nécessaire. Le lien de causalité va de la déficience au désavantage social.

Les personnes actives dans le domaine du handicap ont remis en cause les hypothèses traditionnelles et souligné l'interaction entre la déficience d'un individu et son environnement social et physique. Le modèle social met l'accent sur les barrières discriminatoires et affirme que la société doit être modifiée afin de prendre en compte et de satisfaire les besoins de chaque individu, y compris ceux qui souffrent d'un handicap¹⁷.

Par ailleurs, l'approche des droits civils considère le handicap comme une restriction d'activité causée par un système social contemporain qui se soucie peu ou pas du tout des personnes souffrant de déficiences physiques et les exclut ainsi des activités sociales générales¹⁸.

Ces approches ont encouragé la révision de la Classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages ; ce qui a donné la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)¹⁹.

La classification CIF contient deux listes de base :

| Partie 1. Fonctionnement et handicap | Partie 2. Facteurs contextuels |
|--|--------------------------------|
| a) fonctions organiques et structures anatomiques. | a) facteurs environnementaux. |
| b) activités et participation. | b) facteurs personnels. |

Les termes repris sous la partie 1 remplacent les termes utilisés auparavant, à savoir « déficiences », « incapacités » et « désavantages ». La CIF tient également compte de facteurs environnementaux qui interagissent avec l'ensemble des autres facteurs.

Les fonctions organiques reprennent les fonctions physiologiques de l'organisme (y compris les fonctions psychologiques), des membres et de leurs composantes. Les structures anatomiques correspondent aux parties anatomiques du corps tels que les organes, les membres et leurs composantes. Les déficiences sont des problèmes au niveau des fonctions organiques ou des structures anatomiques tels qu'une déviance ou une perte importante. Les activités correspondent à l'exécution d'une tâche ou d'une action par un individu. La participation est une implication dans une situation de vie réelle. Les facteurs environnementaux constituent quant à eux l'environnement physique, social et comportemental dans lequel les personnes vivent.

Si certaines enquêtes nationales sur le handicap ont été influencées par ces développements (comme en France, en Espagne et au Royaume-Uni), les régimes nationaux d'invalidité continuent à s'appuyer sur l'approche médicale. En dépit du fait que dans la plupart des cas l'évaluation de l'incapacité de travail prend en compte les dimensions professionnelle et sociale, la classification utilisée reste la classification internationale des maladies.

L'octroi de pensions d'invalidité implique souvent un long processus, débutant avec l'arrêt de travail dû à une maladie et se terminant par la reconnaissance du handicap permanent. Le processus repose en premier lieu sur des facteurs essentiellement médicaux, auxquels des

¹⁷ Whittle, R. : « *The concept of disability discrimination and its legal construction* », article non publié, 2000.

¹⁸ Pitcher, J., Siora, G., & Green, A. : « *Local Labour Market Information on Disability* », *Local Economy*, août 1996.

¹⁹ La CIF a été entérinée pour un usage international par la 54^{ème} Assemblée mondiale sur la santé le 22 mai 2001 (OMS 2001).

facteurs sociaux viennent s'ajouter au fur et à mesure, notamment lorsque les décisions d'octroi des allocations financières sont prises.

La Classification internationale des maladies (dixième révision – ICD-10) s'appuie sur les conditions de santé (maladies, troubles, blessures, etc.). L'ICD-10 et la CIF sont complémentaires mais reposent sur des approches différentes. La plupart des administrations nationales utilisent la classification ICD-10 pour leurs régimes d'invalidité.

Afin d'améliorer la comparabilité entre les pays, un certain nombre d'ajustements et de regroupements ont dû être faits. Les résultats sont présentés dans le tableau 3.

1. Les facteurs mentaux/psychologiques comprennent les facteurs affectant le développement mental et comportemental.
2. Les facteurs sensoriels : facteurs affectant les yeux, les oreilles et les structures annexes (ainsi que les facteurs nerveux et les structures liées à la parole dans certains cas).
3. Les facteurs physiques/fonctionnels : facteurs affectant les structures liées aux systèmes digestif, métabolique et endocrinien, ainsi que celles liées au système de l'appareil circulatoire, respiratoire, génito-urinaire, les infections, les néoplasies et les tumeurs malignes, et les tissus sous-cutanés.
4. Les facteurs locomoteurs : système ostéo-articulaire, musculaire et tissu conjonctif.
5. Multiple : malformations congénitales et anomalies chromosomiques, système nerveux, grossesse, accouchement et conditions engendrées lors de la période périnatale.
6. Les autres facteurs comprennent : les symptômes, signes et anomalies cliniques ainsi que les résultats de laboratoire non affectés ailleurs et les facteurs autres que ceux mentionnés ici.

Tableau 3 Nature du handicap

| | Mental ou psychologique | Sensoriel | Physique ou fonctionnel | Locomoteur | Multiple | Autres | Base | Commentaires |
|-----|-------------------------|-----------|-------------------------|------------|----------|--------|-----------|--|
| | % | | | | | | Nombre | |
| BE | 34,0 | 6,7 | 28,6 | 27,4 | 0,9 | 2,4 | 210 051 | Bénéficiaires de pensions d'invalidité, 2005 |
| CZ | 13,0 | 2,2 | 42,9 | 35,6 | 5,8 | 0,4 | 43 609 | Nouvelles pensions d'invalidité, 2005 |
| DK | 0,8 | 6,9 | 59,8 | 22,0 | 4,5 | 5,9 | 14 594 | Pensions anticipées nouvellement versées, 2005 |
| DE | 33,2 | 1,3 | 35,5 | 18,6 | 7,2 | 4,1 | 159 398 | Nouvelles pensions d'invalidité (<65 ans), 2005 |
| EE | 17,0 | 4,9 | 36,4 | 41,7 | 0,0 | 0,0 | 17 505 | Première reconnaissance du handicap, 2005 |
| ES | 40,8 | 7,6 | 33,7 | 0,0 | 0,1 | 17,9 | 203 394 | Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (régime non contributif), 2006 |
| FR1 | 25,9 | 6,3 | 35,6 | 26,8 | 0,0 | 5,4 | 496 897 | Bénéficiaires de pensions d'invalidité, 2001 |
| FR2 | 39,5 | 21,7 | 13,8 | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 691 455 | Bénéficiaires de l'AAH (20-59 ans), 2003 |
| LV | 11,5 | 5,9 | 52,5 | 12,4 | 7,5 | 10,3 | 8 517 | Nouveaux cas de handicap, 2005 |
| LT | 7,4 | 11,8 | 50,4 | 19,2 | 0,0 | 11,2 | 18 770 | Nouvelles reconnaissances du handicap, 2004 |
| LU | 12,8 | 1,3 | 19,5 | 47,6 | 6,4 | 12,4 | 2 255 | Personnes reconnues comme invalides, 2005 |
| MT | 20,4 | 15,7 | 39,7 | 0,0 | 13,1 | 11,0 | 13 446 | Handicaps inscrits, 2005 |
| NL | 38,1 | 7,6 | 26,4 | 27,5 | 0,4 | 0,1 | 899 310 | Bénéficiaires d'allocations pour incapacité de travail, 2005 |
| AT | 16,4 | 1,6 | 22,5 | 36,6 | 3,6 | 19,3 | 427 845 | Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité, 2005 |
| SI | 10,7 | 8,3 | 72,7 | 6,1 | 2,3 | 0,0 | 6 972 | Personnes handicapées inscrites, 2007 |
| SK | 20,8 | 4,4 | 50,9 | 17,1 | 6,2 | 0,6 | 11 930 | Nouvelles pensions d'invalidité, 2005 |
| FI | 41,4 | 1,9 | 18,6 | 28,2 | 9,1 | 0,9 | 255 680 | Bénéficiaires de pensions d'invalidité ordinaires & de préretraite, 2004 |
| SE | 39,8 | 2,0 | 17,0 | 38,6 | 0,4 | 2,3 | 54 103 | Nouvelles allocations maladie (invalidité), 2005 |
| UK1 | 36,1 | 1,2 | 18,7 | 24,4 | 7,2 | 12,3 | 1 393 210 | Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité de longue durée (IB), 2005 |
| UK2 | 43,6 | 2,3 | 8,4 | 8,4 | 18,5 | 18,7 | 269 860 | Bénéficiaires d'allocations en cas de handicap sévère (SDA), 2005 |
| UE | 12,7 | 4,8 | 26,6 | 44,9 | - | 11,1 | | EFT Limitation dans la nature ou le volume de travail, 25-64, 2002 |

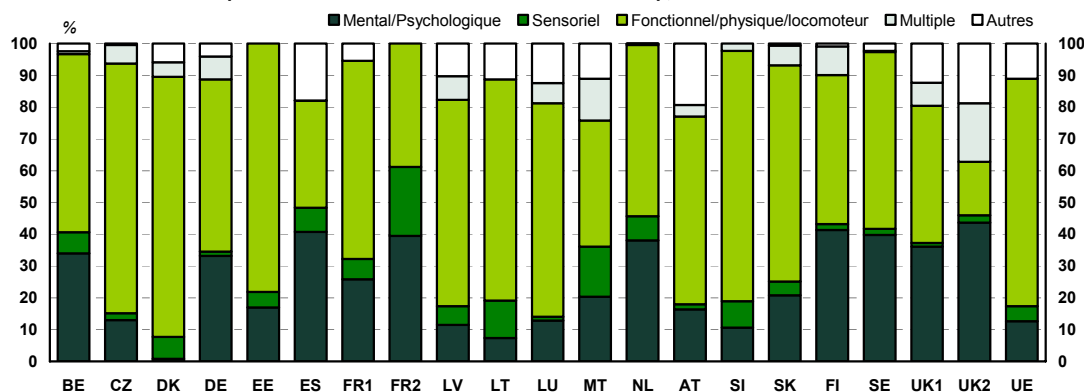
Données UE: Module EFT ad hoc sur le handicap (2002).

Sources: voir Tableau 1.

Les blessures ou catégories qui ne sont pas liées à une déficience déterminée ne sont pas considérées ici.

Ce tableau présente un problème de comparabilité au niveau des catégories de handicap « physique/fonctionnel » et « locomoteur ». Les Etats Membres n'utilisent en effet pas les mêmes catégories. Celles-ci sont regroupées dans la figure 1.8 qui révèle d'importantes différences entre les pays, différences qui peuvent être dues à des définitions différentes ainsi qu'à des systèmes d'évaluation différents.

1.8 Bénéficiaires de pensions d'invalidité selon la nature du handicap, 2005



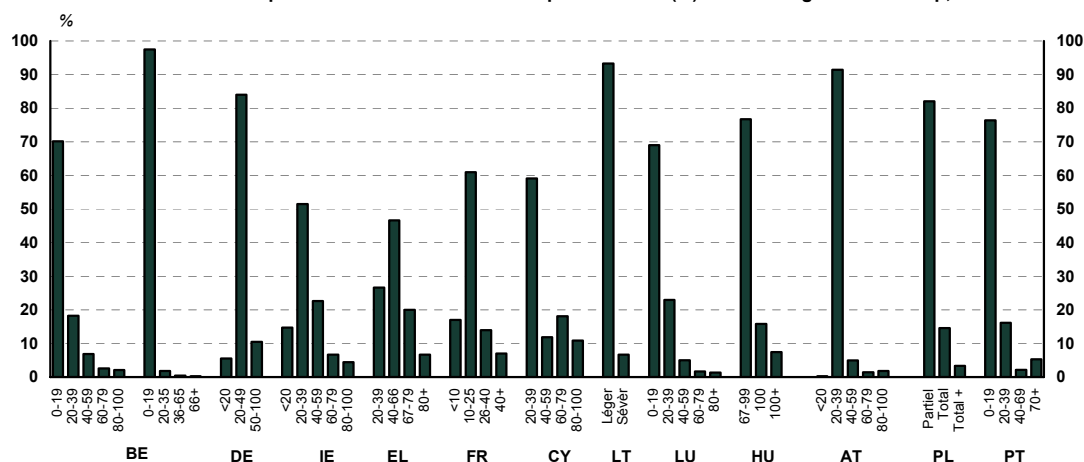
Les données comprennent à la fois les allocations à caractère contributif et non contributif. Fonctionnel, physique et locomoteur ont été regroupés pour la comparaison. "Nerveux" ne peut pas toujours être séparé de "sensoriel": ils sont en effet regroupés dans certains pays (auxquels cas "nerveux" est repris dans "sensoriel"). Sources: voir Tableau 3. UE: limitation au niveau de la nature, du volume et de la mobilité du travail, 25-64 ans, EFT 2002.

5. Répartition selon le degré de handicap

Les accidents du travail et les maladies professionnelles conduisant à une indemnité sont présentés en premier lieu car ceux-ci présentent des caractéristiques intéressantes (figure 1.9).

On observe en effet une tendance similaire entre les pays. Les accidents/maladies professionnel(le)s légers donnant droit à une compensation sont plus nombreux que pour les cas sévères. Cependant, dans certains pays, les (déclarations d') accidents conduisant à un handicap très léger peuvent être moins nombreux s'ils ne correspondent pas à un gain important. En fait, en cas d'invalidité très légère (par exemple moins de 10%), la personne peut recevoir une somme forfaitaire qui peut être très faible. La victime peut alors être découragée de se lancer dans un long processus de reconnaissance de son handicap.

1.9 Pensions d'invalidité pour cause d'accident/maladie professionnel(le) selon le degré de handicap, 2005



Sources: voir Tableau 1.

Notes :

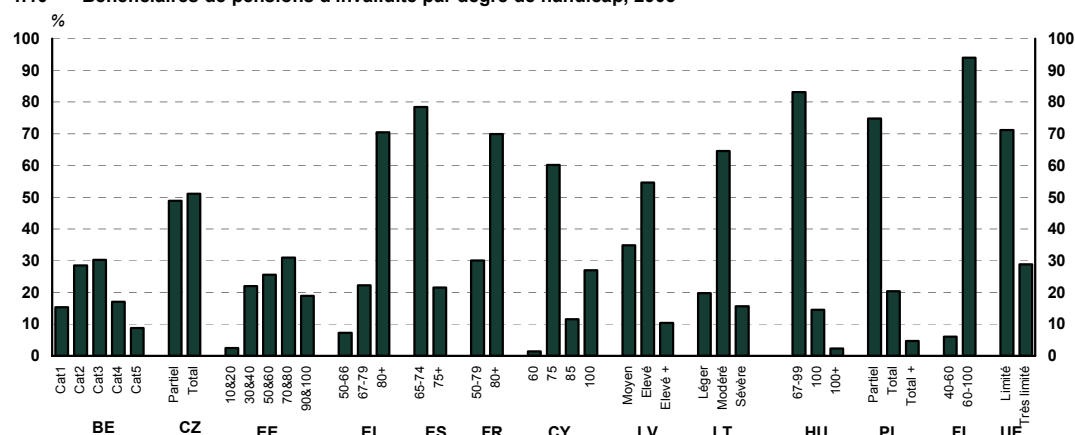
BE Maladies professionnelles (incapacité permanente), 2005. Nouveaux accidents de travail (incapacité permanente), 2005

| | |
|----|---|
| DE | Pensions pour accidents du travail et maladies professionnelles, 2005 |
| IE | Disablement Pension (accident/maladie professionnel(le)), 2005 |
| EL | Nouvelles maladies professionnelles, 2005 (IKA) |
| FR | Pensions pour accidents du travail et maladies professionnelles (Ile-de-France), 2005 |
| CY | Disablement Pension (accident/maladie professionnel(le)), 2006 |
| LT | Personnes recevant une compensation pour accidents du travail, 2005 |
| LU | Victimes recevant une pension d'invalidité, 2005 |
| HU | Nouvelles pensions d'invalidité (liées à un accident), 2005 |
| AT | Nouvelles pensions en cas d'accident, 2005 |
| PL | Nouvelles pensions en cas d'accident/maladie professionnel(le), 2005 |
| PT | Nouveaux cas d'incapacité permanente dus à une maladie professionnelle, 2005 |

Les pensions d'invalidité (à caractère contributif ou non contributif) ne montrent pas les mêmes résultats que pour les compensations liées aux accidents du travail et maladies professionnelles (figure 1.10). Cela peut être dû aux facteurs suivants :

- les intervalles liés au degré de handicap ne sont pas les mêmes entre pays ;
- certains pays prennent en compte des facteurs socio-économiques dans leur évaluation tandis que d'autres le font à moindre échelle (dans la plupart des cas, référence est faite à un travail « convenable » ou « approprié ») ;
- les régimes non contributifs sont sous conditions de ressources ;
- les régimes non contributifs requièrent en général des seuils de revenu plus élevés comparés aux régimes contributifs ;
- de plus, la période minimum pour qu'une maladie ou qu'un handicap soit considéré comme permanent varie beaucoup entre les pays (entre six mois et deux ans).

1.10 Bénéficiaires de pensions d'invalidité par degré de handicap, 2005



Les données comprennent les pensions à caractère contributif/non contributif.
Sources: voir Tableau 1. UE : Limitation dans les activités quotidiennes, 25-64 ans, SILC 2005.

Notes :

| | |
|----|--|
| BE | Indemnités d'invalidité (degré d'autonomie), 2005 |
| CZ | Nouvelles pensions d'indemnités, 2005 |
| EE | Cas déclarés d'incapacité de travail pour la première fois, 2005 |
| EL | Indemnités d'invalidité, 2005 (IKA) |
| ES | Bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (non contributif), 2006 |
| FR | Bénéficiaires de l'AAH, 2005 |
| CY | Nombre de bénéficiaires d'indemnités d'invalidité, 2005 |
| LV | Personnes handicapées pour la première fois, 2005 |
| LT | Indemnités d'invalidité (pour capacité de travail perdue), 2005 |
| HU | Indemnités d'invalidité (avant l'âge de la retraite), 2005 |
| PL | Nouvelles indemnités d'invalidité, 2005 |
| FI | Bénéficiaires de pensions d'invalidité ordinaires, 2005 |

6. Discussion méthodologique

Les données concernant le nombre total de pensions d'invalidité sont régulièrement publiées par les Etats Membres. Il existe cependant un certain nombre de problèmes mineurs portant sur :

- la précision temporelle des publications : certaines données peuvent en effet être publiées avec beaucoup de retard ;

- le nombre de régimes spéciaux d'assurance peut parfois être très élevé (même si le nombre de personnes concernées est généralement petit). En règle générale, les données publiées couvrent le régime général mais aussi les régimes pour les indépendants et les personnes travaillant dans le secteur agricole ;

- certains fonds de sécurité sociale publient le nombre de pensions et pas le nombre d'allocataires.

Comme il a été noté plus haut, par souci de comparabilité, le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité versées par l'assistance sociale est également pris en compte. Mais ces données sont publiées à des intervalles moins réguliers.

Les données sur la répartition par âge sont disponibles pour la plupart des Etats Membres même si les données publiées n'indiquent pas toujours des groupes d'âge similaires. Les données par sexe ne sont quant à elles pas toujours disponibles (même si les administrations devraient les avoir).

De manière générale, les données disponibles sur la sécurité sociale et l'assistance sociale permettent d'élaborer une estimation raisonnable du nombre total de bénéficiaires d'allocations âgés entre 25 et 64 ans. L'analyse se limite à ce groupe d'âge en raison des deux points suivants :

- à l'âge de la retraite, certains pays continuent à verser une pension d'invalidité (à la place de la pension de vieillesse) tandis que d'autres la remplacent par une pension de vieillesse ordinaire (avec éventuellement des allocations complémentaires spécifiques) ;

- pour les jeunes adultes, l'âge limite entre pensions d'invalidité et allocations familiales n'est pas le même entre les pays (il peut en particulier dépendre de l'âge auquel cesse la période de scolarité obligatoire).

La préretraite pour cause de handicap peut biaiser la comparaison pour le groupe des 25-64 ans étant donné que ce type de régime existe dans certains pays. La répartition par âge des allocataires devrait toutefois permettre d'interpréter correctement les données.

Etant donné que plusieurs fonds nationaux de sécurité sociale publient les données avec un certain retard, il se peut que des extrapolations soient nécessaires pour certains Etats Membres afin d'avoir la même année de comparaison. Cela est notamment le cas lorsque l'on dispose de données récentes sur le nombre total de bénéficiaires mais de données par âge plus anciennes. Des problèmes du même ordre peuvent se poser concernant la distribution par sexe.

Les données sur la nature du handicap sont également problématiques. Les données publiées suivent une approche médicale en rapportant la « maladie ». Cela vient des méthodes utilisées pour évaluer l'incapacité de travail. Alors que les Etats Membres prennent en considération les critères sociaux et les critères de travail, le principal système de classification utilisé est la Classification internationale des maladies. Très peu de pays

publient des données proches des classifications internationales du handicap ou des limitations d'activité (l'Estonie, la France, l'Espagne, Malte et la Slovénie). Au sein d'un même pays, différentes classifications peuvent être utilisées selon les allocations ou les services. L'évaluation de la dépendance semble toutefois adopter une typologie plus proche des classifications internationales des limitations d'activité.

Mesurer le degré du handicap soulève un autre obstacle majeur à la comparabilité. Non seulement les seuils tendent à être différents, mais cela est aussi le cas pour les catégories utilisées. Seules les pensions liées aux accidents du travail et maladies professionnelles ont des catégories similaires (généralement par classe de 5 ou 10 points).

La présentation de données détaillées comparables sur la nature et le degré du handicap est probablement un long processus nécessitant une certaine harmonisation au niveau des règles d'évaluation nationales. A court terme, un degré minimum de comparabilité peut être atteint en produisant des séries statistiques sur :

- le nombre total d'allocataires (ou de pensions) ;
- la répartition par sexe et
- la répartition par groupe d'âge.

D'un point de vue financier (coût par rapport au budget de l'Etat), cela peut être une information utile. En revanche, cela peut être moins utile au niveau des politiques actives d'intégration du marché du travail, notamment si on tient compte du fait que les personnes handicapées ne forment pas un groupe homogène.

Des données complémentaires sur les pensions octroyées dans le cadre des risques assurables liés à l'emploi, aux blessures et maladies professionnelles et aux soins de longue durée (dépendance liée à la vieillesse) devraient permettre de compléter les informations et de clarifier les différents risques associés aux limitations d'activité.

Un autre point intéressant concerne l'utilisation de données d'enquête pour compléter les données administratives. Celles-ci peuvent être utiles mais doivent être considérées sur une base commune. Il est nécessaire de reformuler la question sur les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (pas ceux déclarant une limitation d'activité) dans l'enquête EU-SILC et les autres enquêtes apparentées afin de cibler un groupe spécifique d'allocataires (par exemple ceux qui ont une incapacité permanente). Les enquêtes pourraient alors apporter des informations (notamment sur les questions du marché du travail) susceptibles d'être combinées avec les données administratives. Cela permettrait d'éviter un long processus d'harmonisation des méthodes d'évaluation du handicap.

ANNEXES

Assurances principales en cas d'incapacité de travail ²⁰

| | Main contributory scheme for incapacity to work/earn | Main non-contributory scheme |
|-----------|---|---|
| BE | <p>Invalidity allowances</p> <p>A person is considered to be incapacitated for work when he/she has suspended all work activity as the direct result of the appearance or the aggravation of injuries or functional impairments which have been recognised as limiting his/her earning capacity to 1/3 or less than what a (non-disabled) person of the same social class and with the same education and professional training can earn.</p> | <p>Disability allowances beneficiaries – disabled adults</p> <p>A person is entitled to this allowance when his/her physical or mental condition results in a diminution of earning capacity to 1/3 or less of what a non-disabled person might earn in any job on the general labour market.</p> |
| CZ | <p>Disability pensions</p> <p>A person is partially disabled if her/his capacity of work is decreased at least 33% and if her/his long-term adverse state of health significantly impairs her/his general standard of living.</p> | <p>Allowances for handicapped people</p> <p>Compensate their social needs, especially in the field of mobility, accommodation, special aids, etc.</p> <p>Data not available.</p> |
| DK | <p>Early retirement pension</p> <p>Permanent reduction in the ability to work due to physical or mental disability (health-specific early retirement) or in cases where it is necessary to permanently secure the livelihood of a person for social and financial reasons (needs-specific early retirement). Minimum capacity: Reduction of the capacity for work to an extent that the person cannot assure his/her subsistence (till 2002: 50%).</p> | <p>Provision for disabled adult</p> <p>When earnings give no entitlement to a pension, but when invalidity (67-100%) is medically certified, and in cases of deafness resulting in serious problems of communication.</p> |
| DE | <p>Pensions due to reduced working capacity</p> <p>Partial incapacity pension: granted to insured persons who are as result of sickness or infirmity not able to work during an indefinite period for at least 6 hours a day in the regular labour market conditions.</p> | <p>Basic Security</p> <p>Basic security in case of full-reduction of working capacity</p> |
| EE | <p>Persons receiving pension for incapacity for work</p> <p>Partial incapacity: capable of working in order to support himself or herself, but due to a functional impairment caused by an illness or injury, a person is not able to perform suitable work corresponding to the general national working time. Minimum: 40%. A loss of 10-90% of working capacity is required for partial incapacity for work (Includes work accidents).</p> | |
| IE | <p>Recipients of invalidity pensions</p> <p>People who are permanently incapable of work because of an illness or incapacity. Incapacity for work of such a nature that the likelihood is that the person will be incapable of work for life or the person is likely to be unable to work for 1 year from the date of claim.</p> | <p>Recipients of the Disability Allowance</p> <p>Persons substantially restricted in undertaking suitable employment. To qualify a person must, by reason of disability, be substantially handicapped in undertaking work of a kind which, if he/she were not suffering from that disability, would be suited to his/her age, experience and qualifications.</p> |

²⁰ S'il existe plusieurs types différents au sein d'un même régime, seul le degré inférieur est mentionné ici.

| | | |
|----|---|---|
| EL | <p>Principal (insurance) invalidity and occupational accidents pensions</p> <p>Persons with a disability (referring to earning capacity) of at least 50% following a common disease (including psychiatric illness), an occupational disease, an occupational accident or an accident outside work (IKA). OGA requires 67%.</p> <p>Subsidiary invalidity and occupational accidents pensions</p> <p>Only principal component of subsidiary insurance. Same conditions as for principal insurance.</p> | <p>Non-contributory benefits</p> <p>Data not available.</p> |
| ES | <p>Beneficiaries of contributory invalidity pensions</p> <p>Work capacity reduced by 33% or more due to illness or injury.</p> | <p>Beneficiaries of non contributory invalidity pensions</p> <p>Invalidity is the result of physical, mental, congenital, not congenital impairments, which are permanent for the foreseeable future, which annul or modify the physical, mental or sensory capacity of the person who suffers from them. Needs more than 65% disability.</p> <p>Beneficiaries of LISMI benefits</p> <p>Minimum: 33% or more degree of disability.</p> |
| FR | <p>Invalidity pensions (civil and military)</p> <p>Persons who are victims of a disease or accident not related to work which reduce the ability to work or earning capacity by at least two thirds (general and agricultural schemes). The individual must not be able to find a job which allows him or her to earn more than one third of the wage that a individual would receive in the same area, in the same category of work which he had before.</p> | <p>Allowance to disabled adults</p> <p>Persons whose disability is at least 80% or, if the degree of disability is between 50-79% and are unable to carry out a profession because of their disability.</p> |
| IT | <p>Beneficiaries of incapacity pensions, invalidity allowance, allowances for personal and continuous assistance</p> <p>Workers affected from partial physical or mental sickness or infirmity. Minimum disability level required to be eligible: 66%.</p> | <p>Disability benefits (social assistance)</p> <p>Social assistance benefit payable to disabled people who do not fulfil the requirements for the earnings-related benefits. The scheme includes: partially or totally blind people, deaf people, other disabled people (including children attending school).</p> |
| CY | <p>Invalidity pension</p> <p>An insured person is treated as incapable of work as a result of a special disease or physical or mental disablement. Incapacity is defined in reference to the remuneration that a person in good health with the same occupational category and education in the same region may earn.</p> <p>Minimum: 50%.</p> | <p>Disability Allowance</p> <p>A person who, due to congenital or environmental factors, has any form of incapacity or disadvantage which, taking into account the historical background or other personal information of that person, causes a physical, cognitive or mental limitation, permanent or of indefinite duration, and substantially reduces or excludes the possibility of executing one or more activities or functions which are considered normal or basic for the quality of life of an individual of the same age who does not have that incapacity or disadvantage.</p> |
| LV | <p>Beneficiaries of invalidity pensions</p> <p>Min. level of incapacity for work: 25% reduction in capacity.</p> | <p>State Social Security Benefit</p> <p>Recognition as a disabled person.</p> |

| | | |
|-----------|--|--|
| LT | <p>Disability pension</p> <p>Disability is a long term impairment of health status of a person due to disorders of the individual body structure or functions or adverse interaction of environmental factors leading to decreasing possibilities to participate in public life and other activities. Minimum work incapacity: 45% (before 2005: 33%).</p> | <p>Disability assistance benefit</p> <p>Disabled persons with a loss of capacity for work of at least 60% or Group I or II invalids (until.2005) who have no right to receive a state social insurance pension.</p> |
| LU | <p>Invalidity pension</p> <p>Loss of capacity to work and cannot take again the last profession. No minimum level.</p> <p>A person who, as a result of prolonged sickness or infirmity, has lost the working capacity to such a degree that he/she is unable to carry on the occupation of the last post or another occupation suited to his/her capacity.</p> | <p>No specific scheme. Covered by general scheme for guaranteed minimum income.</p> |
| HU | <p>Disability pension</p> <p>Pensions who have totally or partially lost their working capacity and who are, therefore, unable to perform regular work. At least 67% reduction in working capacity.</p> | <p>Disability benefits</p> <p>The disability annuity is payable to persons who have totally lost their working capacity before 25. Benefits to persons with reduced capacity to work who are not entitled to retirement allowances and old-age pension.</p> <p>Regular social assistance</p> <p>Persons aged over 18 who have lost at least 67% of their working ability or persons of active age but not in employment.</p> |
| MT | <p>Contributory Invalidity Pension</p> <p>Persons deemed permanently incapable for suitable full-time or regular part-time employment due to a serious disease or bodily or mental impairment.</p> | <p>Disability pensions</p> <p>Persons suffering from a severe disability.</p> |
| NL | <p>Invalidity benefits (WAO)</p> <p>At least 15% unfit for accepted employment. Only the consequence of impairment is relevant, not the cause. It covers work injuries & occupational diseases. People are considered incapable of working when, as a result of sickness or infirmity, they cannot earn the same as healthy workers with similar training and equivalent skills at the location where they work or in the vicinity. WIA (2006) requires an occupational disability level of 35%. WAJONG: 25%. No minimum insurance period required.</p> | |
| AT | <p>Work reduction capacity</p> <p>If the capacity for work has been reduced because of physical or mental state to less than 50% compared to a healthy person with similar education and experience.</p> | <p>Long term care benefit</p> <p>Need of constant care and assistance (need of care).</p> |
| PL | <p>Disability pensions</p> <p>Victims of long-term/permanent infirmity unlikely to regain working capacity. Partial incapacity: insured persons unable to perform their usual work but capable of a different, lower skilled job.</p> | <p>Compensatory allowances (Zasiłek wyrównawczy).</p> <p>Persons, whose salary decreased as a result of permanent or long-lasting health damage. At least partly incapable of work.</p> |

| | | |
|-----------|---|---|
| PT | <p>Invalidity pension (Pensão de invalidez)</p> <p>Persons who are definitely unable to work because of a disease or accident. Persons whose wage does not exceed a third of what they should receive if they were fully capable to work are considered to be in a situation of permanent incapacity. Minimum disability level required to be eligible: 66.6% reduction of capacity of normal occupation.</p> | <p>Invalidity social pension</p> <p>Incapable people aged over 18 and unable to work, not entitled to pensions from the contributory scheme.</p> <p>Data not available.</p> |
| SI | <p>Disability pension</p> <p>Due to a change in health condition (as a result of injury or illness related and unrelated to work) which cannot be reversed by medical treatment or rehabilitation the capacity for work is reduced. Category III: capacity to work fulltime is impaired, but they are capable of working in a certain job on at least a half-time basis, or, their capacity for work in the occupation for which they have trained for is reduced by less than 50% or they can continue to work in their occupation on a full-time basis but have lost the capacity to perform the job to which they have been assigned.</p> | <p>Invalidity Benefit</p> <p>Paid to insured persons afflicted with invalidity of category II after reaching 50 years or category III, if their capacity for work is reduced by less than 50% provided they were unemployed and/or not covered by compulsory insurance at the onset of invalidity.</p> |
| SK | <p>Invalidity pension</p> <p>A person is entitled to invalidity pension as a consequence of a long-term severe healthy condition if his (her) capacity for work is reduced by 40% compared to the capacity for work of a healthy person. In case of employment injuries or occupational diseases and for persons disabled since childhood no minimum period of affiliation is required.</p> | <p>Compensation benefit</p> <p>Compensation for reduced ability to fulfil basic domestic tasks and reduced social opportunities. Data not available.</p> <p>Disabled persons allowance</p> <p>A functional defect of at least 50% (absence of physical, sensory or mental ability). Data not available.</p> |
| FI | <p>Ordinary disability pensions</p> <p>Person who has an illness which reduces the person's work ability. Besides the person's health another factor that is also taken into account is the person's possibilities of earning a living by such available work which the person can reasonably be expected to manage when taking into account his or her education and training, age, previous activity, living conditions and other comparable factors.</p> <p>Minimum work ability reduction by 2/5.</p> | <p>Disability allowance</p> <p>Persons who have an illness or injury which will reduce their functional capacity. "Reduction of functional capacity" refers to situations where a person's ability to look after him- or herself and to perform necessary housekeeping tasks and visits to the outside world has deteriorated on account of an illness or injury. "Handicap" refers to a disadvantage experienced in ordinary everyday activities which is caused by an illness or injury.</p> |
| SE | <p>Sickness compensation (Sjukersättning)</p> <p>People who for medical reasons have a working capacity reduced by at least 25%.</p> <p>Activity compensation is granted for a limited time. At the age of 30, it is replaced by the sickness compensation. Minimum disability level required to be eligible: 25%</p> | |
| UK | <p>Long term Incapacity Benefit (IB)</p> <p>Incapacity for work by reason of physical or mental illness or disability.</p> | <p>Severe Disablement Allowance</p> <p>SDA has been abolished, no new awards since July 2001. The aim was to enable severely disabled people with no contribution record to claim non means-tested benefit. Now young people <25 can receive IB instead of SDA. SDA recipients <20 were transferred to IB in 2002. Others without work history now have to claim means-tested benefits.</p> |

Sources: National sources & MISSOC.

CHAPITRE II > ÉDUCATION

1. Les besoins éducatifs particuliers

La collecte de données concernant l'éducation d'enfants handicapés présente plusieurs problèmes. Le principal problème au niveau de la comparaison internationale des données concerne la définition du groupe cible. Les définitions varient en effet selon les pays (tableau 1) et même au sein d'un même pays. La majorité des Etats Membres utilisent le terme de « besoins éducatifs particuliers », qui peut couvrir différentes catégories.

Les catégories les plus fréquemment utilisées sont les suivantes²¹:

- déficiences psychiques et troubles du comportement
- déficiences sensorielles (par exemple visuelles ou auditives)
- problèmes physiques
- déficiences intellectuelles
- difficultés d'apprentissage
- problèmes sociaux
- immigrés et minorités
- gens du voyage

Tous les Etats Membres font explicitement référence aux enfants souffrant de déficiences psychiques, intellectuelles, sensorielles et physiques.

La plupart des pays prennent aussi en considération les troubles du comportement sauf la France, l'Italie et la Suède (bien que dans ces pays les enfants souffrant de ces troubles peuvent être intégrés dans la catégorie « déficiences psychiques »). Les troubles émotionnels soulèvent le même genre de problème. Par souci de comparabilité, ces catégories seront regroupées.

L'apprentissage, la parole et le langage n'apparaissent pas explicitement dans tous les pays mais ces catégories peuvent être intégrées dans les retards intellectuels légers. La comparabilité entre pays nécessite de regrouper les problèmes d'apprentissage et les retards intellectuels.

Certains pays incluent dans leurs statistiques les enfants ayant des problèmes sociaux (comme en Pologne : les enfants menacés d'inadaptation sociale et les toxicomanes ; en Irlande : les jeunes délinquants ; en Allemagne : certains handicaps et/ou les enfants ayant besoin d'un soutien éducatif complémentaire à cause de situations problématiques). Certains pays prennent aussi en considération les enfants des minorités (comme à Malte : les enfants d'immigrés ; ou en Irlande : les enfants des gens du voyage).

Les données sur les minorités ont été exclues dans la mesure du possible.

Ce chapitre présente des données sur les enfants ayant des besoins éducatifs particuliers qui suivent un enseignement ordinaire ou sont dans des écoles spéciales. L'objectif étant d'offrir à ces enfants les mêmes chances de réussite en accord avec leurs besoins et leurs capacités, que ce soit dans des écoles ordinaires ou spéciales.

²¹ Voir en annexe et S. Riddell, K. Tisdall, J. Kane & J. Mulderrig : « Literature review of educational provision for pupils with additional support needs », Scottish Executive Social Research, 2006.

Tableau 1 Déficiences et handicaps conduisant à des besoins éducatifs particuliers (BEP)

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>BE 8 types: handicap mental léger, handicap mental modéré/sévère, troubles de la personnalité et du comportement sévères, problèmes physiques, maladies, troubles visuels, troubles auditifs, troubles instrumentaux.</p> | <p>CZ Sourds/aveugles, handicap physique, troubles de l'apprentissage, troubles de la parole, élèves malades (en institution médicale) avec des handicaps cognitifs, élèves avec de sérieux troubles de l'apprentissage et des insuffisances au niveau du développement intellectuel.</p> | <p>DK Elèves souffrant de sérieux handicaps physiques, sensoriels et intellectuels.</p> | <p>DE Développement physique, social, émotionnel et cognitif. Les catégories: aveugles, troubles visuels, sourds, troubles auditifs, problèmes mentaux, physiques, d'apprentissage, du comportement, troubles de la parole, élèves malades.</p> |
| <p>EE Difficultés d'apprentissage, sensorielles (surdité et troubles auditifs ; cécité et troubles visuels), physiques, émotionnelles et troubles du comportement, de la parole, handicap intellectuel et handicaps multiples, toxicomanies. Enfants d'immigrés. Elèves doués ou ayant un talent particulier.</p> | <p>IE Défiance physique, sensorielle, mentale ou difficulté d'apprentissage, ou tout autre problème qui fait que cette personne apprend différemment par rapport à une personne qui ne souffre pas de ce problème.</p> | <p>EL Difficultés d'apprentissage et d'adaptation significatives dues à des problèmes physiques, mentaux, psychologiques, émotionnels et sociaux (tels que des problèmes de vue, d'audition, de déficiences neurologiques ou orthopédiques sévères, des problèmes de langage, de lecture et d'apprentissage, des troubles cognitifs complexes, émotionnels et sociaux, l'autisme ou tout autre trouble du développement).</p> | <p>ES Elèves souffrant d'handicaps physiques, de troubles de la parole, sensoriels ou d'apprentissage, mentaux, du comportement, de troubles sérieux du développement.</p> |
| <p>FR Altération substantielle, durable ou permanente d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, handicaps multiples, problème de santé invalidant.</p> | <p>IT Troubles physiques, psychologiques, sensoriels causant une difficulté d'apprentissage, sociale ou professionnelle et par conséquent toute situation de désavantage ou de marginalisation sociale.</p> | <p>CY Enfants ayant un sérieux problème d'apprentissage ou ayant du mal à s'adapter à cause d'une déficience physique, mentale, d'apprentissage ou psychologique, et qui ont besoin d'une éducation et d'une formation spéciale.</p> | <p>LV Difficultés d'apprentissage, déficiences sensorielles, physiques, troubles du langage et déficiences liées à la parole, troubles intellectuels, handicaps multiples.</p> |
| <p>LT Les enfants ayant des déficiences congénitales ou acquises ont des opportunités limitées d'être actif au niveau éducatif et social.</p> | <p>LU Particularités mentales, sensorielles, émotionnelles ou locomotrices. Une nouvelle définition est en cours de préparation.</p> | <p>HU Handicap physique, sensoriel, intellectuel, ou déficience au niveau du langage, autisme, handicaps multiples, ou personnes gênées de manière permanente et sévère au niveau des processus éducatif et d'apprentissage à cause de déficiences au niveau du développement psychique (dyslexie, troubles de l'écriture, dyscalculie etc).</p> | <p>MT Handicap physique ou sensoriel, difficultés psychologiques; difficultés d'apprentissage générales et enfants ayant une capacité d'apprentissage exceptionnelle. Environnement défavorisé, troubles du comportement ou d'adaptation sociale; minorités ethniques immigrées.</p> |
| <p>NL Sourds, déficiences auditives, troubles de la parole, déficiences visuelles, physiques, maladies chroniques, difficultés d'apprentissage sévères, inadaptations sévères, instituts de pédologie, sourds-muets, handicaps multiples.</p> | <p>AT Handicap physique ou mental qui fait que l'enfant ne peut recevoir un enseignement sans une aide éducative spéciale.</p> | <p>PL Elèves ayant un handicap mental léger/modéré/sévère/profond; sourds/déficience auditive; aveugles/déficience visuelle; déficience physique; maladie chronique; problème psychiatrique; autisme; handicaps multiples; problèmes sociaux & comportementaux; problèmes de langage et de communication.</p> | <p>PT Incapacités dans un ou plusieurs domaines d'apprentissage résultant de déficiences sensorielles, locomotrices ou mentales, troubles de la parole et du langage, troubles sérieux de la personnalité ou du comportement, problèmes de santé sérieux.</p> |
| <p>SI Elèves avec des troubles auditifs/visuels; handicap mental; troubles de la personnalité et du comportement, handicap physique.</p> | <p>SK Elèves avec des troubles auditifs, visuels ou handicaps physiques, enfants malades habitant dans des centres de santé; capacité de communication perturbée; troubles intellectuels; mentaux; handicaps multiples.</p> | <p>FI Retard de développement; dysfonctionnement cérébral, physique, trouble émotionnel ou inadaptation sociale; difficultés d'apprentissage liées à l'autisme ou au syndrome d'Asperger; difficultés d'apprentissage causées par un trouble du développement linguistique (dysphasie); déficience visuelle ou auditive.</p> | <p>SE Elèves ayant besoin d'un soutien spécial : déficiences auditives sévères, difficultés d'apprentissage sévères, handicap physique, élèves n'ayant pu atteindre les objectifs de l'enseignement obligatoire.</p> |
| <p>UK Les types les plus fréquents sont les difficultés d'apprentissage, du comportement, émotionnelles et sociales, autisme.</p> | <p><i>Source: Agence européenne pour le développement de l'éducation des élèves à besoins spécifiques ; Eurydice.</i></p> | | |

2. L'enseignement ordinaire

a. Nombre total

Tous les Etats Membres ont pour objectif de promouvoir l'intégration des enfants handicapés dans l'enseignement général. Chaque fois que cela est possible, l'accent est mis sur l'éducation des enfants ayant des besoins éducatifs particuliers (BEP) au sein des écoles ordinaires. Réaliser cet objectif dépend cependant de la disponibilité ou non d'une aide complémentaire et de ressources financières suffisantes.

L'intégration au sein d'écoles ordinaires nécessite souvent d'adapter le programme, mais aussi d'adapter et de compléter les méthodes, d'adapter les locaux, et de proposer l'aide d'experts.

Les Etats Membres considèrent que le droit à l'éducation ne peut être restreint par des difficultés d'apprentissage, des déficiences ou des désavantages. L'intégration dans l'enseignement ordinaire est une priorité, et les écoles spéciales sont uniquement autorisées dans des circonstances exceptionnelles (lorsque l'enseignement ordinaire s'avère ne pas être en mesure de satisfaire les besoins éducatifs des élèves).

Enseignants, parents et experts mettent souvent en place de concert un plan éducatif. Il est important de souligner que les parents sont étroitement associés au choix de l'école de leur enfant (ordinaire ou spéciale). Il semble que pour les parents, pouvoir choisir le type d'enseignement qu'ils préfèrent est devenu un droit bien ancré.

Il arrive cependant que des pays ayant des objectifs similaires obtiennent des résultats différents selon les ressources allouées à ces objectifs. Ce qui peut affecter le nombre d'enfants ayant des besoins éducatifs particuliers intégrés dans des écoles ordinaires ainsi que la qualité de l'enseignement.

Il existe une coopération entre les écoles ordinaires accueillant des enfants ayant des besoins éducatifs particuliers et les institutions pour enfants handicapés offrant un soutien professionnel spécial aux enfants et aux professeurs. Les établissements d'éducation spéciale sont progressivement en train de se métamorphoser en centres de ressources où équipements, techniciens spécialisés et formation aux professeurs sont mis à la disposition des écoles ordinaires.

Pour ce qui est de l'interprétation des données (tableau 2), il faut garder à l'esprit la différence entre besoins éducatifs particuliers avec ou sans reconnaissance. En Angleterre par exemple, environ 1,3 million d'élèves avaient en 2007 des BEP sans déclaration, ce qui représente 16% de l'ensemble des élèves. Il y avait en revanche 229 100 élèves avec une déclaration BEP²² toutes écoles anglaises confondues (2,8%).

Il est important de souligner qu'aux Pays-Bas²³, les parents sont en général favorables à la politique d'intégration actuelle. Un nombre important d'enseignants de l'enseignement ordinaire et spécial ainsi que certains parents d'enfants à BEP remettent cependant en cause cette intégration. Bien qu'ils ne rejettent pas le principe d'une meilleure intégration, ils pensent qu'il est préférable de laisser les enfants à BEP dans des dispositifs séparés étant donné qu'ils ont besoin d'une éducation très différenciée et par conséquent d'un enseignement et d'une orientation plus efficaces, ce qui est proposé au sein des dispositifs

²² « *Education and Training* », Department for Education and Skills, National statistics, 2007

²³ Agence européenne pour le développement de l'éducation des élèves à besoins spécifiques

d'éducation spéciale. Ils considèrent que dans certains cas, les élèves ont des problèmes graves et spécifiques qui rendent l'enseignement ordinaire inapproprié. Les enfants dont les besoins spécifiques sont légers peuvent participer avec succès à un enseignement ordinaire mais ceux qui ont des besoins sévères et multiples peuvent avoir plus de chances de réussite dans des écoles spéciales. Les enfants à BEP peuvent en effet avoir besoin de méthodes pédagogiques spécifiques.

Tableau 2 Nombre d'enfants et de jeunes à BEP en écoles ordinaires

| | 2000/01 | 2001/02 | 2002/03 | 2003/04 | 2004/05 | 2005/06 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| BE Ecoles générales, Communautés française et flamande | 1 803 | 2 058 | 2 527 | 3 241 | 4 571 | 7 053 |
| CZ Ecoles générales élémentaires et secondaires | : | 69 824 | 70 902 | 68 632 | 69 537 | 59 548 |
| DK Ecoles générales | : | : | 10 617 | : | : | : |
| DE Classes d'intégration (soutien pédagogique spécial) | 68 430 | 63 261 | 65 804 | 63 396 | 62 999 | 68 040 |
| EE Ecoles générales | : | : | 18 967 | 19 785 | 20 252 | 19 420 |
| IE Elèves en classes intégrées (niveau primaire) | 9 092 | 9 376 | 9 384 | 9 340 | 9 357 | 9 296 |
| EL Elèves à BEP en classes d'intégration | : | : | : | 13 826 | 14 392 | : |
| ES Elèves à BEP en centres ordinaires | : | 116 456 | 123 960 | 117 582 | 109 823 | : |
| FR Enfants & jeunes à BEP en écoles générales | 103 100 | : | 85 663 | 97 000 | 104 824 | 159 100 |
| IT Elèves handicapés en écoles ordinaires | 132 646 | 138 648 | 156 009 | 161 159 | 167 804 | 178 220 |
| CY Elèves à BEP en enseignement ordinaire | : | : | : | 3 793 | 3 812 | 3 871 |
| LV Ecoles générales | : | 1 287 | 1 663 | 1 663 | 1 662 | 1 663 |
| LT Classes ordinaires en enseignement général | 45 539 | 49 133 | 49 989 | 54 240 | 51 970 | 51 103 |
| LU Ecoles générales intégrées | 212 | 200 | 183 | 178 | 176 | 163 |
| HU Elèves en écoles générales intégrées | 9 212 | 12 688 | 18 165 | 25 043 | 31 349 | 37 296 |
| MT Ecoles générales (privées, publiques et religieuses) | 883 | 759 | 1 262 | 1 232 | 1 711 | 2 142 |
| NL Enseignement secondaire spécial, et pré-professionnel pour enfants avec difficultés d'apprentissage | : | : | 36 200 | 39 900 | 41 800 | : |
| AT Classes d'intégration (soutien pédagogique spécial) | 13 507 | 14 065 | 14 907 | : | 15 677 | 13 897 |
| PL Elèves handicapés en écoles générales | 76 422 | 137 309 | 99 855 | 87 772 | 98 125 | 96 267 |
| PT Enseignement général | 53 098 | : | : | : | 56 646 | : |
| SI Ecoles élémentaires avec un programme spécial + écoles sup. 2e cycle | 3 467 | 3 469 | 3 057 | 667 | 2 867 | : |
| SK Intégration individuelle en enseignement général | 7 304 | 7 421 | 9 509 | 12 055 | 13 730 | 16 512 |
| FI Enseignement élémentaire (éducation générale & en partie proposé dans un groupe d'éducation générale) | 15 893 | : | : | : | 16 862 | 19 115 |
| SE Elèves ayant des difficultés d'apprentissage | : | 2 428 | 2 720 | 2 858 | 2 485 | 2 673 |
| UK Enfants à BEP reconnus | : | 186 872 | 187 588 | 187 839 | 184 238 | 179 687 |

Notes : IE: Les données comprennent environ 6 000 gens du voyage; FI: les données t/t+1 correspondent à l'année t; UK: les données correspondent à l'année t+1 (pour certaines années, les données pour le Pays de Galles et l'Ecosse sont des extrapolations).

Sources:

- BE ETNIC, Service des Statistiques (Entreprise des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication).
- CZ Office statistique, Eurydice.
- DK Ministère de l'Éducation, Statistics Denmark.
- DE Kultusministerkonferenz; Sonderpädagogische Förderung in Schulen; Statistisches Bundesamt, Bildung und Kultur, Allgemeinbildende Schulen Schuljahr 2004/05 - 2005/06.
- EE Eurydice, Estonian Educational Information System.
- IE Département de l'Éducation et des Sciences.
- EL Ministère de l'Éducation.
- ES Ministère de l'Éducation et des Sciences (M.E.C), Office statistique (INE).
- FR Ministère de l'Éducation nationale.

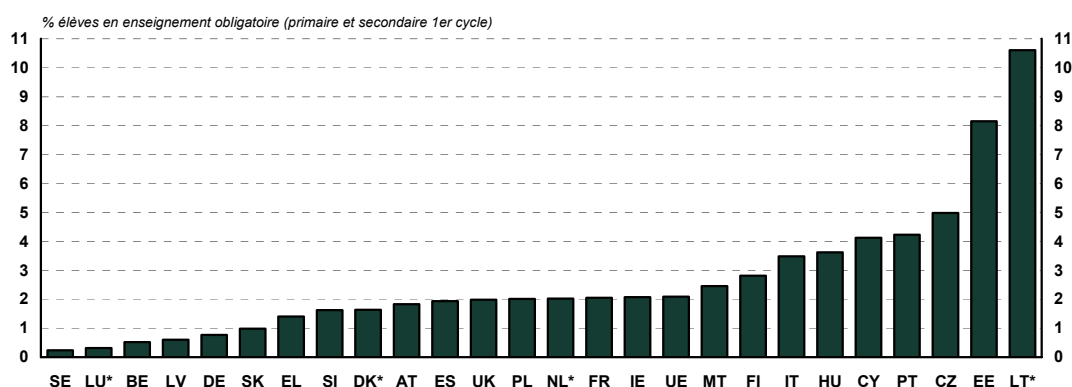
| | |
|----|---|
| IT | Istat (SIMPI) et Ministère de l'Education pour 2005/06. |
| CY | Ministère de l'Education et de la Culture. |
| LV | Ministère de l'Education et des Sciences, Département de l'enseignement général. |
| LT | Ministère de l'Education et des Sciences, UNICEF, Département des Statistiques. |
| LU | Ministère de l'Education nationale et de la formation professionnelle, Service central de statistiques et des études économiques (STATEC). |
| HU | Ministère de l'Education, Eurydice. |
| MT | Office statistique. |
| NL | Eurydice. |
| AT | Ministère fédéral de l'Education, de l'Art et de la Culture, 2005-2006. |
| PL | Office statistique central (GUS). |
| PT | Eurydice. |
| SI | Office statistique. |
| SK | Eurydice, Office statistique. |
| FI | Statistics Finland. |
| SE | Agence nationale pour l'éducation (Skolverket). |
| UK | Département pour l'Education et les compétences, Northern Ireland Statistics and Research Agency (NISRA), Statistiques de l'exécutif écossais, Parlement du Pays de Galles. |

Les modèles d'intégration varient selon les pays. Les approches principales sont les suivantes :

- classes générales avec le soutien à plein temps d'un enseignant spécialisé
- classes générales avec le soutien périodique d'un enseignant spécialisé
- classes ordinaires avec un soutien individuel
- sections intégrées dans des écoles ordinaires avec du personnel spécialisé. Les élèves ont un enseignant spécialisé et peuvent participer aux classes générales pour les cours où ils sont en mesure de suivre le programme général
- groupe/classe général(e) ayant un programme alternatif pour les enfants qui ne peuvent pas suivre le programme standard ; certains cours sont individualisés : les élèves étudient moins intensivement, avec des cours individuels dans une ou plusieurs matières
- unités spéciales rattachées aux classes ordinaires
- différentes formes d'enseignement combiné
- intégration collective : les enfants reçoivent un enseignement adapté en école ordinaire et partagent un certain nombre d'activités avec les autres élèves.

Les différences entre pays observées dans la figure 2.1 peuvent s'expliquer par des différences au niveau des définitions, des politiques et des ressources financières. La proportion d'enfants à BEP suivant un enseignement ordinaire est relativement élevée en Estonie et en Lituanie car leur définition des besoins éducatifs particuliers comporte une large définition des problèmes d'expression et de communication – catégorie très sensible à la définition. Une petite extension au niveau de la définition implique un changement majeur au niveau du nombre d'enfants concernés. En Estonie par exemple, les chiffres couvrent tous les enfants recevant un soutien à l'apprentissage à l'école (par exemple une thérapie des troubles du langage, des cours de rattrapage, etc.). Près de 66% des élèves à BEP ont des problèmes de langage. En Lituanie, les données portent sur le nombre d'enfants ayant besoin d'une assistance et de services. La moitié d'entre eux ont également des problèmes de langage.

2.1 Enfants à BEP en enseignement ordinaire, 2005/06



*: Les données peuvent intégrer le niveau pré primaire. IE : les données couvrent uniquement le niveau primaire.

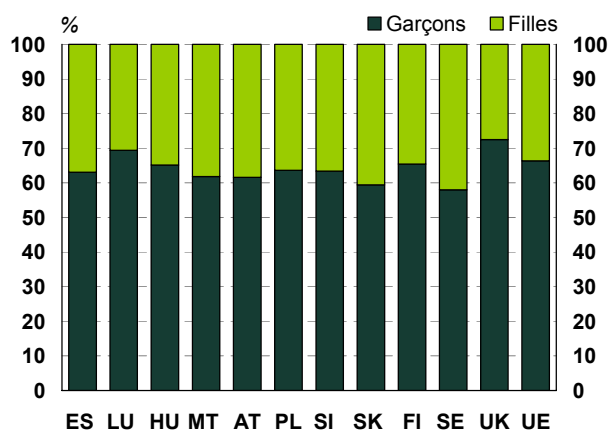
L'enseignement obligatoire va de 5/6 ans à 15/16 ans (sauf en BE, IT et LT où il continue jusqu'à 18 ans).

EE et LT utilisent une définition élargie des problèmes d'apprentissage, de langage et de communication. UE : moyenne simple. Source : voir Tableau 2.

La moyenne UE est d'environ 2%. L'OCDE a estimé que pour l'année 2000-2001, la proportion d'élèves recevant des ressources complémentaires pour cause de handicap était de 3%²⁴. Des différences significatives entre pays étaient également observées. Cependant selon nous, les données détaillées par niveau d'enseignement sont probablement plus significatives (notamment celles portant sur l'école primaire – voir la section ci-dessous).

Les données disponibles indiquent que la proportion de filles est plus faible que celle de garçons (figure 2.2). Des résultats similaires étaient également observés par l'OCDE²⁵.

2.2 Elèves à BEP en écoles ordinaires par sexe, 2005/06



Source : voir Tableau 2.

b. Répartition par niveau d'enseignement

Un programme spécifique et/ou un programme général adapté sont souvent proposés aux enfants ayant des besoins individuels. Si nécessaire, les matières peuvent être individualisées et leur nombre réduit par rapport à l'enseignement général. La durée de l'enseignement obligatoire peut également être rallongée lorsque les enfants ont peu de chances d'atteindre les objectifs établis pour l'enseignement global avec des programmes généraux.

²⁴ La différence vient principalement de la Finlande pour laquelle l'OCDE rapporte un taux de 14% (OCDE, 2005).

²⁵ P. Evans & M. Deluca : « Disabilities and gender in primary education », OCDE/CERI

D'autres aménagements peuvent porter sur le programme, les méthodes pédagogiques, l'évaluation des élèves, les moyens pédagogiques, les modes de communication, etc. La division traditionnelle entre école primaire et secondaire doit donc être considérée avec précaution.

Le nombre d'élèves à BEP en écoles ordinaires ventilé par niveau d'enseignement est présenté dans le tableau 3 et la figure 2.3. L'enseignement obligatoire va généralement de 5/6 ans à 15/16 ans (sauf en Belgique, en Italie et en Lituanie où il continue jusqu'à 18 ans). Le tableau suivant doit donc être interprété avec précaution. Les données disponibles indiquent que le nombre d'enfants à BEP suivant un enseignement ordinaire diminue de manière significative entre le primaire et le secondaire dans certains pays.

La majorité des élèves à besoins spécifiques sont à l'école primaire (66%) ; la proportion équivalente étant de 40% parmi l'ensemble des élèves dans la plupart des Etats Membres²⁶.

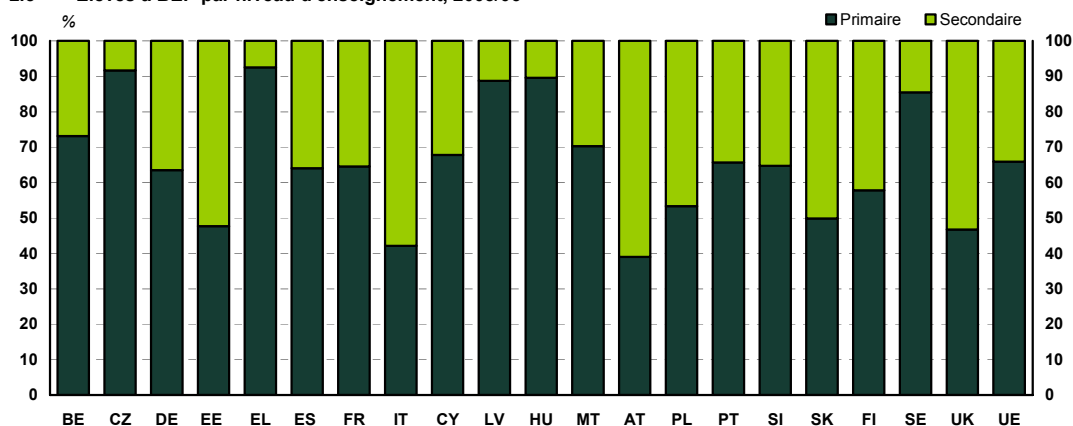
Tableau 3 Enfants à BEP en écoles ordinaires par niveau d'enseignement, 2005/06 (ou dernière année disponible)

| | Maternelle | Primaire | Secondaire | Total |
|---------------------|------------|----------|------------|---------|
| BE | 1 052 | 4 390 | 1 611 | 7 053 |
| CZ | 1 515 | 45 556 | 4 164 | 51 235 |
| DE | - | 42 857 | 24 629 | 67 486 |
| EE | : | 5 791 | 6 358 | 12 149 |
| EL | 248 | 12 559 | 1 019 | 13 826 |
| ES | 14 716 | 57 058 | 32 047 | 103 821 |
| FR | 19 800 | 85 000 | 46 700 | 151 500 |
| IT | 17 481 | 67 755 | 92 984 | 178 220 |
| CY | : | 2 624 | 1 247 | 3 871 |
| LV | : | 1 308 | 167 | 1 475 |
| HU | 4 236 | 18 584 | 398 | 23 218 |
| MT | 77 | 997 | 422 | 1 496 |
| AT | - | 5 423 | 8 474 | 13 897 |
| PL | 7 712 | 47 113 | 41 230 | 96 055 |
| PT | 3 770 | 30 053 | 15 717 | 49 540 |
| SI | : | 1 855 | 1 012 | 2 867 |
| SK | 846 | 2 937 | 2 960 | 6 743 |
| FI | 501 | 9 460 | 6 901 | 16 862 |
| SE | : | 2 285 | 388 | 2 673 |
| UK | : | 64 860 | 73 840 | 138 700 |
| (Angleterre) | | | | |

Sources : voir Tableau 2.

²⁶ Eurostat

2.3 Elèves à BEP par niveau d'enseignement, 2005/06

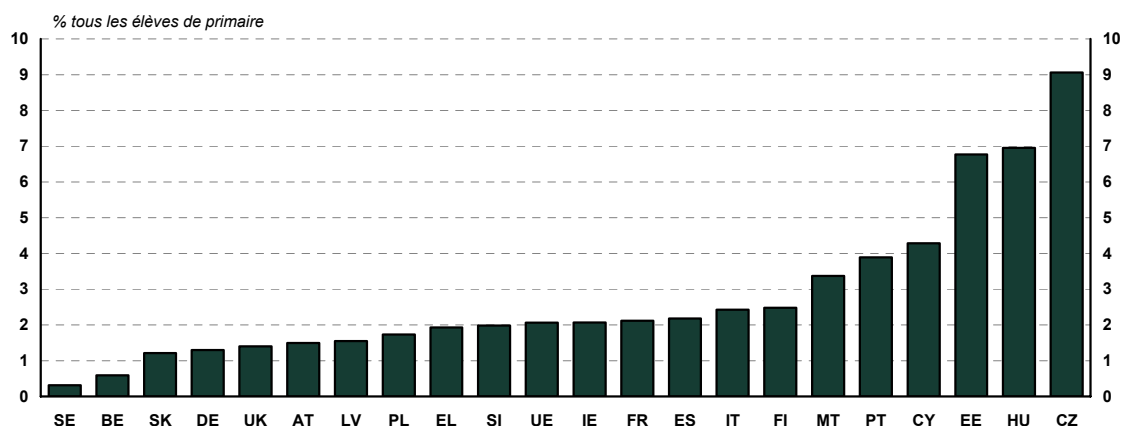


L'enseignement obligatoire va de 5/6 ans à 15/16 ans (sauf en BE, IT et LT où il continue jusqu'à 18 ans). UE : moyenne simple.

Source : voir Tableau 2.

L'âge de l'enseignement obligatoire varie selon les pays et peut affecter les résultats. Afin de réduire les problèmes de comparabilité, la figure 2.4 présente le nombre d'enfants à BEP dans l'enseignement primaire en pourcentage du nombre total d'enfants en primaire. La moyenne (non pondérée) pour l'UE est d'environ 2% mais, encore une fois, des différences notables sont observées entre les pays.

2.4 Elèves à BEP en primaire, 2005/06 (ou dernière année disponible)



Source : voir Tableau 2.

Selon l'OCDE²⁷, qui distingue le niveau primaire, le premier et le deuxième cycle du secondaire pour l'année 2000-2001, la part des élèves à BEP augmente légèrement entre le primaire et le premier cycle de l'enseignement secondaire et diminue de manière significative par la suite. Les difficultés d'apprentissage jouent un rôle important dans cette différence. Mais les situations nationales peuvent toutefois être différentes. En Angleterre par exemple²⁸, l'incidence des élèves à BEP (sans déclaration) est supérieure dans les écoles primaires (18%) comparé aux écoles secondaires (16%).

La baisse de la proportion au niveau secondaire peut notamment s'expliquer par le fait que des efforts sont souvent entrepris à un stade précoce mais si des problèmes surviennent (ou

²⁷ « Élèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux: Statistiques et indicateurs », OCDE, 2005

²⁸ « Education and Training », Department for Education and Skills, National statistics, 2007

s'accumulent), les enfants à BEP peuvent être dirigés vers des écoles spéciales ou peuvent être découragés, et tout simplement quitter le système éducatif.

c. Répartition par type de handicap

Comme il a été souligné plus haut, la définition des BEP varie de manière significative entre les Etats Membres. La description des données présentées dans le tableau 1 révèle par ailleurs que certains pays couvrent dans leur définition des groupes d'enfants qui ne sont pas handicapés (par exemple les Roms, les gens du voyage, les immigrés, les jeunes délinquants et les enfants doués de certains talents). Ces groupes ont été exclus chaque fois que cela était possible.

Un problème de comparabilité majeur entre pays porte sur la distinction entre retards intellectuels (légers, modérés ou sévères) et difficultés d'apprentissage. On constate que les pays rapportant un grand nombre de personnes atteintes de déficiences intellectuelles font souvent état d'un petit nombre d'enfants souffrant de difficultés d'apprentissage. Des problèmes peuvent en particulier apparaître entre déficiences intellectuelles légères et difficultés d'apprentissage. Ces deux catégories ont par conséquent été regroupées par souci de comparabilité.

La majorité des enfants à BEP (près de 60%) intégrés dans des écoles ordinaires ont des retards intellectuels et des difficultés d'apprentissage (tableau 4 et figure 2.5). Dans certains pays, les chiffres sont extrêmes. En Estonie par exemple, un grand nombre de personnes ont des troubles de la parole (66% de tous les élèves à BEP intégrés) tandis qu'en Grèce, il en est de même pour ceux qui souffrent de difficultés d'apprentissage (85%).

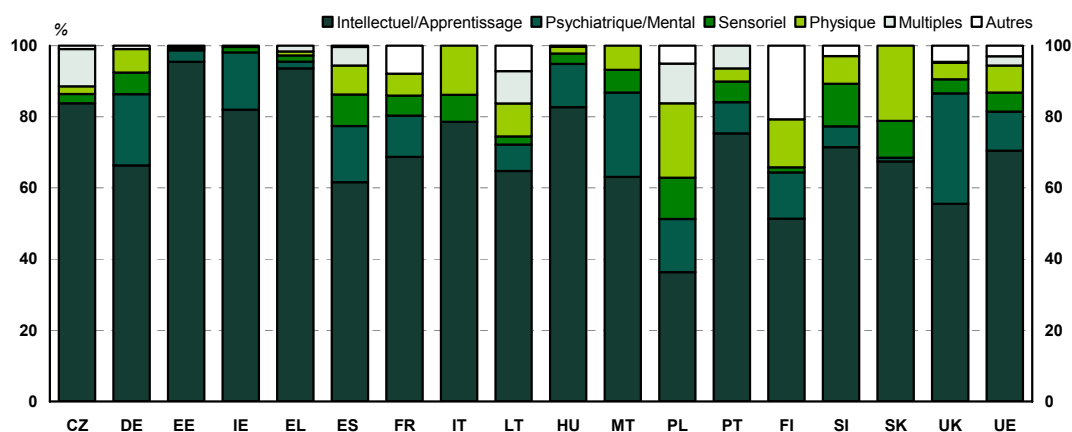
Tableau 4 Enfants à BEP en écoles ordinaires selon la nature du handicap

| | Intellectuel | Psychiatrique (mental, comportemental, autisme) | Difficultés d'apprentissage (langage, parole, etc) | Sensoriel | Physique (organes internes, locomoteur) | Multiples | Autres | Total |
|-----------|--------------|--|---|-----------|--|-----------|--------|---------|
| CZ | 26 297 | : | : | 818 | 677 | 3 291 | 295 | 31 378 |
| DE | 1 818 | 13 582 | 43 325 | 4 154 | 4 498 | : | 663 | 68 040 |
| EE | 6 402 | 714 | 14 701 | 124 | 113 | : | 57 | 22 111 |
| IE | 1 918 | 496 | 607 | 46 | 0 | 13 | 0 | 3 080 |
| EL | 1 220 | 264 | 11 724 | 235 | 156 | 227 | : | 13 826 |
| ES | : | 16 974 | 66 021 | 9 440 | 8 699 | 5 630 | 411 | 107 175 |
| FR | 64 592 | 12 208 | 7 432 | 5 833 | 6 500 | : | 8 259 | 104 824 |
| IT | 83 987 | : | : | 8 118 | 14 730 | : | : | 106 835 |
| LT | 8 120 | 4 354 | 30 007 | 1 354 | 5 413 | 5 354 | 4 235 | 58 837 |
| MT | 1 080 | 405 | : | 110 | 116 | : | : | 1 711 |
| PL | 38 213 | 15 690 | : | 12 221 | 21 981 | 11 709 | 5 352 | 105 166 |
| PT | : | 4 650 | 40 008 | 3 090 | 1 960 | 3 390 | : | 53 098 |
| SI | 1 842 | 167 | 207 | 343 | 224 | : | 84 | 2 867 |
| SK | 3 529 | 72 | 1 019 | 698 | 1 425 | : | : | 6 743 |
| FI | 13 403 | 4 293 | 3 610 | 471 | 4 473 | : | 6 865 | 33 115 |
| UK | : | 37 740 | 70 010 | 8 510 | 11 140 | : | 3 390 | 130 790 |

Note : IE : 6 216 gens du voyage exclus.

Source : voir Tableau 2.

2.5 Enfants à BEP en écoles ordinaires selon la nature du handicap



UE : moyenne simple. Source : voir Tableau 2.

3. L'enseignement spécial

a. Nombre total

Comme on l'a vu plus haut, les écoles spéciales ont pour objectif de satisfaire les besoins des enfants à BEP qui ne peuvent être intégrés au sein d'écoles ordinaires pour un coût raisonnable. Notons les exemples suivants :

En Autriche, l'éducation spéciale est ciblée vers les enfants évalués et reconnus comme ayant des BEP. Ce statut est accordé si l'enfant souffre d'un handicap physique ou mental et qu'il n'a par conséquent pas la capacité de suivre le programme sans une aide spéciale.

En République tchèque, un enseignement est proposé aux enfants dont les BEP ne peuvent être complètement satisfaits au sein du système général.

En Grèce, les enfants à BEP qui ne peuvent être intégrés dans des écoles ordinaires ou dans des unités intégrées bénéficient d'un enseignement au sein d'institutions spéciales séparées.

Au Luxembourg, un enseignement différencié est prévu pour les enfants à BEP qui ne peuvent poursuivre l'enseignement ordinaire.

En Suède, l'enseignement au sein d'écoles spéciales est accessible aux enfants et aux jeunes sourds ou ayant des troubles auditifs qui ne peuvent suivre une scolarité normale. L'enseignement correspond, dans la mesure du possible, à celui qui est dispensé dans les écoles obligatoires mais est adapté aux besoins individuels de chaque enfant.

La procédure d'évaluation est menée en coopération avec l'école, les parents et les experts. Les parents peuvent ensuite décider de suivre les recommandations ou pas.

Comme il a été souligné plus haut, il est important de noter que dans certains pays, l'enseignement spécial couvre les enfants issus de minorités ou ayant des problèmes sociaux. Ce point est évoqué ci-dessous. L'enseignement spécial est organisé sur la base des besoins éducatifs des enfants et les possibilités d'enseignement. En général, il a pour objectif d'assurer le développement des capacités intellectuelles, physiques, émotionnelles et sociales des enfants à BEP, de leur offrir une égalité des chances et de favoriser leur intégration dans la vie active et sociale.

Tableau 5 Nombre d'enfants et de jeunes à BEP en écoles spéciales

| | 2000/01 | 2001/02 | 2002/03 | 2003/04 | 2004/05 | 2005/06 |
|----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| BE | 72 059 | 73 797 | 75 029 | 75 379 | 76 354 | : |
| CZ | : | 67 063 | 66 244 | 65 043 | 64 193 | 52 964 |
| DK | 8 636 | 8 798 | 9 901 | 9 868 | 17 969 | : |
| DE | 419 474 | 424 683 | 429 440 | 429 325 | 423 771 | 416 213 |
| EE | 5 787 | 5 850 | 5 730 | 5 627 | 5 545 | 4 760 |
| IE | 7 124 | 6 982 | 6 807 | 6 718 | 6 621 | 6 627 |
| EL | : | : | : | : | 4 193 | : |
| ES | : | 27 090 | 27 057 | 27 799 | 28 145 | : |
| FR | 95 900 | 95 900 | 96 000 | 133 842 | : | 76 300 |
| IT | : | : | : | : | 156 639 | : |
| CY | 323 | 325 | 342 | 427 | 303 | 317 |
| LV | 10 250 | 10 169 | 10 055 | 9 822 | 9 793 | 9 691 |
| LT | 12 936 | 12 523 | 11 581 | 11 517 | 11 073 | 10 999 |
| LU | 1 170 | 1 122 | 1 054 | 1 067 | 1 037 | 784 |
| HU | 39 555 | 45 927 | 46 034 | 45 518 | 43 220 | 41 512 |
| MT | 328 | 250 | 247 | 248 | 251 | : |
| NL | 100 000 | 104 200 | 106 700 | 107 200 | 108 300 | : |
| AT | 13 602 | 13 337 | 13 466 | : | 13 301 | 13 023 |
| PL | 123 490 | 111 944 | 106 201 | 98 516 | 105 457 | 102 276 |
| PT | 5 299 | : | : | : | 5 514 | : |
| SI | : | : | : | : | 1 321 | : |
| SK | 30 867 | 32 244 | 32 494 | 32 039 | 32 782 | 30 566 |
| FI | : | : | : | : | 22 936 | 23 663 |
| SE | : | 18 144 | 18 528 | 19 471 | 20 038 | 20 109 |
| UK | : | 122 818 | 123 016 | 120 897 | 118 496 | 116 085 |

Notes : DK: uniquement le primaire (sauf en 2004/05) ; IE: uniquement le primaire ; SE: Ecoles spéciales & écoles pour difficultés d'apprentissage ; UK: Elèves à BEP (reconnus) en écoles spéciales et en unités spéciales (Pupil Referral Units) (pour certaines années, les données pour le Pays de Galles et l'Ecosse sont des extrapolations).

Sources:

| | |
|----|---|
| BE | ETNIC, Service des Statistiques (Entreprise des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication). |
| CZ | Office statistique, Eurydice. |
| DK | Ministère de l'Education, Uni-C, Statistics Denmark. |
| DE | Kultusministerkonferenz; Sonderpädagogische Förderung in Schulen; Statistisches Bundesamt, Bildung und Kultur, Allgemeinbildende Schulen Schuljahr 2004/05 - 2005/06 |
| EE | Office Statistique, Eurydice, Estonian Educational Information System. |
| IE | Département de l'Education et des Sciences. |
| EL | Ministère de l'Education. |
| ES | Ministère de l'Education et des Sciences (M.E.C), Office statistique (INE). |
| FR | Ministère de l'Education nationale. |
| IT | Istat (SIMPI) et Ministère de l'Education. |
| CY | Ministère de l'Education et de la Culture, Agence européenne. |
| LV | Ministère de l'Education et des Sciences, Département de protection sociale. |
| LT | Ministère de l'Education et des Sciences, UNICEF, Département des Statistiques. |
| LU | Ministère de l'Education nationale et de la formation professionnelle, Service central de statistiques et des études économiques (STATEC). |
| HU | Ministère de l'Education, Eurydice. |
| MT | Office statistique. |
| NL | Ministère de l'Education, de la Culture et des Sciences (OCW). |
| AT | Ministère fédéral de l'Education, de l'Art et de la Culture. |
| PL | Office statistique central (GUS). |
| PT | Eurydice. |
| SI | Office statistique. |
| SK | Eurydice, Office statistique. |
| FI | Statistics Finland. |
| SE | Agence nationale pour l'éducation (Skolverket). |
| UK | Département pour l'Education et les compétences, Northern Ireland Statistics and Research Agency (NISRA), Statistiques de l'exécutif écossais, Parlement du Pays de Galles. |

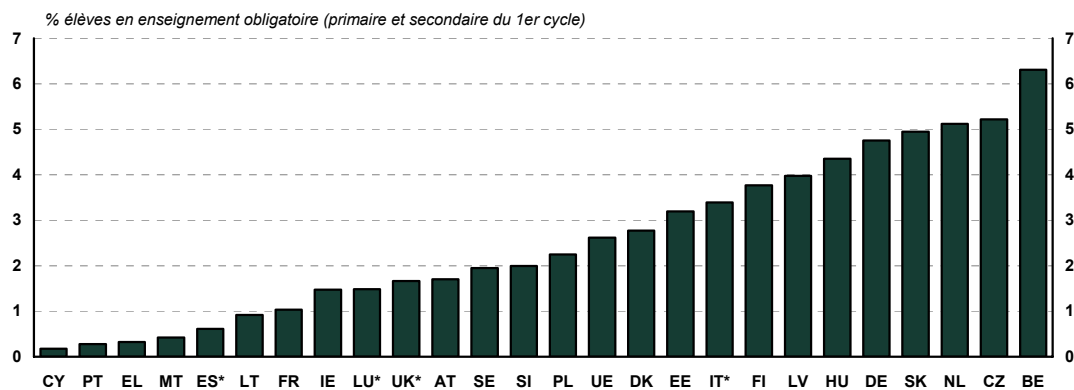
La figure 2.6 montre la part des enfants à BEP parmi les enfants qui suivent une scolarité obligatoire (enseignement primaire et secondaire). La moyenne UE est de 2,6%. La scolarité obligatoire va en général de 5/6 ans à 15/16 ans (sauf en Belgique, en Italie et en Lituanie où

elle continue jusqu'à 18 ans). Il faut préciser que certaines données peuvent inclure l'enseignement pré primaire.

Eurydice²⁹ présente des résultats similaires concernant le pourcentage d'enfants à BEP dans la population scolaire totale qui reçoivent un enseignement séparé pour les années 2002-2004. La moyenne non pondérée de l'UE est de 3,2%. Nos résultats sont légèrement supérieurs pour l'Italie, le Pays-Bas et la Slovaquie.

Selon l'OCDE, la proportion d'élèves recevant des ressources complémentaires à cause de leur handicap varie entre 1 et 4%. Ce chiffre correspond aux déficiences et ne prend pas en compte les catégories sociales et apparentées. Le nombre d'élèves recevant des ressources complémentaires durant la période de scolarité obligatoire en catégorie A (handicaps et déficiences au sens restrictif) par rapport à l'ensemble des élèves suivant une scolarité obligatoire était relativement élevé en 2001 en Slovaquie, en République tchèque et en Belgique³⁰.

2.6 Enfants à BEP en éducation spéciale, 2005/06



*: Les données peuvent inclure le niveau pré primaire. IE : uniquement le niveau primaire.
L'enseignement obligatoire va de 5/6 ans à 15/16 ans (sauf en BE, IT et LT où il continue jusqu'à 18 ans).
Source : voir Tableau 5.

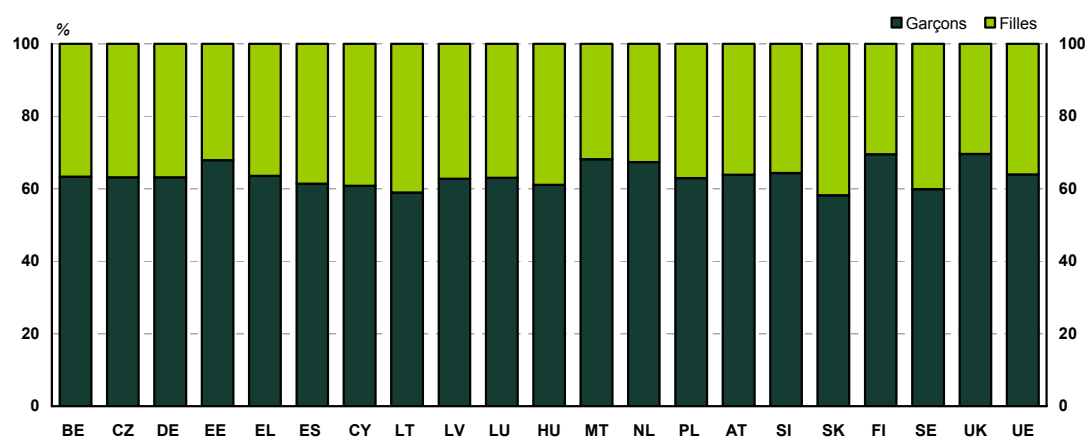
Les données disponibles indiquent que la proportion de filles (36%) est largement plus petite que celle des garçons (64%) (figure 2.7). Des résultats similaires ont été obtenus par l'OCDE³¹. La différence est nette dans tous les Etats Membres.

²⁹ <http://www.eurydice.org>

³⁰ S. Riddell, K. Tisdall, J. Kane & J. Mulderrig : « Literature review of educational provision for pupils with additional support needs », Scottish Executive Social Research, 2006

³¹ P. Evans & M. Deluca : « Disabilities and gender in primary education », OCDE/CERI

2.7 Elèves à BEP en écoles spéciales par sexe, 2005/06



Source : voir Tableau 5.

b. Répartition par niveau d'enseignement

En général, les enfants en enseignement spécial sont dans des classes où le nombre d'élèves est inférieur à celui observé dans les écoles ordinaires. De plus, le nombre d'années académiques peut aussi être différent à cause du programme suivi. Par conséquent, les niveaux d'enseignement peuvent ne pas correspondre aux catégories d'âge traditionnelles. L'enseignement primaire peut par exemple aller au-delà de la période traditionnelle de six ans.

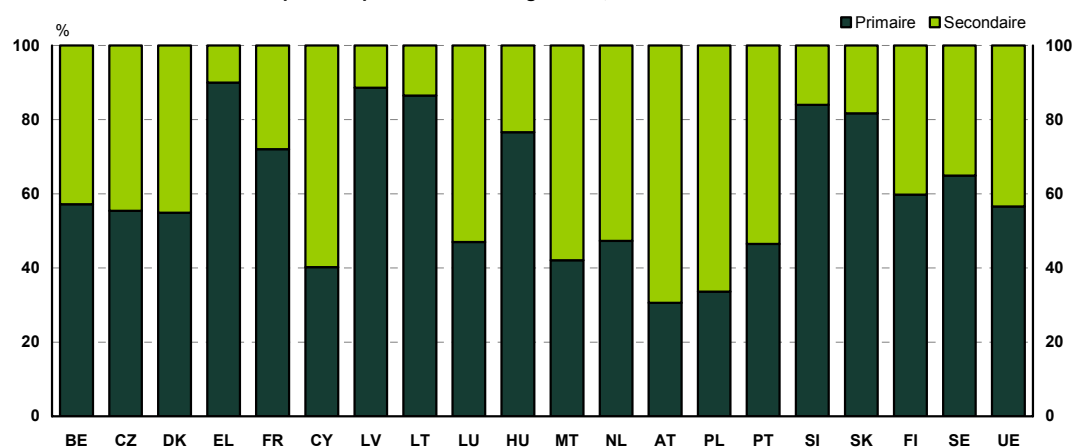
Tableau 6 Nombre d'élèves à BEP en écoles spéciales par niveau d'enseignement, 2005/06 (ou dernière année disponible)

| | Maternelle | Primaire | Secondaire | Total |
|----|------------|----------|------------|---------|
| BE | 2 654 | 42 136 | 31 564 | 76 354 |
| CZ | 3 058 | 28 842 | 23 218 | 55 118 |
| DK | - | 9 868 | 8 101 | 17 969 |
| EL | 385 | 2 857 | 317 | 3 559 |
| FR | : | 55 000 | 21 300 | 76 300 |
| CY | 49 | 66 | 98 | 213 |
| LV | : | 8 679 | 1 114 | 9 793 |
| LT | 5 877 | 4 428 | : | 10 305 |
| LU | 55 | 296 | 334 | 685 |
| HU | 1 489 | 35 471 | 251 | 37 211 |
| MT | 6 | 103 | 142 | 251 |
| NL | : | 50 090 | 55 743 | 105 833 |
| AT | 59 | 3 967 | 8 997 | 13 023 |
| PL | 3 600 | 33 209 | 65 467 | 102 276 |
| PT | 2 103 | 1 484 | 1 711 | 5 298 |
| SI | : | 2 948 | 563 | 3 511 |
| SK | 761 | 24 349 | 5 456 | 30 566 |
| FI | 961 | 13 138 | 8 837 | 22 936 |
| SE | : | 14 394 | 7 785 | 22 179 |

Sources : voir Tableau 5.

La figure 2.8 montre que la majorité (57%) des enfants à BEP sont en primaire. Cette proportion est d'environ 40%³² dans la plupart des Etats Membres si on considère l'ensemble des enfants avec ou sans handicap.

2.8 Elèves à BEP en écoles spéciales par niveau d'enseignement, 2005/06

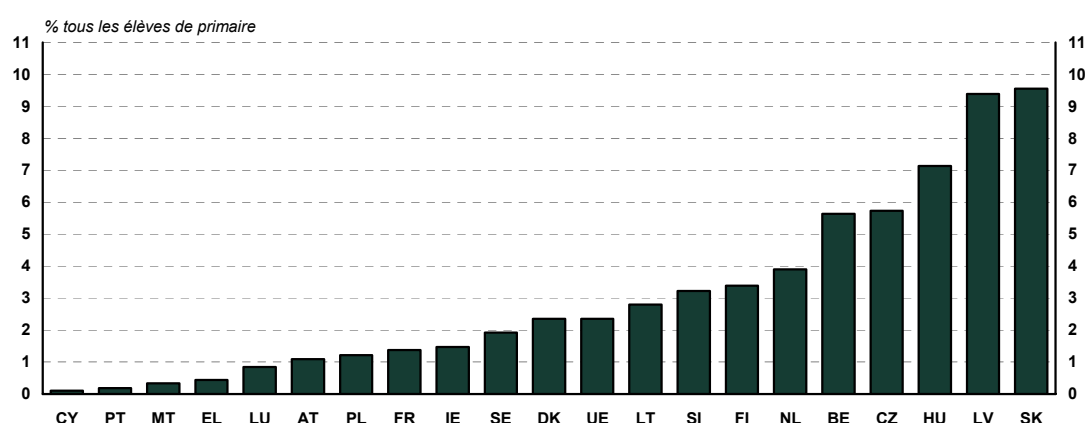


Source : voir Tableau 5.

Etant donné la variation de l'âge de scolarité obligatoire entre les pays, et afin de réduire les problèmes de comparabilité, la figure 2.9 montre le nombre d'enfants à BEP qui sont en primaire dans des écoles spéciales en pourcentage du nombre total d'enfants en primaire. La moyenne pour l'UE est d'environ 2,4% mais des différences marquées apparaissent entre les pays.

Contrairement aux estimations précédentes, cette proportion n'est pas faussée par des différences au niveau des systèmes d'enseignement nationaux (par exemple l'âge de scolarité obligatoire) et s'avère plus robuste pour les comparaisons entre pays.

2.9 Elèves à BEP en écoles primaires spéciales, 2005/06



Source : voir Tableau 5.

c. Répartition par type de handicap

La nature du handicap générant des BEP a été abordée dans la première section. Pour certaines déficiences, un accord peut se produire sur la nécessité d'intégrer les enfants dans des écoles spéciales. Cependant, des interrogations demeurent notamment par rapport aux

³² Eurostat

enfants en établissements spéciaux qui ont de légères difficultés d'apprentissage ou des problèmes sociaux.

Le tableau 7 et la figure 2.10 montrent que le nombre d'enfants ayant des difficultés d'apprentissage est relativement élevé en Belgique, en Allemagne, en Estonie, en France, au Luxembourg et au Royaume-Uni.

Cela soulève la question de savoir si un certain nombre de ces enfants peuvent être intégrés dans des écoles ordinaires avec un soutien approprié. Il faut cependant noter que la distinction entre retards intellectuels légers et difficultés d'apprentissage n'est guère bien définie. D'après le tableau, la proportion d'enfants ayant des difficultés d'apprentissage tend à être faible (ou même nulle) dans les pays ayant une part importante d'enfants atteints de déficiences intellectuelles. Ces deux catégories peuvent par conséquent être regroupées.

Au niveau européen, 35% des enfants en enseignement spécial sont atteints de déficiences intellectuelles et 33% ont des difficultés d'apprentissage. Comme il a été souligné ci-dessus, ces deux catégories ont été regroupées par souci de comparabilité, ce qui donne un total de près de 70%.

Les problèmes psychiatriques (maladie mentale, trouble du comportement, autisme, etc.) représentent 12% du total, les déficiences physiques 6% et les problèmes sensoriels 4%.

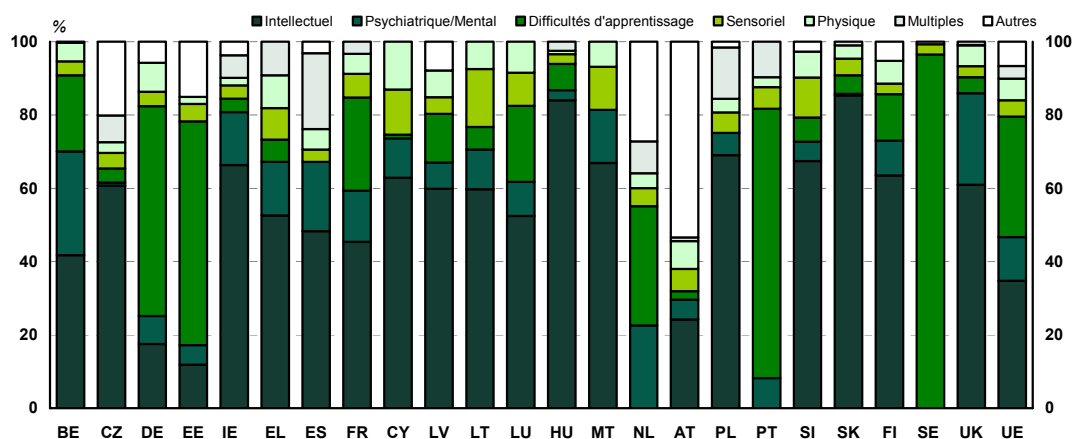
Tableau 7 Elèves à BEP en écoles spéciales par type de handicap, 2005/06 (ou dernière année disponible)

| | Intellectuel (léger, modéré, sévère) | Psychiatrique (mental, comportemental, autisme) | Difficultés d'apprentissage (langage, parole etc) | Sensoriel | Physique (organes internes, locomoteur) | Multiples | Autres | Total |
|----|---|--|--|-----------|--|-----------|--------|---------|
| BE | 31 969 | 21 629 | 15 920 | 2 829 | 3 922 | - | 214 | 76 483 |
| CZ | 38 992 | 565 | 2 469 | 2 686 | 1 902 | 4 683 | 12 896 | 64 193 |
| DE | 72 838 | 31 946 | 238 306 | 16 226 | 33 075 | - | 23 822 | 416 213 |
| EE | 602 | 269 | 3 094 | 240 | 97 | - | 763 | 5 065 |
| IE | 4 400 | 953 | 247 | 239 | 138 | 406 | 244 | 6 627 |
| EL | 2 744 | 758 | 318 | 448 | 466 | 478 | - | 5 212 |
| ES | 13 589 | 5 320 | - | 948 | 1 594 | 5 798 | 896 | 28 145 |
| FR | 43 600 | 13 400 | 24 400 | 6 200 | 5 200 | 3 200 | - | 96 000 |
| CY | 246 | 42 | 4 | 48 | 51 | - | - | 391 |
| LV | 4 931 | 590 | 1 095 | 376 | 597 | - | 647 | 8 236 |
| LT | 3 105 | 562 | 319 | 819 | 388 | - | - | 5 193 |
| LU | 411 | 73 | 163 | 71 | 66 | - | - | 784 |
| MT | 166 | 36 | - | 29 | 17 | - | - | 248 |
| NL | - | 15 100 | 21 800 | 3 300 | 2 700 | 5 800 | 18 200 | 66 900 |
| AT | 3 177 | 714 | 303 | 794 | 996 | 134 | 7 008 | 13 126 |
| PL | 69 608 | 6 128 | - | 5 666 | 3 721 | 14 154 | 1 529 | 100 806 |
| PT | - | 435 | 3 894 | 313 | 145 | 512 | - | 5 299 |
| SI | 2 125 | 167 | 207 | 343 | 224 | - | 84 | 3 150 |
| SK | 3 787 | 19 | 227 | 200 | 159 | 46 | - | 4 438 |
| FI | 6 140 | 920 | 1 226 | 268 | 607 | - | 502 | 9 663 |
| SE | - | - | 19 543 | 566 | - | 137 | - | 20 246 |
| UK | 54 580 | 22 370 | 3 900 | 2 720 | 5 080 | 150 | 750 | 89 550 |

Notes : BE: Les enfants en Communauté germanophone ne sont pas inclus (214 enfants en éducation spéciale); PL: "Autres" couvre ceux qui sont menacés d'inadaptation sociale et de toxicomanies; IE: "Autres" couvre les gens du voyage et les jeunes délinquants; SK: couverture partielle.

Sources : voir Tableau 5.

2.10 Elèves en écoles spéciales selon la nature du handicap



Source : voir Tableau 5.

4. Discussion méthodologique

La collecte de données sur l'enseignement des enfants à BEP présente un certain nombre de problèmes. Le principal problème pour une comparaison des données entre pays concerne la définition du groupe cible. Les définitions varient en effet entre pays, et même au sein d'un même pays.

La majorité des Etats Membres utilisent le terme de « besoins éducatifs particuliers », mais celui-ci peut couvrir différentes catégories. Si on désire comparer les chiffres entre les pays, il faut exclure certaines catégories (telles que les immigrés, les minorités et les gens du voyage).

Les données disponibles permettent d'estimer le nombre total de personnes à BEP. Les données sur les écoles spéciales sont cependant plus plausibles et plus régulières. Les données pour l'enseignement ordinaire peuvent sous-estimer le nombre total de bénéficiaires car il se peut que certains enfants recevant une aide éducative décentralisée ne soient pas inscrits et ne seront donc pas rapportés dans les données. L'inscription et la comptabilisation des enfants ayant de légers besoins éducatifs peuvent en effet créer une certaine stigmatisation et empêcher de ce fait leur intégration.

En dépit de ces remarques, les données sur le nombre total d'enfants à BEP et leur distribution par niveau d'enseignement peuvent être présentées régulièrement et ce, à un niveau de comparabilité satisfaisant. Eurydice et l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des élèves à besoins spécifiques peuvent fournir une bonne information pour cela.

La priorité doit être accordée aux données ventilées par niveau d'enseignement plutôt que par groupe d'âge. L'âge en tant que tel peut en effet ne pas être pertinent étant donné que les principaux choix politiques portent sur le niveau d'enseignement ou sur l'enseignement obligatoire/non-obligatoire. Il se peut qu'il soit difficile d'identifier les groupes d'âge traditionnels à partir des niveaux d'enseignement étant donné que les programmes dans l'enseignement spécial n'ont en général pas la même durée que dans l'enseignement ordinaire.

Les données sur la nature des BEP créent un problème spécifique. Même si certains groupes sont exclus (par exemple les immigrés, les gens du voyage etc.), les données disponibles ne

sont pas comparables. Le problème principal concerne la distinction entre déficiences intellectuelles et problèmes d'apprentissage. Par ailleurs, l'utilisation de certains termes qui ne sont pas clairs (par exemple « mental ») tend à créer des problèmes.

CHAPITRE III > PARTICIPATION AU MARCHÉ DU TRAVAIL

1. Introduction

Les grands défis auxquels les pays de l'Union européenne font face dans le domaine des politiques du handicap sont de faibles taux d'emploi parmi les personnes concernées mais aussi une forte dépendance par rapport aux allocations, des dépenses publiques élevées et en augmentation (liées aux allocations maladie et/ou indemnités d'invalidité) ainsi qu'un risque de pauvreté accru parmi les personnes handicapées.

Les tendances démographiques et le rétrécissement du marché du travail qui en résultera soulignent l'importance du passage d'un système de compensation passive à un programme d'intégration active et à une meilleure utilisation de la force de travail disponible. Les personnes handicapées peuvent en effet représenter un complément significatif à la force de travail et ainsi contribuer à la production économique. Ces dernières années, de nombreux Etats Membres de l'UE se sont efforcés de casser les barrières discriminatoires liées au handicap et de considérer les personnes handicapées comme partie intégrante de la société et de la force de travail³³.

La révision de la Stratégie de Lisbonne portant sur les nouvelles lignes directrices pour l'emploi accentue l'objectif d'un taux d'emploi global de 70% d'ici 2010 et les nouvelles directives européennes font également référence à l'emploi des personnes handicapées de manière explicite.

Notre étude montre que dans les Etats Membres, l'accent est désormais davantage mis sur les politiques d'intégration du marché du travail plutôt que sur les mesures passives. Les outils juridiques (tels que les régimes obligatoires de quota, les lois anti-discrimination, les droits de protection du travail) sont en vigueur dans de nombreux pays afin de soutenir la participation des personnes handicapées au marché du travail.

Par ailleurs, des changements ont été opérés au niveau de l'orientation des politiques vis-à-vis des personnes handicapées dans un certain nombre de pays européens. Dans certains pays, le modèle global est prédominant (« mainstreaming ») avec des services spéciaux d'emploi mais aussi des programmes d'emploi dans tous les domaines politiques. D'autres approches portent sur l'emploi spécial et séparé (tel que les ateliers protégés) ou sur un système double et multi-modèles qui est une combinaison de ces deux approches.

De plus, des politiques actives et ciblées du marché du travail ont été introduites dans la plupart des pays afin d'encourager l'intégration sociale des personnes handicapées, notamment au travers d'incitations financières versées aux employeurs embauchant des personnes handicapées et de programmes de réhabilitation professionnelle.

L'objectif est de proposer un aperçu général à la fois qualitatif et quantitatif de la situation des personnes handicapées sur le marché du travail. Les principales politiques d'emploi en vigueur dans chaque Etat Membre sont présentées ainsi que les derniers chiffres disponibles sur l'emploi (en environnement ordinaire ou protégé), le chômage et l'inactivité.

³³ Plan d'action européen et Stratégie européenne pour les personnes handicapées 2004/2010 : <http://europa.eu/scadplus/leg/fr/cha/c11414.htm>

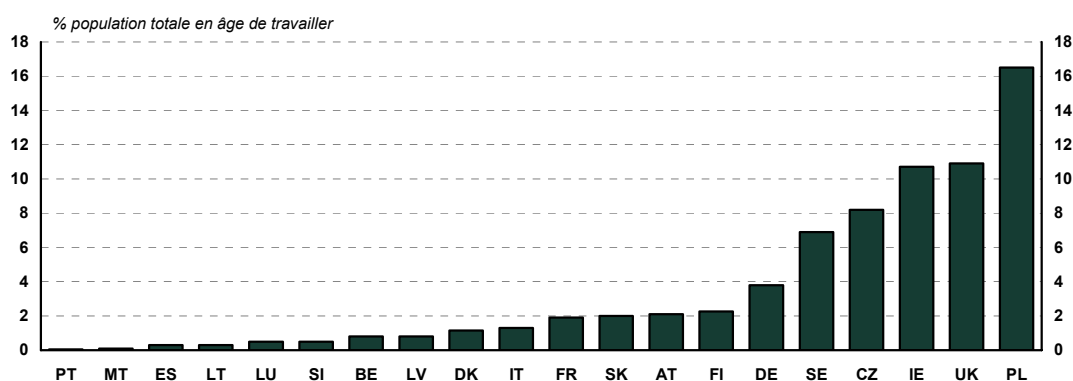
2. Aperçu des données administratives

Les données sur lesquelles s'appuie ce rapport sont tirées des registres administratifs des Etats Membres de l'UE. Il faut noter que la diversité des méthodes de compilation à ce niveau complique les comparaisons directes entre pays, et les résultats présentés ici peuvent par conséquent en être affectés.

a. Part des personnes handicapées en % de la population totale en âge de travailler

La figure 3.1 montre la proportion des personnes handicapées (définies comme les personnes occupées – dans un emploi ordinaire, un atelier protégé ou dans le cadre d'un système de quota –, les personnes au chômage et les personnes inactives telles que rapportées dans les fichiers administratifs) par rapport à la population totale³⁴.

3.1 Part des personnes handicapées dans la population totale en âge de travailler, 2005



CZ et PL: données EFT. Sources : voir Annexe 1.

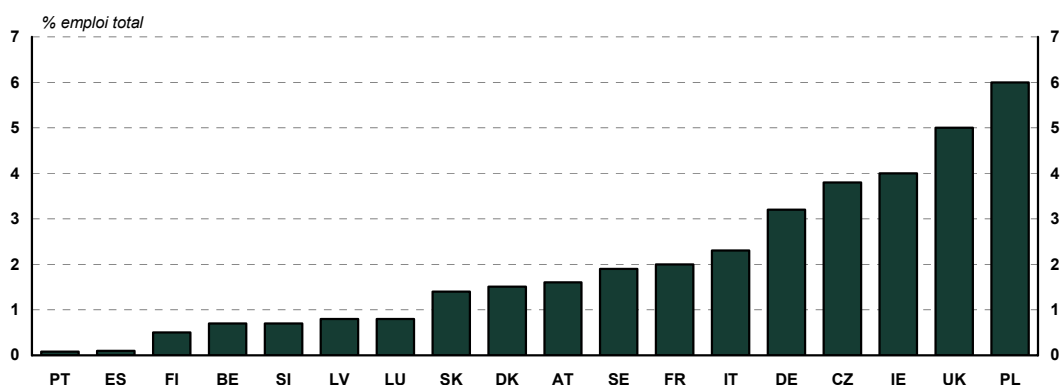
Cette proportion varie entre 0,1% de la population au Portugal et à Malte et 16,5% en Pologne. Dans plus de la moitié des pays pour lesquels des données sont disponibles, elle est inférieure à 2%.

b. Part des personnes handicapées en emploi en % de l'emploi total

Comme l'indique la figure 3.2, le nombre de personnes handicapées en emploi par rapport au nombre total de personnes occupées dans l'économie est très petit. Il est inférieur à 1% dans sept pays (Portugal, Espagne, Finlande, Belgique, Slovaquie, Lettonie et Luxembourg). La part la plus élevée (6%) est observée en Pologne, suivie par le Royaume-Uni et l'Irlande (respectivement 5 et 4%).

³⁴ Le nombre total de personnes handicapées correspond ici à la somme de la population active (en emploi et au chômage) et de la population inactive enregistrées dans les fichiers administratifs. Le nombre total de personnes handicapées occupées correspond quant à lui la somme de ceux qui travaillent dans un emploi ordinaire, en atelier protégé ou dans le contexte d'un régime de quota.

3.2 Part des personnes handicapées dans l'emploi total, 2005

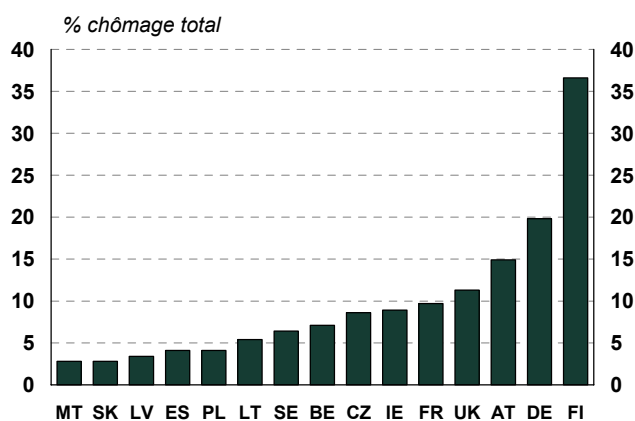


CZ et PL: données EFT. Sources : voir Annexe 1.

c. Part des personnes handicapées au chômage en % du nombre total de chômeurs

En Finlande et en Allemagne, les personnes handicapées constituent une part significative du nombre total de chômeurs – respectivement 37% et 20%. Elles représentent en revanche moins de 5% du nombre total de chômeurs dans quatre nouveaux Etats Membres (Malte, Slovaquie, Lettonie et Pologne) ainsi qu'en Espagne.

3.3 Part des personnes handicapées dans le chômage total, 2005

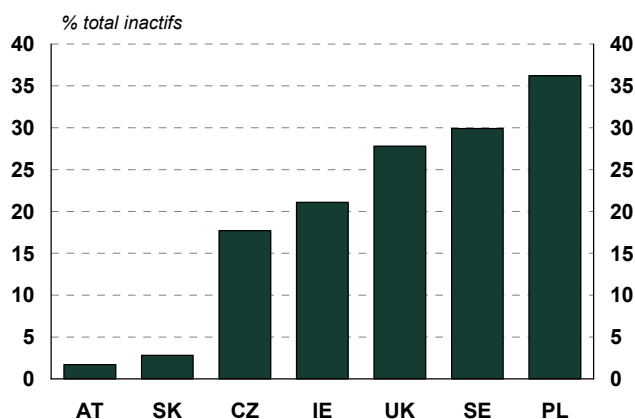


CZ et PL: données EFT. Sources : voir Annexe 1.

d. Part des personnes handicapées inactives en % du nombre total d'inactifs

Les personnes handicapées représentent entre 21 et 36% de la population inactive totale en Irlande, au Royaume-Uni, en Suède et en Pologne, contre seulement près de 18% en République tchèque et moins de 3% en Slovaquie et en Autriche.

3.4 Part des personnes handicapées dans l'inactivité totale, 2005

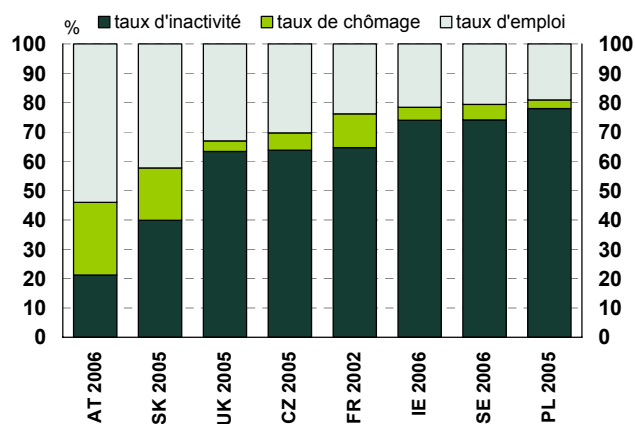


CZ et PL: données EFT. Sources : voir Annexe

e. Taux d'emploi, de chômage et d'inactivité parmi les personnes handicapées

Dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, la part des personnes handicapées économiquement inactives est supérieure à 50% au Royaume-Uni, en République tchèque, en France, en Irlande, en Suède et en Pologne. Les taux de chômage dans ces pays sont relativement bas. Les taux d'emploi les plus élevés parmi les personnes handicapées sont relevés en Autriche et en Slovaquie, avec respectivement 54 et 42%.

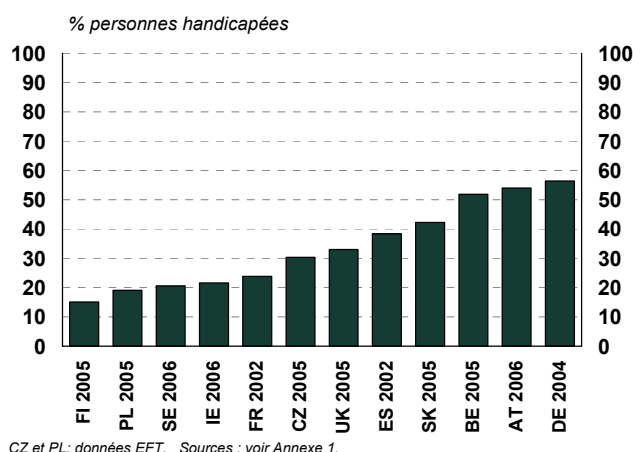
3.5 Taux d'emploi, de chômage et d'inactivité parmi les personnes handicapées



CZ et PL: données EFT. Sources : voir Annexe 1.

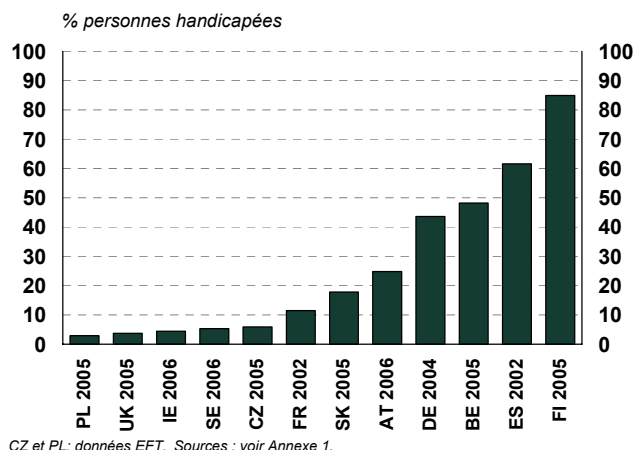
La figure 3.6 montre que les taux d'emploi les plus élevés parmi les personnes handicapées sont observés en Allemagne, en Autriche et en Belgique, avec un taux égal ou supérieur à 50%. En Finlande en revanche, le taux n'est que de 15%, ce qui indique une large variation au niveau de l'accès à l'emploi de ces personnes au sein de l'Union européenne.

3.6 Taux d'emploi parmi les personnes handicapées



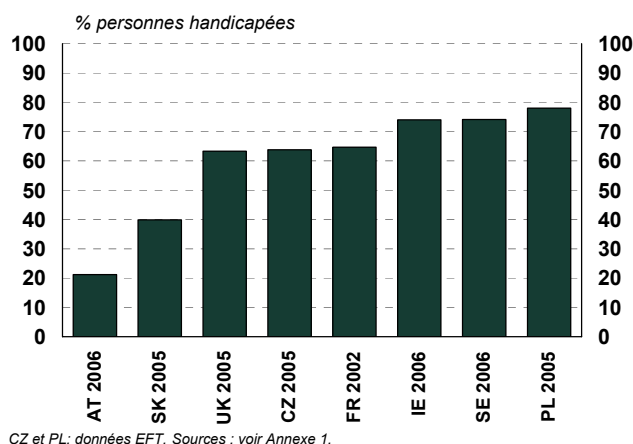
Le taux de chômage parmi les personnes handicapées varie de plus de 80% en Finlande (ce qui peut souligner un problème au niveau de la définition – les chômeurs pouvant inclure un grand nombre de personnes économiquement inactives), à environ 60% en Espagne, près de 50% en Belgique et moins de 6% en Pologne, au Royaume-Uni, en Irlande, en Suède et en République tchèque.

3.7 Taux de chômage parmi les personnes handicapées



La proportion des personnes handicapées inactives est par conséquent relativement élevée dans la plupart des pays, allant de 21% en Autriche à 78% en Pologne. Les pays avec de faibles taux de chômage sont aussi ceux qui affichent des taux d'inactivité importants. Ainsi au Royaume-Uni, en Pologne et en Irlande, où le taux de chômage est de 5% ou moins, le taux d'inactivité est supérieur à 60%, tandis qu'en Autriche, où le taux de chômage dépasse 20%, le taux d'inactivité est relativement bas. Cela implique que le fait qu'une personne soit considérée comme étant au chômage ou en inactivité dépend en partie des procédures nationales d'enregistrement des données au niveau des fichiers administratifs. Ces résultats mettent néanmoins en lumière le défi majeur que représente l'intégration des personnes handicapées auquel sont confrontés la plupart, si ce n'est tous les Etats Membres.

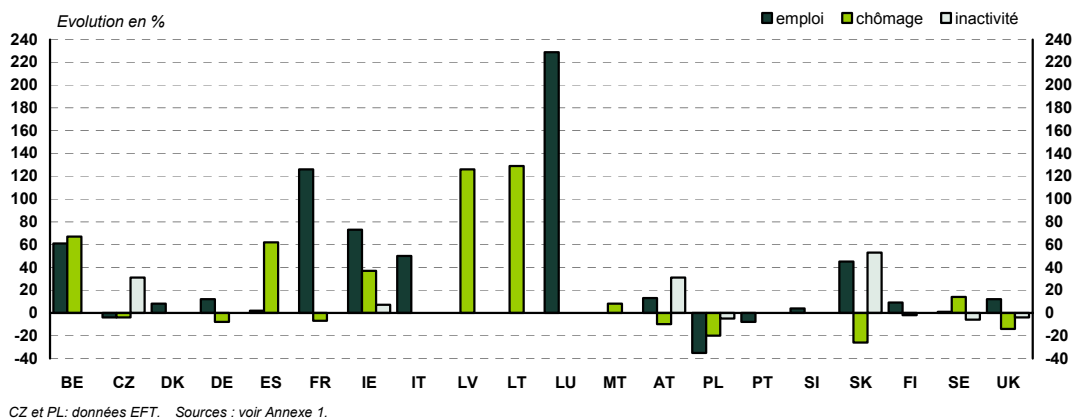
3.8 Taux d'inactivité parmi les personnes handicapées



f. Evolutions récentes

La figure 3.9 montre l'évolution de l'emploi, du chômage et de l'inactivité des personnes handicapées entre 2000 et 2006.

3.9 Evolution de la situation professionnelle entre 2000 et 2006



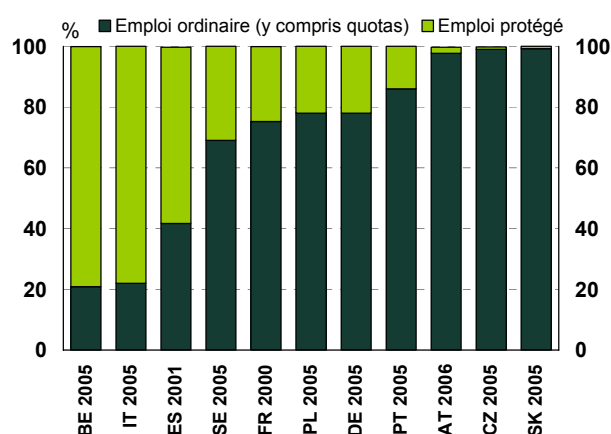
Dans la plupart des pays, le nombre de personnes handicapées en emploi a augmenté, bien que ce ne fût pas le cas en Pologne et en République tchèque. Parallèlement à cela, le chômage a baissé en République tchèque, en Allemagne, en France, en Autriche, en Pologne, en Slovaquie, en Finlande et au Royaume-Uni mais a augmenté en Belgique, en Irlande, en Espagne, en Lettonie, en Lituanie, à Malte et en Suède. L'inactivité a quant à elle augmenté en République tchèque, en Irlande, en Autriche et en Slovaquie (en contrepartie d'un déclin au niveau de l'emploi) mais a baissé en Pologne, en Suède et au Royaume-Uni.

En France, l'emploi a nettement augmenté, comme ce fut le cas au Luxembourg, principalement grâce à l'emploi protégé. Au Royaume-Uni, l'emploi a augmenté tandis que le chômage et l'inactivité étaient en baisse (respectivement +12%, -14% et -4%). En Suède, l'inactivité a baissé (de 6%), mais le chômage a augmenté (de 14%), tout comme l'emploi (mais de seulement 1%). En Slovaquie, il y a eu une croissance marquée de l'emploi (45%), et une évolution encore plus importante de l'inactivité (53%). En Pologne, l'emploi (-35%), le chômage (-20%) et l'inactivité (-5%) ont tous baissé, reflétant une baisse du nombre de personnes reconnues comme handicapées.

3. Emploi ordinaire et emploi protégé

Les personnes handicapées peuvent travailler dans un emploi ordinaire ou subsidié, dans le cadre d'un régime de quota ou dans un environnement protégé. La figure 3.10 montre la distribution entre emploi ordinaire (y compris sous le régime de quota) et emploi protégé. L'emploi ordinaire représente de loin une part prépondérante de l'emploi total dans tous les pays sauf en Belgique, en Italie et en Espagne.

3.10 Répartition entre emploi ordinaire et emploi protégé



Sources : voir Annexe 1.

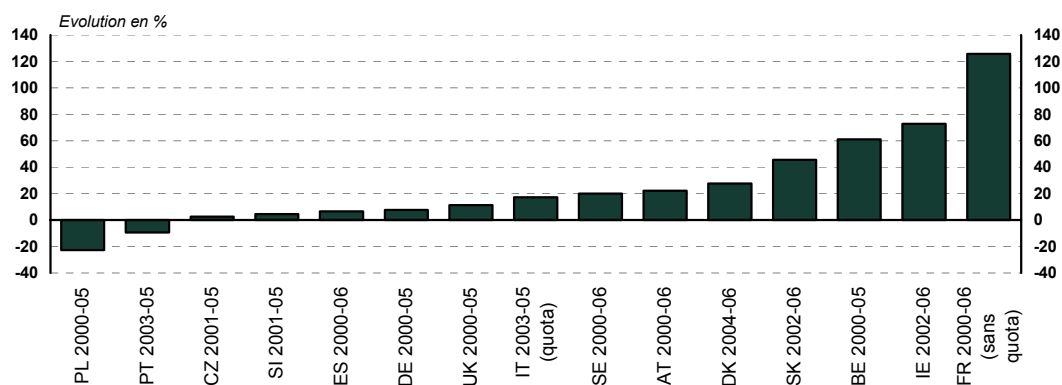
a. Emploi ordinaire

La plupart des personnes handicapées participent au marché du travail ouvert à tous et travaillent dans des emplois ordinaires. Un certain nombre sont cependant sous régime de quota, le chiffre variant entre pays en fonction de l'approche suivie. Dans certains Etats Membres, ces régimes ne s'appliquent que dans le secteur public ou privé, tandis que dans d'autres, ils ne sont tout simplement pas en vigueur.

Les pays ayant des régimes de quota à la fois dans les secteurs public et privé sont : l'Autriche, la République tchèque, la France, l'Allemagne, la Grèce, la Hongrie, l'Italie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Slovaquie et l'Espagne. Les pays où un système de quota partiel est appliqué (soit dans le secteur privé soit dans le secteur public) sont : la Belgique, Chypre, l'Irlande et la Slovaquie. Dans le reste des Etats Membres, les régimes de quota ne sont pas en vigueur (voir les annexes pour plus de détails).

Les pays où une forte hausse de l'emploi ordinaire a été observée (France, Belgique et Slovaquie) sont également ceux où des systèmes de quota sont en place, bien qu'il soit un peu facile d'attribuer la hausse à ces systèmes (figure 3.11).

3.11 Evolution de l'emploi ordinaire (y compris les quotas)



Sources : voir Annexe 1.

Comme il a été souligné plus haut, les pays ayant la proportion la plus élevée de personnes handicapées en emploi ordinaire sont la Slovaquie, la République tchèque et l'Autriche, tandis que c'est en France, en Irlande et en Belgique que les hausses les plus importantes ont été observées. En revanche, l'emploi a baissé en Pologne et au Portugal. Certaines de ces différences peuvent s'expliquer grâce aux mesures du marché du travail en vigueur dans les différents pays³⁵.

En Autriche, la Loi sur l'emploi des personnes handicapées porte sur leur intégration sur le marché du travail. En 1993, le gouvernement autrichien a développé un « nouveau concept » du handicap encourageant l'intégration au sein du marché du travail ordinaire plutôt qu'une approche différenciée avec un marché du travail protégé secondaire. Le programme d'emploi innovant appelé « Arbeitsassistenz » ainsi que les nouvelles mesures introduites en 2005 sont destinés à encourager les entreprises à satisfaire les personnes handicapées en leur permettant d'accéder au travail plus facilement.

En République tchèque, la Loi sur l'emploi de 1991 et la Loi sur l'assurance pension de base stipulent qu'une réhabilitation, une formation à l'emploi et un placement en emploi doivent être proposés aux personnes handicapées de façon à créer les conditions pour leur mise au travail. Le système de quota (à 4%) est obligatoire pour les employeurs de plus de 25 employés. Les entreprises ayant plus de 50% de personnes handicapées au niveau de leur force de travail peuvent obtenir un soutien financier afin d'adapter leurs conditions de travail.

En Allemagne, le régime de quota exige que toutes les entreprises de 20 salariés ou plus doivent comporter au moins 5% de travailleurs sévèrement handicapés (voir détails en annexe).

En Slovaquie, la Loi sur l'emploi de 1996 a introduit un certain nombre de mesures en faveur de l'emploi des personnes sévèrement handicapées, y compris un système de quota, mais aussi des programmes de formation et d'expérience professionnelle ainsi qu'une aide pour la création de nouveaux postes.

En Belgique, des dispositions d'emploi obligatoires pour l'intégration des personnes handicapées en environnement ordinaire s'appliquent uniquement aux personnes inscrites

³⁵ De plus amples détails sur les interventions du marché du travail mises en œuvre dans les 25 Etats Membres sont présentés en annexe.

auprès de fonds d'assurance. Le système de quota est seulement en vigueur dans le secteur public³⁶.

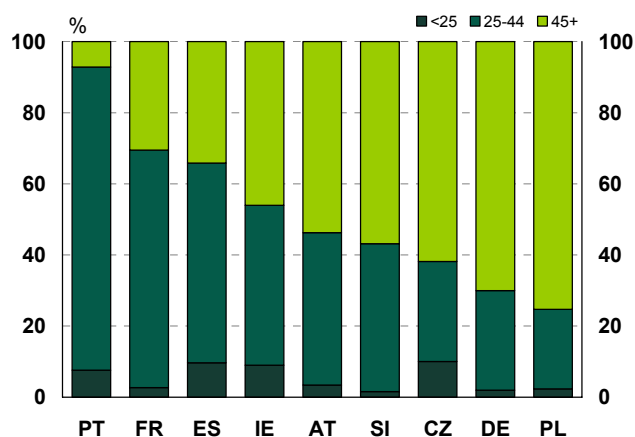
En Pologne, tous les employeurs de 25 salariés ou plus doivent satisfaire un quota de 6% dans le secteur privé et 2% dans le secteur public. Les amendes en cas de non respect des quotas sont versées au Fonds public pour la réhabilitation des personnes handicapées³⁷.

Au Portugal, les quotas sont limités aux personnes handicapées pour raisons professionnelles³⁸.

Répartition par âge et par sexe

En Pologne, en Allemagne, en République tchèque, en Slovénie et en Autriche, la plupart des personnes handicapées travaillant en emploi ordinaire sont âgées de 45 ans ou plus. Au Portugal, en France et en Espagne en revanche, la plupart d'entre elles ont moins de 45 ans (moins de 55 au Portugal et moins de 50 en France).

3.12 Personnes handicapées en emploi ordinaire par groupe d'âge, 2006



CZ: <29, 30-44, 45+; FR: <25, 25-49, 50+; PT: <25, 25-54, 55+
Sources : voir Annexe 1.

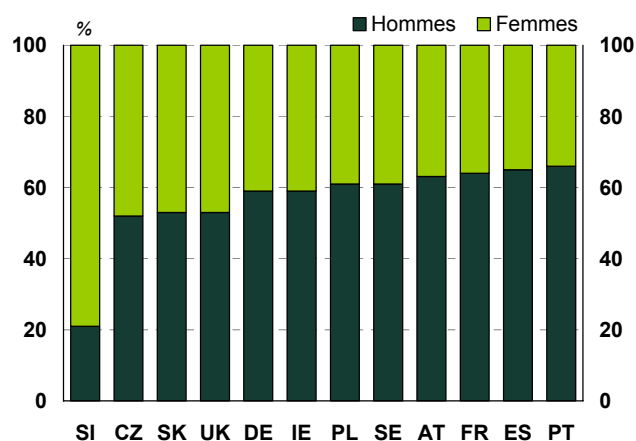
Le nombre d'hommes handicapés en emploi tend à être supérieur comparé aux femmes, la seule exception étant la Slovénie – même si en République tchèque, en Slovaquie et au Royaume-Uni la différence est minime (figure 3.13). La proportion d'hommes est particulièrement importante (et supérieure à leur part d'emploi parmi les personnes qui ne sont pas handicapées) en Irlande, en Espagne, en France, en Autriche et au Portugal.

³⁶ Le système de quota dans le secteur privé a été rejeté. L'administration fédérale belge a un quota d'emploi de 2%. En Wallonie, le quota de 2,5% n'a pas été respecté et a été remplacé par un quota d'embauche de 5%, qui est maintenant intégré dans le Code du personnel.

³⁷ L'amende représente 40,65% de la moyenne salariale pour chaque personne handicapée qui aurait dû être embauchée.

³⁸ En cas de maladie professionnelle, les bénéficiaires de 50 ans ou moins ayant une incapacité temporaire/permanente totale ont droit à des indemnités et des cours de formation professionnelle. Les indemnités correspondent à 50% de la pension avec un plafond équivalant au salaire minimum en vigueur.

3.13 Personnes handicapées en emploi ordinaire par sexe, 2006



Sources : voir Annexe 1.

Type de handicap

Dans quelques pays, des données par type ou par degré de handicap sont disponibles. Les systèmes de classification diffèrent cependant entre pays (voir annexes), ce qui rend la comparaison problématique.

Tableau 1 Type et degré de handicap (Emploi ordinaire)

| | | | |
|--|--|-------|---------|
| République tchèque 2005 | | Total | 87 221 |
| Groupe I. Handicap lourd | | 18% | 15 303 |
| Groupe II. Pas de handicap lourd | | 82% | 71 918 |
| Irlande 2006 | | Total | 133 933 |
| Type I. | Aveugles/sourds ; déficiences sévères de la vue/ouïe | 12% | 15 805 |
| Type II. | Limitation physique importante | 14% | 18 171 |
| Type III. | Difficultés d'apprentissage/mémoire/concentration | 10% | 13 595 |
| Type IV. | Difficultés pour s'habiller, se laver ou se déplacer | 3% | 3 871 |
| Type V. | Difficultés pour sortir de chez soi | 4% | 4 953 |
| Type VI. | Difficultés pour travailler | 9% | 11 501 |
| Autres | Autre (y compris maladies chroniques) | 49% | 66 037 |
| Lettonie 2005 | | Total | 8 493 |
| Groupe I. En incapacité et nécessitant des soins | | 4% | 338 |
| Groupe II. Degré élevé d'incapacité | | 45% | 3 852 |
| Groupe III. Degré moyen de handicap | | 51% | 4 303 |
| Pologne 2005 | | Total | 515 000 |
| Groupe I. Handicap sévère | | 7% | 38 000 |
| Groupe II. Handicap modéré | | 29% | 150 000 |
| Groupe III. Faible handicap | | 63% | 327 000 |

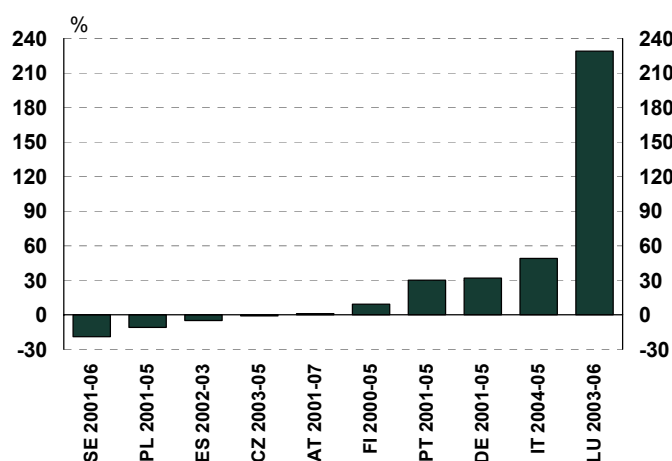
Sources et notes : voir Annexes.

Les données montrent qu'en République tchèque le taux d'emploi le plus important est observé parmi ceux qui ne sont pas sévèrement handicapés ; en Lettonie, parmi ceux ayant un niveau de handicap moyen et en Pologne parmi ceux ayant un handicap mineur. En Irlande en revanche, le taux le plus élevé est observé parmi les personnes qui sont considérablement limitées physiquement ainsi que parmi celles ayant des troubles auditifs ou visuels sévères.

b. Emploi protégé

L'emploi protégé est utilisé dans certains pays pour satisfaire les personnes ayant des difficultés à rentrer sur le marché du travail ordinaire ou celles ayant de graves handicaps. Selon les données disponibles, le taux d'emploi le plus important en atelier protégé est observé en Belgique, en Italie et en Espagne ; mais ces dernières années, les hausses les plus importantes ont été enregistrées au Luxembourg, en Italie et en Allemagne tandis que le taux était à la baisse en Suède, en Pologne, en Espagne et en République tchèque.

3.14 Evolution de l'emploi protégé



Sources : voir Annexe 1.

Au Luxembourg, où la hausse entre 2001 et 2006 est la plus spectaculaire, l'emploi protégé a été légalement reconnu par la Loi de 1991. Des centres offrent ainsi une expérience de travail, une thérapie, une formation ainsi qu'une aide médicale et sociale aux personnes handicapées. L'administration de l'emploi finance l'investissement et les frais de fonctionnement de certains ateliers, et paie les subsides à l'intégration.

En Espagne, l'ONCE (l'organisation des personnes malvoyantes) a permis de promouvoir de nouvelles formes d'emploi pour les personnes handicapées. En 1989, la fondation a créé FUNDOSA GRUPO rassemblant plus de 60 entreprises. Ensemble, elles emploient près de 6 000 travailleurs, dont 72% souffrent d'un handicap. Près de 70 centres de travail opèrent dans des secteurs économiques variés, y compris la blanchisserie, les commerces de détail, le marketing téléphonique, la production alimentaire et le traitement des données.

En Allemagne, l'emploi protégé est ouvert à toute personne handicapée capable d'effectuer un volume minimum de travail économiquement utile (indépendamment de la nature et de la sévérité de son handicap).

A Malte, la « Employment and Training Corporation » est le principal fournisseur de mesures actives et préventives, y compris pour la formation professionnelle au niveau de toute une série de compétences afin d'aider les personnes handicapées à trouver un emploi adapté ainsi qu'une orientation professionnelle, d'aider à la recherche d'emploi mais aussi au placement en emploi.

En Pologne, le centre de réhabilitation et d'équitation Zabajka, établi en 1995, est un exemple d'emploi protégé. Près de 600 entreprises de travail protégé emploient plus de 65 000 personnes et 35 000 souffrent d'un handicap. Il s'agit principalement de petites et moyennes entreprises.

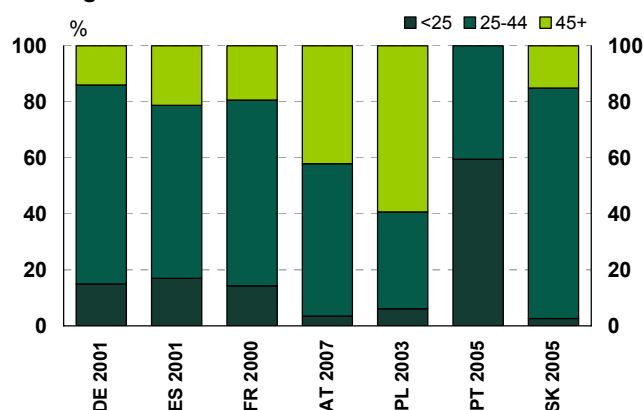
Au Royaume-Uni, l'emploi protégé est proposé par des organisations bénévoles, dont la plus connue est « Remploy », un organisme public non-départemental créé il y a plus de 60 ans afin d'offrir du travail aux personnes blessées (notamment à l'étranger pendant la 2^{ème} guerre mondiale). Elle emploie plus de 6 500 personnes et propose une disposition de « Retour à l'emploi », conseillant les employeurs sur les moyens disponibles pour maintenir au travail leur personnel souffrant d'un handicap³⁹.

En Lettonie, on ne parle pas d'emploi protégé en tant que tel bien que des ateliers spécialisés établis pour des personnes ayant des difficultés d'apprentissage au sein de centres de jour existent. Leur objectif principal est cependant de leur offrir une « occupation » plutôt qu'un emploi (les personnes ne recevant pas de contrepartie financière pour leur travail). Il existe également des entreprises sociales qui reçoivent des financements de l'agence publique d'emploi afin de créer des emplois pour un petit nombre de personnes handicapées.

Répartition par âge et par sexe

La plupart des personnes travaillant en emploi protégé sont âgées de 25-44 ans, sauf en Pologne où près de 60% d'entre elles ont plus de 45 ans, et au Portugal où 60% ont moins de 25 ans (figure 3.15).

3.15 Personnes handicapées en emploi protégé par âge

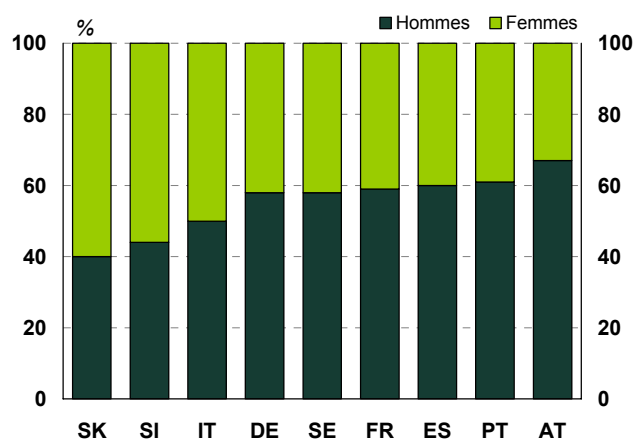


PT: <25, 25-54; SK: <25, 25-54 and 55+. Sources : voir Annexe 1.

Le nombre d'hommes en emploi protégé est généralement plus élevé que le nombre de femmes, les seules exceptions étant la Slovaquie et la Slovénie (figure 3.16).

³⁹ http://www.remploy.co.uk/press/remploy_facts/

3.16 Personnes handicapées en emploi protégé par sexe, 2005



Sources : voir Annexe 1.

Type de handicap et niveau d'instruction

L'information sur la répartition de l'emploi protégé par type de handicap n'est disponible que pour l'Allemagne où 81% des personnes concernées souffrent de troubles intellectuels. En Slovénie, où une ventilation des données par niveau de compétence est possible, le taux le plus élevé est observé parmi les travailleurs non qualifiés.

Tableau 2 Type de handicap et niveau d'éducation (Emploi protégé)

| | | |
|-----------------------|-------|---------|
| Allemagne 2001 | Total | 215 382 |
| Type I. | 4% | 9 046 |
| Type II. | 15% | 32 307 |
| Type III. | 81% | 173 598 |
| Slovénie 2007 | Total | 104 |
| Secondaire | 5% | 5 |
| Hautement qualifié | 1% | 1 |
| Qualifié | 34% | 35 |
| Semi-qualifié | 4% | 4 |
| Non qualifié | 57% | 59 |

Sources et notes : voir Annexes.

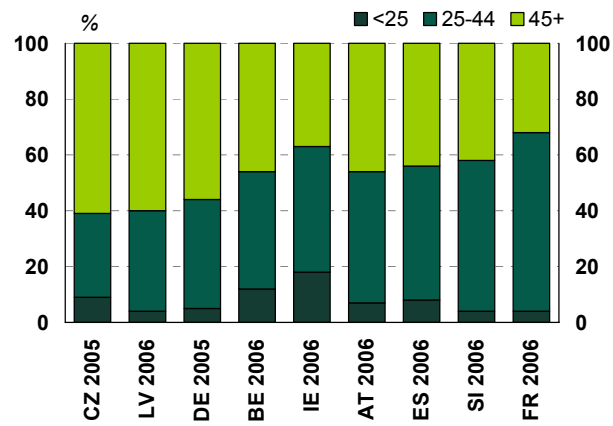
4. Chômage et inactivité des personnes handicapées

a. Chômage

Répartition par âge et par sexe

La ventilation par âge des personnes handicapées inscrites au chômage montre que la part des personnes de plus de 45 ans est la plus élevée en République tchèque, en Lettonie et en Allemagne tandis qu'en France et en Slovénie, le groupe le plus important est représenté par la catégorie des 25-44 ans.

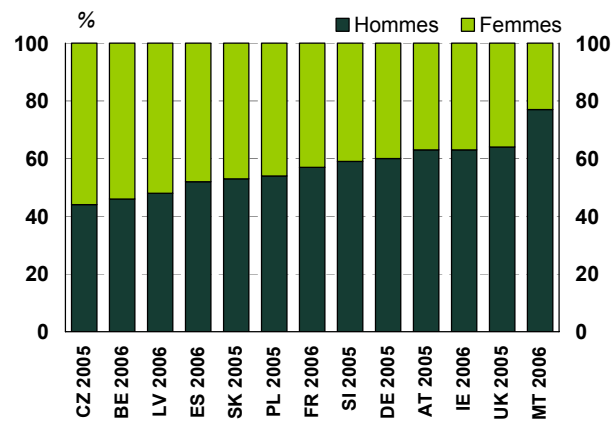
3.17 Personnes handicapées au chômage par âge



BE, CZ, LV: <29, 30-44 et 45+ Sources : voir Annexe 1.

Les données ventilées par sexe indiquent que dans la majorité des pays, la plupart des personnes handicapées au chômage sont des hommes, les seules exceptions étant la République tchèque, la Belgique et la Lettonie.

3.18 Personnes handicapées au chômage par sexe



Sources : voir Annexe 1.

Autres répartitions intéressantes

Tableau 3 Type de handicap (Chômeurs)

| Irlande 2006 | Total | 33 964 |
|---------------------|-------|--------|
| Type I. | 8% | 2 611 |
| Type II. | 13% | 4 257 |
| Type III. | 13% | 4 533 |
| Type IV. | 3% | 1 017 |
| Type V. | 5% | 1 650 |
| Type VI. | 14% | 4 809 |
| Autres | 44% | 15 087 |

| Espagne 2006 | Total | 75 661 |
|---------------------|-------|--------|
| Groupe I. | 4% | 2 759 |
| Groupe II. | 16% | 11 761 |
| Groupe III. | 32% | 24 226 |
| Groupe IV. | 49% | 36 915 |

| Pologne 2005 | Total | 126 000 |
|---------------------|-------|---------|
| Groupe I. | 5% | 6 000 |
| Groupe II. | 23% | 29 000 |
| Groupe III. | 72% | 91 000 |

Sources et notes: voir Annexes.

Tableau 4 Niveau d'instruction (Chômeurs)

| République tchèque 2004 | Total | 40 579 |
|--------------------------------|-------|--------|
| ISCED1 | 27% | 11 140 |
| ISCED2-3 | 59% | 24 144 |
| ISCED3-4 | 11% | 4 424 |
| ISCED5-6 | 2% | 871 |

| France 2006 | Total | 238 649 |
|--------------------|-------|---------|
| Bac+3 ou 4 | 3% | 6 612 |
| Bac+2 | 4% | 10 462 |
| Bac | 12% | 27 505 |
| BEP CAP | 46% | 109 695 |
| BEPC | 9% | 21 557 |
| 1er cycle | 26% | 62 818 |

| Autriche 2006 | Total | 29 059 |
|--------------------------|-------|--------|
| Enseignement obligatoire | 54% | 15 809 |
| Apprentissage | 37% | 10 815 |
| Niveau moyen | 4% | 1 067 |
| Niveau supérieur | 4% | 1 030 |
| Niveau académique | 1% | 303 |
| Inconnu | 0% | 35 |

| Slovénie 2006 | Total | 9 178 |
|----------------------|-------|-------|
| Non qualifié | 47% | 4 333 |
| ISCED 1 | 10% | 876 |
| ISCED 2 | 1% | 130 |
| ISCED 2-3 | 27% | 2 438 |
| ISCED 3 | 13% | 1 174 |
| ISCED 4 | 2% | 155 |
| ISCED 5 | 1% | 72 |

Sources et notes: voir Annexes.

Tableau 5 Période de chômage (Chômeurs)

| | | |
|--------------------------------|-------|---------|
| Belgique 2006 | Total | 27 865 |
| < 6 mois | 17% | 4 724 |
| 6-12 mois | 11% | 3 080 |
| 1-2 ans | 17% | 4 648 |
| 2-3 ans | 17% | 4 861 |
| Plus de 3 ans | 38% | 10 552 |
| France 2006 | Total | 238 884 |
| < 6 mois | 32% | 75 997 |
| 6-12 mois | 19% | 45 371 |
| 1-2 ans | 23% | 53 976 |
| 2-3 ans | 12% | 27 755 |
| Plus de 3 ans | 15% | 35 785 |
| Slovénie 2006 | Total | 10 127 |
| Surplus de la force de travail | 29% | 2 912 |
| Avant le 1er emploi | 6% | 622 |
| Chômeurs de longue durée | 65% | 6 683 |

Sources et notes: voir Annexes.

b. Inactivité

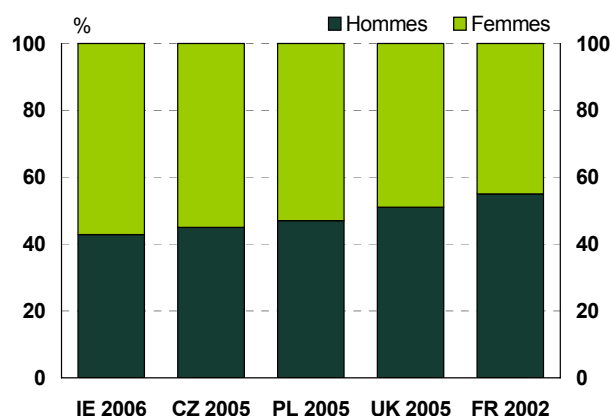
Répartition par âge et par sexe

La ventilation par âge des personnes handicapées économiquement inactives montre que, comme pour les chômeurs, les plus de 45 ans sont les plus nombreux, indiquant qu'au fur et à mesure que les personnes vieillissent, il y a plus de chances qu'elles soient inactives si elles souffrent de handicap.

3.19 Personnes handicapées inactives par sexe

Tableau 6 Personnes handicapées inactives

| | | |
|--------------------------------|-------|-----------|
| République tchèque 2005 | Total | 380 683 |
| 15-29 | 6% | 23 573 |
| 30-44 | 10% | 37 440 |
| 45+ | 84% | 319 670 |
| Irlande 2006 | Total | 266 688 |
| <25 | 7% | 19 130 |
| 25-44 | 14% | 35 881 |
| 45+ | 79% | 211 677 |
| France 2002 | Total | 1 342 800 |
| <25 | 2% | 21 485 |
| 25-49 | 35% | 475 351 |
| 50+ | 63% | 845 964 |



Sources : voir Annexe 1.

Sources et notes: voir Annexes.

Autres répartitions intéressantes

Tableau 7 Type/degre de handicap, niveau d'instruction et raison d'inactivité (Inactifs)

| | | | | | |
|---------------------|-------|-----------|-------------------------------------|-------|-----------|
| Irlande 2006 | Total | 579 205 | République tchèque 2005 | Total | 380 683 |
| Type I. | 9% | 54 219 | Non qualifié | 2% | 8 493 |
| Type II. | 26% | 150 175 | ISCED1 | 33% | 123 929 |
| Type III. | 13% | 74 413 | ISCED2-3 | 45% | 172 396 |
| Type IV. | 13% | 77 696 | ISCED3-4 | 17% | 65 223 |
| Type V. | 18% | 104 109 | ISCED5-6 | 3% | 10 642 |
| Type VI. | 20% | 118 593 | | | |
| Pologne 2005 | Total | 3 379 000 | France 2002 | Total | 1 342 800 |
| Groupe I. | 26% | 893 000 | Bac+3 ou 4 | 2% | 22 828 |
| Groupe II. | 38% | 1 274 000 | Bac+2 | 4% | 51 026 |
| Groupe III. | 36% | 1 212 000 | Bac | 6% | 80 568 |
| | | | BEP CAP | 21% | 277 960 |
| | | | BEPC ou moins | 68% | 906 390 |
| Suède 2006 | Total | 302 306 | Irlande 2006 | Total | 266 688 |
| Groupe I. | 18% | 54 303 | Etudiant | 6% | 16 922 |
| Groupe II. | 82% | 241 309 | Obligations personnelles/familiales | 16% | 42 000 |
| | | | Retraité | 38% | 102 242 |
| | | | Incapable de travailler | 38% | 102 438 |
| | | | Autre | 1% | 3 086 |

Sources et notes: voir Annexes.

5. Discussion méthodologique

Les sources principales utilisées ici sont les statistiques fournies par les fichiers administratifs. Il est largement reconnu que la diversité des méthodes utilisées dans les fichiers administratifs sur les personnes handicapées entre les Etats Membres de l'UE rend quelque peu complexes les tentatives de comparaisons entre pays.

Pour la République tchèque et la Pologne, les données utilisées sont celles de l'EFT tandis que pour l'Irlande, ce sont celles du recensement de la population. Sur les vingt pays de l'UE pour lesquels des données sont disponibles, des informations sur les définitions et/ou conditions d'éligibilité aux différents programmes d'emploi offerts aux personnes handicapées

sont disponibles pour quatorze d'entre eux. Par souci de comparabilité entre les pays, il est important de tenir compte des descriptions explicites des définitions et des critères d'éligibilité pour l'emploi protégé, l'emploi ordinaire et les personnes handicapées au chômage. Les notes détaillées sur les sources complètent ces informations ; la disponibilité des séries chronologiques est indiquée pour les différentes catégories d'emploi et de situations professionnelles ventilées par sexe et par âge (voir annexes).

Emploi protégé

Le niveau de handicap requis pour avoir accès à un emploi protégé varie entre pays. En Autriche par exemple, l'emploi protégé est ouvert aux personnes en âge de travailler ayant un degré minimum de handicap de 50%, et qui, à cause de leur niveau de handicap, ne peuvent pas travailler sur le marché du travail ordinaire. Une définition très similaire est utilisée en Belgique où l'emploi protégé est offert aux personnes handicapées qui ne peuvent travailler dans des conditions de travail ordinaires (que ce soit de manière temporaire ou permanente). En Wallonie et dans la région de Bruxelles-capitale, le critère d'éligibilité pour travailler en atelier protégé est d'avoir au minimum 30% de capacité physique et au minimum 20% de capacité mentale. En Allemagne, les personnes handicapées travaillant dans un emploi protégé doivent avoir un degré minimum de handicap de 50%. Ces personnes sont considérées comme sévèrement handicapées. En France et au Portugal, une capacité de travail de moins d'un tiers est requise pour être éligible à l'emploi protégé, mais dans le cas de la France, les personnes ayant une capacité de travail supérieure peuvent également participer si elles ont besoin d'une aide médicale, pédagogique, sociale ou psychologique. En Slovaquie, le seuil minimum de handicap est une réduction de 20% de la capacité de travail tandis qu'en Pologne, le critère correspond à un niveau de handicap « faible ». En Suède et en République tchèque, aucun niveau officiel de handicap n'est requis. L'âge minimum pour être éligible est de 20 ans en Suède, mais les personnes de plus de 65 ans peuvent également participer. En République tchèque, l'emploi protégé est limité aux personnes assurées ayant au moins 15 ans (il n'y a pas d'âge maximum).

Emploi ordinaire

En Autriche, en Suède et en Slovaquie, les mêmes conditions sont d'application pour l'emploi ordinaire (quota) et pour l'emploi protégé. En France, les personnes handicapées peuvent participer au marché du travail ordinaire si a) elles sont reconnues comme travailleurs handicapés par la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel), b) elles sont victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles impliquant un handicap d'au moins 10%, c) elles reçoivent une pension d'invalidité avec une réduction d'au moins deux tiers de leur capacité de travail ou de gain d) elles sont des victimes de guerre ou personnes assimilées, et e) elles sont sapeur-pompier bénévoles. En Italie, l'emploi ordinaire est ouvert aux personnes handicapées a) en âge de travailler avec un degré de handicap de plus de 45%, b) pour raison professionnelle avec un degré de handicap de plus de 33%, c) aveugles ou muettes, et d) victimes de guerre. Au Portugal, l'incapacité de travail ne doit pas dépasser 66,6%. En Lituanie, le niveau minimum de handicap pour être éligible est d'au moins 33% et l'âge minimum est de 18 ans (l'âge maximum correspond à l'âge de la retraite).

Chômeurs handicapés reconnus

Le Bureau du marché du travail autrichien applique une définition élargie du handicap incluant – à part les personnes handicapées telles que définies par les lois sur le handicap dans les Länder – les personnes ayant des déficiences physiques, psychiques, mentales ou

intellectuelles (indépendamment du degré de handicap) dont le handicap est reconnu par un certificat médical. En Belgique, pour recevoir des allocations chômage, les travailleurs handicapés ne peuvent avoir une réduction de leur capacité de travail excédant 66%. La capacité de travail est décidée par le Directeur du bureau de chômage sur avis médical. En Allemagne, les personnes handicapées au chômage sont sévèrement handicapées (le degré minimum de handicap requis est de 30-50%) ; par ailleurs, l'Agence pour le travail rapporte également les chômeurs ayant des limitations de santé, ce qui inclut les personnes sévèrement handicapées mais aussi celles qui déclarent avoir des limitations au niveau de leur santé. En Irlande, les personnes handicapées peuvent s'inscrire au chômage à partir de 15 ans (pas d'âge maximum). En République tchèque, aucun niveau officiel de handicap n'est requis, mais seules les personnes assurées peuvent s'inscrire (âge minimum : 15 ans, âge maximum : 65 ans).

Au niveau des statistiques du service de l'emploi en Finlande, une personne handicapée doit être formellement reconnue comme telle par un médecin. Au Luxembourg, un travailleur handicapé doit avoir au moins 30% d'incapacité de travail, être âgé d'au moins 15 ans et être inscrit auprès du Service des travailleurs handicapés de l'ADEM (Administration pour l'emploi).

ANNEXES

Annexe 1 Notes et sources

Belgium

AWIPH (Agence Wallonne pour l'intégration des personnes handicapées): www.awiph.be

VLAFO (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap): www.vlafo.be

COCOF (Commission Communautaire Française)

DPB (Dienststelle für Personen mit Behinderung): www.dpb.be

VDAB Studiedienst: <http://arvastat.vdab.be/nwwz/index.htm>

Publication: http://www.awiph.be/pdf/publications/Brochure_ET_A.pdf

<http://www.vlafo.be/vlafo/view/nl/464112-Tewerkstelling.html>

http://mineco.fgov.be/enterprises/vademecum/Vade20_fr.htm#P58_13452

Czech Republic

Czech statistical office: <http://www.czso.cz/>

Ministry of Labour and Social Affairs: <http://www.mpsv.cz>

Publication: <http://www.czso.cz/eng/ediciplan.nsf/p/3102-05>

Statistical Yearbook of Labour Market in the Czech Republic 2005.

Method: Data on ordinary employment, unemployment and the inactive are based on LFS data.

Statistical surveys; data on sheltered employment records of local Employment Offices; data on employed under quota schemes reports of firms to Employment Offices. Period is 4th quarter.

Note: Data on number of applicants located in sheltered workshops since 2004 incl. handicapped self-employed. For the inactive, data between the years 2001 and 2002 need not be fully comparable.

Denmark

The labour-market Councils' Report of 2000-2005, MISSOC publication.

Germany

Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsmarkt 2005: <http://www.arbeitsagentur.de>

Publication: Bundesagentur für Arbeit, Statistik aus dem Anzeigeverfahren gemäß § 80 Abs. 2 SGB IX. Arbeitgeber mit 20 und mehr Arbeitsplätzen im Jahr 2002/2003/ 2004 (bis 2000: 16 und mehr)

<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/b.html>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: <http://www.bmas.bund.de>

Publication: Bundesregierung, Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe (2004)

http://www.sgb-ix-umsetzen.de/pdfuploads/bericht_15045751-00.pdf

Notes: Data on employment refers only to heavily disabled employed. Thus employed people with disabilities may be underestimated. Only heavily disabled employed in structures with 20+ workplaces are presented under the category of employment Quota (16+ in 2000)

BMAS-data might include a few 65+; and from 2005 on, data by the Bundesagentur für Arbeit does not include working agencies of districts with a communal agency. Thus, data by the Bundesagentur für Arbeit from 2005 on cannot be compared 1:1 with previous data. For all categories, numbers may include a few 65+.

Ireland

Central Statistical Office of Ireland Census 2002, 2006.

http://www.cso.ie/census/census2006_volume_11.htm

Publication: Stationery Office, Dublin, Ireland. November 2007

Method of observation: Census of Population, 23 April 2006.

Spain

Servicio de Información sobre Discapacidad (Information Service on Disability): <http://sid.usal.es/default.aspx>

INE, agosto de 2003: 'Las personas con discapacidad y su relación con el empleo': <http://sid.usal.es/estadisticas.asp>.

France

The survey included a question on the administrative recognition of disability in accordance with the law governing the quota scheme. The supplementary survey covered one third of the LFS sample. The data cover metropolitan France living in ordinary households (establishments excluded).

Publication: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers, Bureau de la Politique des Ressources Humaines et Réglementation Générale des personnels hospitaliers (P1), "Fonction publique hospitalière. L'insertion professionnelle des personnes handicapées, Rapport sur l'exécution de la loi n°87-517 du 10 juillet 1987 dans la fonction publique hospitalière : Résultats de l'année 2000". For LFS 2002 Tableau de bord sur l'emploi et le chômage des personnes handicapées; Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement. Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques. Gilbert DE STEFANO, with the assistance of Chantal SANTAMARIA; 2006.

Italy

ISTAT (from ISFOL, Monitoring employment services). INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale - National Institute) is responsible for the data collection and ISTAT for analysis and dissemination.

<http://www.inps.it> and <http://www.disabilitaincifre.it/>

Publication: Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale: http://www.istat.it/dati/catalogo/20060307_01/

Latvia

State medical examination commission of health and capacity for work.

Note: Total number of employed and unemployed refers to disabled occurring for the first time, from age 16.
The source for the distribution of employed disabled according to degree of disability is the Ministry of Health.

Lithuania

Ministry of social security and labour: <http://www.socmin.lt/>

http://hwi.osha.europa.eu/topic_integration_disabilities/lithuania/key_national_statistics_html

Second report on the implementation of the Revised European charter 2004.

Fourth report of Republic of Lithuania on the implementation of the European social charter 2006

Publication: <http://www.socmin.lt/index.php?220920439>.

Luxembourg

Ministère du travail et de l'emploi: <http://www.mt.etat.lu/>

Administration de l'emploi: <http://www.adem.public.lu/>

Eurostat LMP database.

Publication: Rapports annuels: <http://www.adem.public.lu/>

Rapport d'activité: http://www.mt.etat.lu/Nouveausurserveur/RAPPORT_ACTIVITE.pdf

Malta

International Disability Day, 2006, NSO, Press release.

Note: Unemployed figures are derived from average annual unemployment figures as provided by the Employment and Training Corporation (ETC).

Austria

Favoured disabled with regular employment and Employed disabled in Integration enterprises.

Source Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Federal Ministry for Social Affairs and Consumer Protection).

<http://www.bmsk.gv.at/>

Sozialstatistische Informationen: Menschen mit Behinderung und Arbeitsmarkt:

http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/1/3/CH0356/CMS1078922496642/menschen_m_behinderung04.xls

Publication Geschäftsbericht Bundessozialamt 2005:

http://www.bmsk.gv.at/cms/basb/attachments/6/0/7/CH0450/CMS1156519068699/bsbgeschaeftsbericht_2005.pdf

Method of observation: Employed favoured disabled registered by the Federal Ministry for Social Affairs and Consumer Protection.

Period: 1 December, each year.

Note: Obligation of employers to employ 1 favoured disabled per 25 employees, otherwise compensation charge has to be paid.

Registered unemployed with disabilities: Arbeitsmarktservice Österreich (Labour Market Service Austria): www.ams.or.at/

Publication: Data provided directly by the labour market service.

Method of observation: Number of unemployed with disabilities registered at the labour market service.

Poland

Source: Labour Force Survey, PFRON (National Fund for Rehabilitation of the Disabled) <http://www.stat.gov.pl>, <http://www.pfron.org.pl>

Publication: Aktywność ekonomiczna ludności Polski (quarterly).

Raport "Zakłady pracy chronionej w 2002 roku" (Sheltered workshops in 2002, PFRON)

Method of observation: Data on employed, unemployed and inactive are based on LFS data. No other data available.

Note: There are problems with data on sheltered workshops since many of them fail to submit the reports that they are obliged to submit.

Registered unemployed: Urzędy pracy (Regional Labour Offices): <http://www.praca.gov.pl>

Portugal

Sheltered employment and Ordinary employment: Eurostat LMP Database: data available on NewCronos.

Method of observation: Stocks: average of monthly figures; Entrants: new starts (sum of monthly figures); Exits: outflows (sum of monthly figures). Data is updated each year.

Slovenia

Statistical Office of Slovenia.

Slovakia

Head Office of Labour, Social Affairs and Family and Slovak Office of Statistics: <http://www.socpoist.sk>

Publication: Eurostat LMP database.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996.45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=&product=EU_MAIN_TREE&depth=1

Method: Stocks: average of monthly figures.

Finland

Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus / National Research and Development Centre for Welfare and Health (Stakes)

www.stakes.fi

Stakes SVT Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006 / STAKES OF Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2006

Method of observation: The indicator gives the number of clients in day centres and sheltered work centres for people with intellectual disabilities at the end of the year. The figure includes services funded by the municipality.

Period: Statistics Finland gathers information on municipal finances and activities on a yearly basis Update frequency: Once a year.

Unemployed: Työministeriö / Ministry of Labour www.mol.fi

Publication: Työnvälitystilasto / Employment Service Statistics, vajaakuntoiset, vuosilasto 2000-2005
Method of observation: Number of disabled jobseekers.

Sweden

Arbetsförmedlingen (Swedish Public Employment Service): www.ams.se
Eurostat LMP database.
Publication <http://www.ams.se/admin/Documents/ams/arbdata/arblos/2007/arb0701r.xls>
Method of observation: The Eurostat LMP database collects both stocks and entrants.
Data updated each year.

UK

Source DWP - Department for Works and Pensions: www.dwp.gov.uk
Publication DWP Information Directorate: Work and Pensions Longitudinal Study.
http://193.115.152.21/new_deals/nddp/live/tabtool.html
Method of observation: Caseload figures are rounded to the nearest hundred. Some additional disclosure control has also been applied. Totals may not sum due to rounding.
Figures are for November 2005.
Note: New Deal only introduced in 2005, no other figures available

Annexe 2: Mesures du marché du travail encourageant l'emploi des personnes handicapées

| | |
|------------------------------|---|
| <p>Belgium</p> | <p>Compulsory employment provisions for the integration of disabled people in open employment apply only to people registered with the funds. Compulsory employment does not play a significant part in Belgian policy.</p> <p>Quota system: The Belgian Federal Administration has an employment quota of 2% for people with disabilities. In the Walloon Region, the 2.5% quota was not fulfilled and instead a recruitment quota of 5% is now integrated into the Personnel Code. Quotas have been rejected in the private sector.</p> <p>Sheltered employment: Experimental project has been established involving 'social workshops' for both disabled and non-disabled people who are 'hard to place'.</p> <p>Rehabilitation: offered in accordance with the decision of the doctors, in specialized establishments. Only available to people registered with the funds, thus people must apply to their funds and undergo assessment to meet the conditions. Once registered, an integration programme is set up.</p> <p>Subsidies: Support for employers consists of financial measures including wage cost subsidies (5-50%, CAO 26), subsidies for retention of employees becoming disabled and grants for modifications of the workplace.</p> |
| <p>Czech Republic</p> | <p>Quota system: Obligation to employ 4% of people with disabilities, for every 25 employees, to buy a legal number of products made by people with disabilities, to pay half of the national average monthly earnings to the State budget for every person with disabilities under the legal quota number.</p> <p>Sheltered employment: A sheltered workshop is a place where more than 60% of employees are people with reduced ability to work. A sheltered workplace can also be the person's own home environment.</p> <p>Rehabilitation: Implemented according to health regulations, preventive medical examination of citizens, special treatment, vouchers and obligatory special treatment, rehabilitation treatment following a recommendation made by specialized doctors.</p> <p>Subsidies: There are no subsidized wages for disabled employees. Financial assistance can be given to a self-employed person. Conditions concerning financial support are stated in the contract. Grants for adaptation of the working place are available.</p> <p>Subsidized employment programmes: Labour Offices grant a one-off contribution to employers creating jobs reserved for people with disabilities in sheltered workshops or other sheltered workplaces. The yearly maximum amount of contribution per job is CZK 100,000 (3,445 euros). There are also contributions for operational costs of maximum CZK 40,000 (1,378 euros) per year per job. Public authorities also offer tax advantages.</p> |
| <p>Denmark</p> | <p>Quota system: No quota legislation.</p> <p>Sheltered employment: Targeted to persons with significantly reduced functional abilities, unable to retain employment at the ordinary labour market and who cannot become employed through the use of other social schemes. Persons covered by this scheme are in general supposed to be more disabled than participants in the Skaane- and flex-job schemes.</p> <p>Flex-job scheme: The scheme entails a wage subsidy of 1/3, 1/2, or 2/3 of the current minimum wage as stipulated in the relevant collective agreement. Working conditions must take account of the employees' (reduced) work ability meaning that working hours may be reduced and job tasks less demanding etc. The subsidy corresponds to the degree to which the work capacity is reduced. Wage subsidies in flex-jobs are permanent, but the employee may (in principle) return to ordinary employment if the work ability improves. The state finances 65% of the expenditures to flex-jobs and the municipality 35% (before 2002, flex-jobs were 100% state-financed).</p> <p>The Skaane-job scheme, which is also administered by the municipalities, is aimed at employment of disabled beneficiaries when work capacity is permanently reduced by at least 50%. The wage subsidy cannot exceed 1/6 of the current minimum hourly wage according to the relevant collective agreement. Wage and working conditions are negotiated between the employee, the employer and the relevant trade union. Skaane-jobs are permanent.</p> |

| | |
|----------------|--|
| | <p>Rehabilitation: Assistance for special medical care, maintenance allowances during vocational rehabilitation, appliances and aids supplied by local authorities.</p> |
| | <p>Subsidies: Local authorities provide subsidies to employers offering a job to people with disabilities.</p> |
| Germany | <p>Quota system: Obligation to employ at least 5% of severely disabled persons in all enterprises with at least 20 employees. Monthly compensation contribution (Ausgleichsabgabe) for each reserved job that is unfilled. € 105 for a 3% to less than 5% employment rate € 180 for a 2% to less than 3% employment rate € 260 for a less than 2% employment rate Special rules for employers with less than 59 employees also exist.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Local Federal Employment Office (special section for people with disabilities) can send people with disabilities to workshops, but the workshop Technical Committee must approve the medical appointment.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Benefits for medical rehabilitation, participation in the labour market (e.g. occupational training) and supplementary benefits (e.g. transitional benefit) can be granted. The pension insurance must examine whether a pension claim can be avoided by rehabilitation measures.</p> |
| Estonia | <p>Quota system: No quota system.</p> |
| | <p>Sheltered employment: According to Article 26 of the Social Welfare Act, local authorities shall, in co-operation with competent State authorities, establish sheltered employment for disabled persons. Unfortunately, the legal status of sheltered work establishments has not yet been determined, which might explain why there are just a few establishments.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Medical rehabilitation provided under the health care benefits in-kind. The Labour Market Board provides vocational rehabilitation. Local authorities are responsible for the provision of social rehabilitation (e.g. special transportation for disabled persons, adaptation of dwelling, personal assistant).</p> |
| | <p>Subsidies: Employment of disabled persons is encouraged through: State contribution to Social Tax paid by employers on behalf of disabled employees, a temporary employment subsidy (labour market grant) paid to employers hiring a disabled person.</p> |
| Ireland | <p>Quota system: Applies only to the public sector (public authorities reserve up to 3% of suitable positions for people with disabilities).</p> |
| | <p>Sheltered employment: Some organizations provide both sheltered work and training to enable the transition to open employment. Provided mostly by voluntary organisations and funded by the Health Boards. Many workshops are run privately by charities and, especially, by the church. There is no uniform admission procedure and workshops are free to set up their own procedures.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Persons receiving Invalidity Pension may, with permission, engage in work of a rehabilitative/therapeutic nature or undergo a training course for the purpose of taking up another occupation.</p> |
| Greece | <p>Quota system: The quota of 3% is to be filled by registered disabled people and applies to any organization operating in Greece with more than 50 employees. In 1995, an administrative penalty was introduced against employers not respecting the law.</p> |
| | <p>Sheltered Employment: An act on Employment and Vocational Training (Law 1836 of 1989) provides the creation of sheltered workshops but as yet there are no decrees to implement the act and allow for a legal recognition and subsidy of sheltered workshops. The labour market, health and social authorities have been working together to plan an institutional framework for sheltered workshops, known in Greece as productive special centres (PEKE). Funding must be provided from the national budget.</p> |
| | <p>Rehabilitation: No special measures or benefits. Preferential employment for certain categories of disabled people (e.g. the blind).</p> |
| Spain | <p>Quota system: All public organizations and employers with a permanent workforce of over 50 people have to hire 2% of people with disabilities.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Various institutions. Contracts for homework are not allowed.</p> |

| | |
|---------------|--|
| | <p>Rehabilitation: Medical treatment (functional rehabilitation); vocational guidance; vocational training (rehabilitation for usual occupation or retraining for another occupation).</p> |
| | <p>Subsidies: Tax/contribution relief for creation of sheltered employment centres for disabled workers. Firms taking on handicapped workers are eligible for incentives (social security contribution relief).</p> |
| France | <p>Quota system: 6% of total employees in firms with more than 20 employees.</p> |
| | <p>Sheltered employment is organized by the CAT (Centre d'Aide par le Travail) and sheltered workshops or CDTD (Centre de distribution de Travail à Domicile) providing some level of remuneration. Disabled people receive a salary that is complemented by a state subsidy. In the case of sheltered workshops and CDTD, disabled people are in paid employment, unlike those working in CAT who do not have the status of employees in paid employment and can therefore not be dismissed. Transition from sheltered to open employment is very limited.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Vocational retraining subject to a psycho-technical examination.</p> |
| Italy | <p>Quota system: Recruitment by public sector and private enterprises is compulsory. The general quotas are as follows: 7% of employed where there are more than 50 employees. 40% minimum level of incapacity for such guaranteed employment. 2 disabled workers, in organizations with 36-50 employees, 1 worker must be disabled in organizations with 15-35 employees.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Based on social cooperation. Creation of social cooperatives ("Cooperative Social") engaged in commercial, manufacturing, farming and service activities.</p> |
| | <p>Rehabilitation: There exist regional support entities to evaluate the working capacities of people with disabilities and their integration into the labour market. The National Institute for Social Protection (Istituto Nazionale della previdenza sociale, INPS) grants medical care to prevent or reduce invalidity and to restore capacity for work. Hospitalization is free and charged to the region.</p> |
| | <p>Subsidies: Regional funds support and provide assistance services for the integration of disabled people, incentives through tax breaks for businesses.</p> |
| Cyprus | <p>Quota system: Efforts have been made to open up the market for the employment of disabled persons through the adoption of a quota system for certain jobs in the public and semi-public services and/or the provision of priority to such people. Limited success.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Supported Employment Scheme intends to support persons with mental or multiple disabilities to facilitate their placement and employment in the open labour market.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Government hospitals and institutions provide free medical treatment. Emergency relief to people with disabilities and to organizations for the provision of technical aids and equipment. Invalidity pensioner may be required to attend vocational training or a rehabilitation course and in such cases the Social Insurance Scheme pays the expenses incurred.</p> |
| | <p>Subsidies: Self-Employment Scheme: Persons with disabilities are entitled to a grant up to CYP 2,000 (3,487 euros) and to an interest subsidy CYP 300 (523 euros) for 5 years for setting up their own business.</p> |
| Latvia | <p>Quota system: No quota system and no government incentives.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Does not exist.</p> <p>There are instances of good practices from the "specialised workshops" established for people with intellectual disabilities in day centres. However, the main aim is to provide an "occupation" rather than employment, and so people do not receive any payment for their work. The "social firm" is another example of sheltered employment. Social firms receive funding from the SEA to create jobs for small numbers of people with disabilities.</p> |
| | <p>Rehabilitation: The State provides funding from the national budget for cash and in-kind benefits for specific purposes to provide individual assistance and services for restoring working ability and health. They include expenditure for manufacture, purchase, rent and distribution of technical support appliances as well as state support for the purchase of specialized vehicles, social and occupational rehabilitation, and the purchase of vouchers for sanatoria.</p> |

| | |
|-------------------|---|
| Lithuania | Quota system: Enterprises with 50 or more workers are obliged to employ 2-5% of disabled persons with a reduction in capacity for work of at least 60% or disabled with moderate disability. If the employers do not fulfil this obligation, they pay a contribution into the Employment Fund (equal to 15 times the official minimal wage). |
| | Sheltered employment: There is no framework for supported employment. The 2004 Law on Social Enterprises introduces a number of important changes like job coaches, which should allow people with intellectual disabilities to access employment on the open market through supported employment. |
| | Rehabilitation: Occupational rehabilitation to increase a person's work capacity, occupational competence and ability to participate in the labour market by educative, social, psychological, rehabilitation and other means. |
| | Subsidies: For every additionally created workplace for a disabled person, the employer is subsidized by the Employment Fund amounting to 100% of national minimum wage monthly during the first 12 months and 50% of national minimum wage monthly during the next 6 months of the disabled person's employment. |
| Luxembourg | Quota system: In the private sector, quota for enterprises with more than 50 workers is 2%. The quota for enterprises with 25-50 workers is 1 person with disabilities. The compensatory penalty is 50% of the minimum wage to be paid each month for each post not occupied by a disabled person. |
| | Sheltered employment: Legally recognized by the 1991 Act. Work-aid centres offer work experience, therapy, training and medical/social support. Both are part of larger rehabilitation and vocational training centres and are run by organizations outside the public sector. The Employment Administration finances the investment and running costs of certain workshops, provided they are economically productive, and pays integration subsidies. |
| | Rehabilitation: Disabled people on training courses are granted a monthly return to work allowance, covering preparation and return to work. They are entitled to an extra six days annual leave paid by the state. Self-employed disabled persons are entitled to reduction of social security contributions. |
| | Subsidies: Wage subsidies for less productive workers hired under the quota scheme remain under a new formula. Compensation for adapting the workplace also remains. New measures include a monthly settling-in allowance. |
| Hungary | Quota system Employers with 20 or more employees have to fill 5% of all posts with persons with disabilities. Otherwise they must pay a contribution to the Rehabilitation sub-fund of the Labour Market Fund (521 euros/person/year in 2005). |
| | Sheltered employment: For persons with changed working capacity supported by State subsidy. |
| | Rehabilitation: Medical measures, medical bath, sanatorium, and technical aids. Various forms of rehabilitation exist for persons with less than 50% incapacity for work (retraining allowance, special allowance to make up initial earnings in new activities to reach at least 80% of previous earnings). Labour Market Fund Support: for employers hiring persons with disability (who have lost at least 40% of their working capacity and do not receive pension benefits in respect of their invalidity or old-age) for at least one year. The amount of the support varies according to the duration of employment. Self-employment Support for persons with disabilities in order to become an entrepreneur. |
| | Subsidies: Provided to sheltered companies for persons with changed working capacity. |
| Malta | Quota system: Employers with more than 20 employees have to engage at least 2% of their workforce among those registered as disabled persons with the Employment and Training Corporation. |
| | Sheltered employment: The Employment and Training Corporation administers two schemes covering training and job placement of disabled persons with an employer. Both schemes encompass a system of wage subsidies for employers as well as opportunities for vocational training and rehabilitation for disabled persons. |
| | Rehabilitation: No special measures except medical rehabilitation. |

| | |
|--------------------|---|
| | <p>Subsidies: The Employment Training and Placement Scheme provides financial assistance to employers amounting to half the minimum wage for a maximum period of 12 months.</p> |
| Netherlands | <p>Quota scheme: Since 2006, there is no mandatory quota but a target of 2-5% in the public and private sectors. The applicable statutory basis is the Disablement Insurance Act (WAO – previous scheme) and Work and Income According to Labour Capacity Act (WIA – new scheme since 1.1.2006). Disablement Assistance Act for Handicapped Young Persons (Wajong).</p> |
| | <p>Sheltered employment: Offered only to those, who due to physical, mental or psychiatric impairments are only able to work under adjusted conditions.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Possibility of being trained (during training disabled people are eligible to allowances). There is the possibility of supplement income if the salary is less than the amount the person should earn.</p> |
| | <p>Subsidies: Financing of specific training institutes for people with disabilities. A fixed amount is paid to the employer to finance adjustment of the workplace, retraining.</p> <p>If 5% of the employees are people with disabilities, the employer does not have to pay the basic, general contribution for the WAO. If this percentage is between 3-5%, the employer will also get a reduction, but smaller.</p> |
| Austria | <p>Quota system: Public and private sectors are subject to a quota of 4%. Enterprises pay a compulsory compensation of €206 per month for each place not filled. To be considered in the quota system, the individual should be assessed to have at least a 50% level of disability.</p> |
| | <p>Sheltered employment: In place.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Several measures of medical, vocational and social rehabilitation. Before the invalidity pension is approved, an attempt to rehabilitate the patient's ability to work takes priority.</p> |
| | <p>Subsidies: Salary subsidies are offered to employers to compensate for lower productivity of the disabled employees, new job being created, long-term unemployed disabled, initial costs of establishing a suitable workplace, for 3 years.</p> |
| Poland | <p>Quota system: Employers with 25 or more employees have to meet a quota of 6%. The quota in the public sector is 2%. Otherwise, the penalty is 40.65% of average wages for each disabled person who should have been hired. The amount goes to the State Fund for Rehabilitation of Disabled Persons, which uses them for various rehabilitation and employment programmes.</p> |
| | <p>Sheltered employment: An example is "Horsing riding and Rehabilitation Centre Zabajka", established in 1995, with nearly 600 sheltered work enterprises employing over 65,000 persons including 35,000 handicapped people. Most members are small and medium enterprises dealing with production, trading and services.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Rehabilitation usually starts after exhaustion of sickness cash allowance, but can also take place within 6 months after the invalidity. A special rehabilitation benefit is paid during the rehabilitation period for up to 12 months, if invalidity continues.</p> |
| | <p>Subsidies: For workers becoming disabled after a work injury, employers are obliged to arrange for a suitable workplace within 3 months after the employee declares a willingness to return to work. With respect to the incentive measures targeted to employers there has been an introduction of the flat rate wage subsidy at 130% for severe disabled, 110% for moderately disabled and 50% for lightly disabled. Also lower social security contributions and taxation for employers, subsidy for workplace modification for disabled employed persons at minimum of 36 months.</p> |
| Portugal | <p>Quota system: Valid for employment injuries. Firms employing at least 10 people are obliged to employ persons with disability, incapacitated as a result of an accident occurred in their service.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Preferential employment of people with disabilities is only for victims of employment injuries.</p> |

| | |
|-----------------|---|
| | <p>Rehabilitation: In case of occupational diseases, beneficiaries aged 50 or less, with temporary/permanent total incapacity are entitled to allowances, to vocational training courses. The allowance is equal to 50% of the pension with the ceiling at the statutory minimum wage.</p> |
| Slovenia | <p>Quota system: The implementation of provisions on the quota system started in 2006. Employers employing more than the quota receive a special prize and are exempted from the payment of contributions of pension and disability insurance.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Disabled persons may not be dismissed on the grounds of their invalidity. There are incentives for employing a handicapped person. They also have priority in employment if they fulfil the conditions.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Various educational programmes, both theoretical and practical. The emphasis is on the abilities rather than on the limitations.</p> |
| | <p>Subsidies: A reduction in the taxable base of 50% of the salaries but not exceeding the amount of the taxable base, for persons with 100% physical disability (or deaf persons), the reduction is 70%. If tax payers employ persons with disabilities above the prescribed quota, their disability not being a consequence of a workplace injury or occupational disease at the same employer, they may claim a reduction in the taxable base in the amount of 70% of the salaries, not exceeding the amount of the taxable base.</p> |
| Slovakia | <p>The quota system: When the relevant district employment office registered unemployed people with CWA or CWASD, every employer employing at least 20 employees was obliged to ensure that at least 3% of the employees were people with CWA and 0.2% were people with CWASD (initially the quota was higher). The employer could achieve the required proportion in 2 ways: either directly, by employing employees with CWA or CWASD at its workplace, or indirectly, by contracting out work to an external sheltered workshop or sheltered workplace. If an employer failed to do either of these things, he was obliged to transfer a fixed sum to the relevant employment office. The employer pays 3-times the monthly minimum wage i.e. SKK 20,700 (547 euros) per year per vacancy for which a disabled person should have been hired.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Sheltered workshop has to employ at least 50% persons with disabilities. Allowances are given up to 24-times of the minimum monthly total costs of labour for each sheltered workplace plus the benefit for additional costs (i.e. adapted machine equipment).</p> |
| | <p>Rehabilitation: Retraining, medical rehabilitation is performed according to medical provisions: special licensed cures, compulsory rehabilitation according to doctor's recommendation.</p> |
| | <p>Subsidies: For operational costs of sheltered workshops and for transportation of employees up to 7 times the minimum monthly total costs of labour per year for each disabled employee.</p> <p>Wage Subsidy for Job Assistant: up to 90% of the total costs of labour of the person helping the disabled person during his/her job.</p> |
| Finland | <p>Quota system: No quota or preferential employment policy.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Divided into 4 major types: Sheltered (productive) work for disabled people, Work-related activities for people with learning disabilities, Therapeutic work for psychiatric illness (where participants receive pocket money rather than wages) and activities concerned with care rather than production work activity.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Vocational rehabilitation became a statutory earnings-related pension benefit since 2004. A rehabilitation allowance amounts to 75% of the earnings and is payable when the period of rehabilitation lasts more than 30 days. The rehabilitation allowance is 10% extra to the amount of the pensioner's national pension. The costs of rehabilitation services are fully covered. Rehabilitation allowance is paid during periods of rehabilitation to persons whose vocational rehabilitation is supported by the pension provider. The rehabilitation allowance amounts to the full disability pension plus rehabilitation increment of 33% for periods of active rehabilitation.</p> |
| Sweden | <p>Quota system: No special quota rules exist for people with disabilities.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Allows job-applicants with socio-medical disabilities to obtain work with government authorities, local authorities, county councils and municipal federations. The employer receives a government grant covering up to 75% of total costs.</p> |

| | |
|----|--|
| | <p>Rehabilitation: Return to active life, rehabilitation and retraining consists in appliances and aids supplied by local health authorities. It is possible to combine vocational training and partial invalidity pension.</p> |
| UK | <p>Quota system: No specific quota system. Supported Employment is a Programme, which provides subsidized work for severely disabled people with host employers through the Supported Placements Scheme (funding £155 million for 3 years). Jobs can also be in specific work settings, similar to sheltered employment. 4,000 individuals benefit each year from these measures.</p> |
| | <p>Sheltered employment: Generally provided by voluntary organizations.</p> |
| | <p>Rehabilitation: Preventive health care, medical rehabilitation and therapy is provided by the National Health Service, supported employment (covering workshops and placements), Allowances payable during rehabilitation and training.</p> |

Annexe 3 Personnes reconnues handicapées selon leur situation professionnelle

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-----------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|---------|---------|------|
| Belgium | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | 23 646 | : | : |
| Ordinary employment | 3 897 | 4 334 | 4 645 | 5 027 | 5 621 | 6 280 | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 16 639 | 17 919 | 19 270 | 21 561 | 26 989 | 27 802 | 27 867 | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Czech Republic | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | 1 597 | 1 636 | 1 592 | : | : |
| Ordinary employment | : | 84 000 | 101 428 | 98 259 | 93 932 | 87 222 | : | : |
| Quota scheme | 72 319 | 90 852 | 86 581 | 88 105 | 85 891 | 91 911 | 94 507 | : |
| Unemployed | : | 36 700 | 36 755 | 39 995 | 40 580 | 35 101 | : | : |
| Inactive | : | 291 300 | 333 733 | 374 702 | 363 930 | 380 683 | : | : |
| Denmark | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | 37 859 | 40 937 | 48 323 | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Germany | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 194 722 | 201 679 | 226 703 | 235 756 | 245 798 | 256 556 | : | : |
| Ordinary employment | 93 442 | 92 912 | 89 029 | 91 919 | 94 933 | 142 700 | : | : |
| Quota scheme | 756 218 | 768 388 | 748 435 | 793 617 | 794 833 | 771 233 | : | : |
| Unemployed | 986 068 | 986 000 | 987 327 | 1 024 461 | 1 014 284 | 905 491 | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ireland | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | : | : | 45 024 | : | : | : | 77 800 | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | : | 11 722 | : | : | : | 16 041 | : |
| Inactive | : | : | 249 650 | : | : | : | 266 688 | : |
| Spain | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 17 837 | 16 920 | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | 11 062 | 12 138 | 8 352 | 7 664 | 9 497 | 10 016 | 11 797 | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | 46 652 | 51 701 | 56 070 | 62 417 | 69 022 | 75 661 | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| France | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 71 780 | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | 219 000 | 223 961 | 231 000 | 234 280 | : | 680 000 | 494 500 | : |
| Quota scheme | : | 220 042 | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | : | : | : | 258 140 | : | 238 884 | : |
| Inactive | : | : | 1 342 800 | : | : | : | : | : |
| Italy | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | 270 132 | 401 203 | : | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | 96 028 | 112 612 | 112 487 | : | : |
| Unemployed | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Latvia | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | : | 8 493 | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 1 504 | 1 804 | 1 977 | 3 165 | 3 292 | 3 391 | 3 404 | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|-------|
| Latvia | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | : | 8 493 | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 1 504 | 1 804 | 1 977 | 3 165 | 3 292 | 3 391 | 3 404 | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Lithuania | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 4 294 | 4 408 | 5 880 | 7 897 | 9 817 | : | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Luxembourg | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | 479 | 842 | 1 240 | 1 574 | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Malta | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | : | : | 305 | 303 | 328 | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Austria | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 1 438 | 1 407 | 1 415 | 1 399 | 1 412 | 1 352 | 1 407 | 1 439 |
| Ordinary employment | 11 173 | 11 523 | 11 576 | 12 864 | 13 897 | 13 516 | 13 546 | : |
| Quota scheme | 43 419 | 44 689 | 45 525 | 46 149 | 45 594 | 46 906 | 48 208 | : |
| Unemployed | 32 086 | 29 711 | 30 980 | 30 487 | 28 809 | 28 491 | 29 016 | : |
| Inactive | 18 916 | 19 642 | 21 442 | 21 854 | 23 472 | 24 070 | 24 703 | : |
| Poland | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 208 680 | 203 609 | 202 682 | 208 793 | 189 769 | 186 081 | : | : |
| Ordinary employment | 859 000 | 731 000 | 733 000 | 679 000 | 671 000 | 642 000 | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 158 000 | 112 000 | 122 000 | 102 000 | 126 000 | 126 000 | : | : |
| Inactive | 3 547 000 | 3 581 000 | 3 502 000 | 3 477 000 | 3 447 000 | 3 379 000 | : | : |
| Portugal | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 404 | 420 | 397 | 502 | 509 | 526 | : | : |
| Ordinary employment | : | 779 | : | 3 494 | 3 460 | 3 169 | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Slovenia | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | 104 |
| Ordinary employment | : | 6 087 | 6 202 | 5 970 | 6 348 | 6 360 | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | : | : | : | : | : | 9 138 | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Slovakia | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | 265 | : | : |
| Ordinary employment | : | 22 200 | 24 700 | 21 200 | 28 800 | 32 000 | 32 300 | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | : | 13 600 | 13 600 | 10 000 | 13 300 | 13 600 | 10 100 | : |
| Inactive | 21 900 | 22 000 | 24 500 | 26 000 | 30 900 | 30 500 | 33 400 | : |
| Finland | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 10 929 | 11 188 | 11 564 | 11 801 | 11 985 | 11 926 | : | : |
| Ordinary employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 68 608 | 68 487 | 67 229 | 66 600 | 67 234 | 67 095 | : | : |
| Inactive | : | : | : | : | : | : | : | : |

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|--------|
| Sweden | | | | | | | | |
| Sheltered employment | 31 919 | 31 003 | 30 479 | 28 711 | 27 826 | 26 084 | 25 904 | 26 150 |
| Ordinary employment | 48 540 | 51 099 | 54 684 | 56 435 | 55 113 | 57 438 | 58 210 | 59 995 |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 18 956 | 16 107 | 16 871 | 21 245 | 19 763 | 21 718 | 21 534 | : |
| Inactive | 322 892 | : | 375 339 | : | 370 472 | : | 302 306 | : |
| United Kingdom | | | | | | | | |
| Sheltered employment | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Ordinary employment | 1 237 000 | 1 245 000 | 1 279 000 | 1 378 800 | 1 384 200 | 1 377 000 | : | : |
| Quota scheme | : | : | : | : | : | : | : | : |
| Unemployed | 161 000 | 159 000 | 147 000 | 162 800 | 137 900 | 156 900 | : | : |
| Inactive | 2 614 000 | 2 607 000 | 2 618 000 | 2 732 000 | 2 706 100 | 2 651 000 | : | : |

Annexe 4 Disponibilité des données par séries temporelles, par sexe et par âge

| | | BE | CZ | DK | DE | IE | ES | FR | IT | LV | LT |
|--------------------------------------|--------|-----------------|---------------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------|------------------------------|-----------|
| Sheltered employment | Total | 2002-05 | 2003-05 | | 2000-05 | | 2000-01 | 2000 | 2004-05 | | |
| | Gender | | | | 2001 | | 2000-01 | 2000 | 2005 | | |
| | Age | | | | 2001 | | 2000-01 | 2000 | | | |
| | Other | | | | Type (2001) | | | | | | |
| Ordinary employment | Total | 2000-05 | 2001-05 | 2004-06 | 2000-05 | 2002 & 2006 | 2000-06 | 2000-2003-2005-2006 | | 2005 | |
| | Gender | | 2001-05 | | 2004-05 | 2002 & 2006 | 2000-06 | 2000-2003-2006 | | | |
| | Age | | 2001-05 | | 2004-05 | 2002 & 2006 | 2000-06 | 2000-2003-2006 | | | |
| | Other | | Education (2001-05), Degree (2002-05) | | | Type (2002&2006) | | | | Degree (2005) | |
| Unemployed | Total | 2000-06 | 2001-05 | | 2000-05 | 2002 & 2006 | 2001-2006 | 2004&2006 | | 2000-2006 | 2001-2004 |
| | Gender | 2000-06 | 2001-05 | | 2000-05 | 2002 & 2006 | 2006 | 2006 | | 2003-2006 | |
| | Age | 2000-06 | 2001-05 | | 2005 | 2002 & 2006 | 2006 | 2006 | | 2000-2006 | |
| | Other | Duration (2006) | Education (2001-05) | | | Type (2002&2006) | Degree (2006) | Education & duration (2006) | | | |
| Inactive | Total | | 2001-05 | | | 2002 & 2006 | | 2002 | | | |
| | Gender | | 2001-05 | | | 2002 & 2006 | | 2002 | | | |
| | Age | | 2001-05 | | | 2002 & 2006 | | 2002 | | | |
| | Other | | Education (2001-05) | | | Type & Reason (2002&2006) | | Education (2002) | | | |
| LU MT AT PL PT SL SK FI SE UK | | | | | | | | | | | |
| Sheltered employment | Total | 2003-06 | | 2000-06 | 2000-05 | | 2007 | 2005 | 2000-05 | 2000-07 | |
| | Gender | | | 2001-06 | 2003-04 | | 2007 | 2005 | | 2000-05 | |
| | Age | | | | 2003-04 | | | 2005 | | | |
| | Other | | | | | | Degree of skillness (2007) | | | | |
| Ordinary employment | Total | | | 2006 | 2000-05 | 2003-05 | 2001-05 | 2001-06 | 2001-06 | 2001-05 | |
| | Gender | | | 2006 | 2000-05 | 2003-05 | 2003-05 | 2001-06 | 2001-06 | 2001-05 | |
| | Age | | | 2006 | 2005 | 2005 | 2004 | | | | |
| | Other | | | | Degree (2000-05) | | | | | | |
| Unemployed | Total | | 2003-05 | 2000-06 | 2000-05 | | 2006 | 2002-06 | 2000-05 | 2000-06 | 2000-05 |
| | Gender | | 2003-05 | 2000-06 | 2000-05 | | 2006 | 2002-06 | | | 2000-05 |
| | Age | | | 2006 | Degree (2000-05) | | 2006 | | | | |
| | Other | | | Education (2006) | | | Education (2006) | | | | |
| Inactive | Total | | | 2000-05 | 2001-05 | | | 2001-06 | | 2000, 2002, 2004, 2006 | 2000-05 |
| | Gender | | | | 2001-05 | | | | | | 2000-05 |
| | Age | | | | | | | | | | |
| | Other | | | | Degree (2001-05) | | | | | Degree (2000-2002-2004-2006) | |

Annexe 5 Définitions

| Degree of disability | | | | | |
|----------------------|-------------------------|---|---------------------|--|---------------------------------------|
| | Czech Republic | Latvia | Poland | Spain | Sweden |
| Group I. | Heavily handicapped | Incapacity and need for care from another | Severe disability | More than 75% loss of working capacity | Disability with lowered productivity |
| Group II. | Not heavily handicapped | High degree of incapacity | Moderate disability | More than 65% loss of working capacity | Disability without lowered disability |
| Group III. | | Medium degree of disability | Minor disability | More than 33% loss of working capacity | |
| Group IV. | | | | Less than 33% loss of working capacity | |

| Type of disability | | |
|--------------------|--------------|---|
| | Germany | Ireland |
| Type I. | Physical | Blindness/deafness or severe hearing/vision impairment |
| Type II. | Mental | Substantially limited physically |
| Type III. | Intellectual | Learning/remembering or concentration difficulties |
| Type IV. | - | Difficulty in dressing, bathing or getting around the house |
| Type V. | - | Difficulty in going outside the home alone |
| Type VI. | - | Difficulty in working at a job or business |

| | Description of ISCED defined levels of education |
|----------------|--|
| Level 0 | Pre-Primary Education |
| Level 1 | Primary Education or First Stage of Basic Education |
| Level 2 | Lower Secondary or Second Stage of Basic Education |
| Level 3 | (Upper) Secondary Education |
| Level 4 | Post-Secondary Non-Tertiary Education |
| Level 5 | First Stage of Tertiary Education (Not leading directly to an advanced research qualification) |
| Level 6 | Second Stage of Tertiary Education (Leading to an advanced research qualification) |

CHAPITRE IV > CAUSES DU HANDICAP

Les causes du handicap peuvent être classées en trois catégories : les facteurs biologiques, les facteurs génétiques ou héréditaires et les accidents. Le handicap peut survenir à chaque étape de la vie : avant/pendant la naissance, durant l'enfance ou à l'âge adulte, mais il est également lié au vieillissement.

Rassembler des statistiques fiables et complètes sur ces trois grandes causes du handicap constitue cependant un grand défi, principalement parce que de telles données ne sont pas facilement disponibles dans les Etats Membres. L'objectif est donc d'essayer de présenter une approximation sur base des données collectées grâce aux registres des administrations nationales. Il faut toutefois souligner que les résultats obtenus dans le cadre de cette analyse n'ont nullement la prétention d'offrir un aperçu complet des causes du handicap en Europe étant donné que les données sont de facto limitées aux personnes bénéficiant d'allocations du fait de leur handicap et ne couvrent donc pas l'ensemble de la population des personnes handicapées.

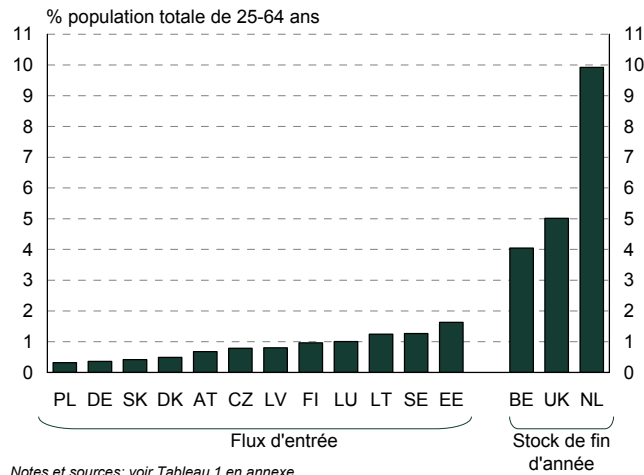
Comme cela a été souligné dans le Chapitre I, on peut distinguer trois types d'allocations versées aux personnes adultes handicapées : les indemnités d'invalidité, les compensations financières liées à des accidents du travail ou maladies professionnelles et enfin les pensions de guerre. Selon l'origine du handicap, l'allocation est sous la responsabilité de la société civile, de l'employeur ou de l'Etat. Elles sont en conséquence gérées par différentes institutions : les organismes de protection/d'assurance sociale pour les indemnités d'invalidité, des fonds spécifiques pour les accidents/maladies professionnel(le)s ainsi que pour les pensions de guerre.

Ce chapitre s'articule autour des principales causes du handicap suivantes : les maladies liées à des facteurs naturels (notamment génétiques, héréditaires ou congénitaux), les accidents/maladies liés au travail et enfin les blessures contractées lors de conflits armés. L'objectif global est d'examiner les données disponibles afin d'aider à l'élaboration de mesures préventives dans des domaines où les autorités nationales sont en mesure d'intervenir pour contrôler et éventuellement influencer les facteurs menant au handicap.

1. Les maladies

Les données sur les maladies sont obtenues grâce au nombre de bénéficiaires d'indemnités d'invalidité et montrent que les personnes bénéficiant pour la première fois de ces indemnités représentaient entre 0,3% et 1,6% du total de la population en âge de travailler en Europe en 2005 (figure 4.1).

4.1 Proportion de personnes recevant une indemnité d'invalidité pour cause de maladie, 2005



On pose comme hypothèse que les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité les reçoivent à cause d'une maladie naturelle ou d'un accident (routier, domestique, etc.). Si la cause du handicap est liée à leur travail, on suppose qu'ils seront comptabilisés dans les statistiques des compensations financières pour accidents/maladies professionnel(le)s. De la même manière, si elle est liée à des conflits armés, on suppose qu'ils seront intégrés aux données sur les pensions de guerre. Cette approche peut être utilisée dans tous les Etats Membres sauf en Pologne et en Hongrie. Dans le premier cas, il n'existe pas de régime distinctif offrant une compensation aux personnes dont le handicap est lié à l'environnement professionnel. Ces personnes sont en effet reprises dans les données générales sur les indemnités d'invalidité. Ainsi, la part des nouveaux bénéficiaires (0,3%) est légèrement surestimée (les personnes recevant une compensation pour accident/maladie professionnel(le) pour la première fois en 2005 représentaient moins de 5% du total des nouveaux bénéficiaires d'indemnités d'invalidité). En Hongrie, on observe une situation similaire : une indemnité d'invalidité en cas d'accident – versée la plupart du temps en cas de handicap suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle – est également intégrée dans l'indemnité d'invalidité générale.

Notre hypothèse de base n'est cependant pas tout-à-fait valide étant donné que certains individus peuvent à la fois recevoir des indemnités d'invalidité et des compensations financières suite à un accident ou une maladie professionnel(le). Auquel cas, ils seront comptabilisés à deux reprises dans les statistiques des bénéficiaires. Malheureusement, on dispose de peu d'informations sur le public concerné, mais on suppose que leur nombre est relativement faible et que cela n'affectera pas de manière significative les résultats.

L'analyse des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité par type de maladie met en évidence certaines caractéristiques intéressantes. La plupart des pays proposent une ventilation (complète ou partielle) du nombre total de bénéficiaires selon la Classification Internationale des Maladies (ICD)⁴⁰. Notons que cause et nature du handicap sont deux concepts différents. En effet, une personne peut par exemple être aveugle (la nature de son handicap correspondant au code H54 dans la classification ICD) mais les causes de son handicap

⁴⁰ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes développée par l'OMS (voir le lien suivant pour plus de détails : <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>)

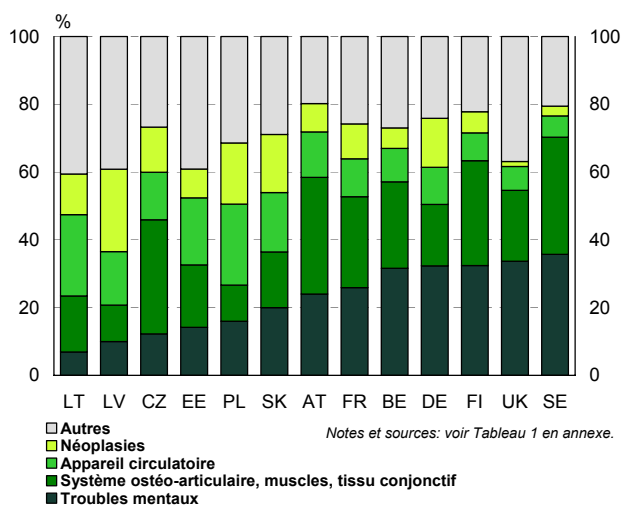
peuvent être très différentes (de naissance, suite à un accident domestique, un accident professionnel, une blessure de guerre etc.).

Dans les quinze pays pour lesquels des données relativement complètes sont disponibles, quatre grands groupes de maladies représentaient entre 60 et 80% des personnes recevant des indemnités d'invalidité en 2005. Celles-ci concernent les troubles mentaux (27,5%), les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (22%), les maladies de l'appareil circulatoire (12%) et les néoplasies (10,5%). A l'autre extrémité de l'échelle, la part des personnes recevant des indemnités d'invalidité à cause d'une déficience congénitale (c'est-à-dire un problème présent à la naissance, qu'il soit génétique ou héréditaire) ne dépassait pas 1% (tableau 1 en annexe).

En Belgique, en Allemagne, en Finlande et au Royaume-Uni, près d'un tiers des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité souffrent de troubles mentaux et du comportement – tels que la schizophrénie ou des troubles mentaux dus par exemple à l'abus d'alcool ou de drogue (figure 4.2). C'est aux Pays-Bas⁴¹ et en Suède que les proportions les plus importantes sont observées (respectivement 38% et 36%).

Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif – telles que l'arthrite ou l'ostéoporose – semblent être particulièrement importantes parmi les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité au Luxembourg (42%), mais aussi en République tchèque, en Autriche et en Suède (près de 34%).

4.2 Bénéficiaires d'indemnité d'invalidité par type de maladie, 2005



En Lituanie et en Pologne, les maladies de l'appareil circulatoire – telles que l'hyper-tension ou l'accident vasculaire cérébral – sont la cause principale du handicap parmi les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité (24% dans les deux cas) ainsi qu'en Estonie (20%). Il est intéressant de noter que la proportion relative à ce type de maladie est généralement plus importante dans les nouveaux Etats Membres que dans les anciens.

Les néoplasies – les cancers et tumeurs en particulier – sont la première cause de handicap en Lettonie, avec un peu plus de 24% des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité en 2005, loin devant la seconde cause de handicap (les maladies de l'appareil circulatoire – 16%). La part

⁴¹ Les Pays-Bas n'apparaissent pas dans la figure 4.2 car les données sur les Néoplasies et Autres ne sont pas disponibles.

des néoplasies est également relativement élevée en Slovaquie et en Pologne (environ 17-18%), mais est en revanche très faible en Suède et au Royaume-Uni (moins de 3%).

Les malformations congénitales (à savoir les déficiences observées avant ou pendant la naissance) touchent moins de 1% des personnes recevant des indemnités d'invalidité dans les onze pays pour lesquels des données sont disponibles, sauf en Lituanie et au Royaume-Uni où la proportion est de 1,5% en 2005.

Une croissance prononcée des troubles mentaux...

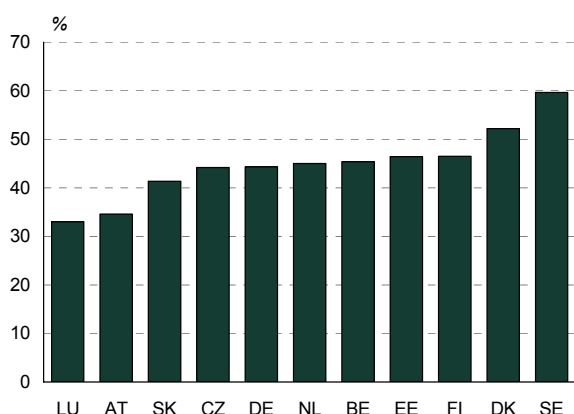
On observe ces dernières années une tendance à la hausse au niveau de la proportion des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité souffrant de troubles mentaux ou du comportement dans l'ensemble des pays sauf en Finlande (où la proportion a légèrement diminué entre 2004 et 2005 – tableau 2 en annexe). En Allemagne et en Autriche, la hausse est plus significative, avec respectivement 14 et 8 points de pourcentage de plus entre 2000 et 2005.

Pour ce qui est des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, deux tendances opposées sont observées en Estonie et au Royaume-Uni, tandis qu'aucun changement sensible n'est à signaler pour les autres pays. Ainsi en Estonie, la part des personnes souffrant de ce type de maladie a augmenté chaque année (de 0,3 à 2,4 points de pourcentage), passant de 12% en 2000 à 18,5% en 2005. En revanche, la proportion correspondante n'a cessé de baisser au Royaume-Uni (bien qu'à un rythme moins rapide), passant de 23,5% en 2000 à 21% en 2005.

Moins de femmes concernées que d'hommes ...

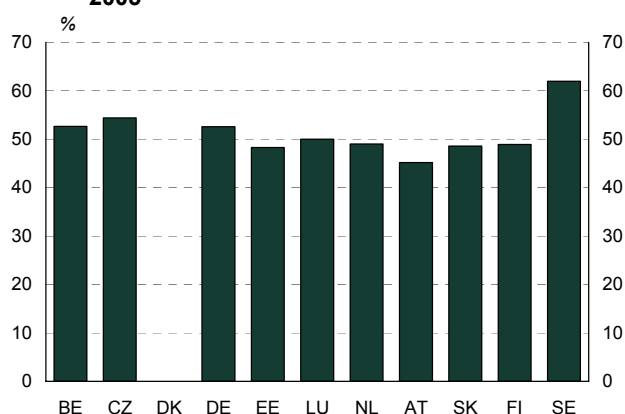
Parmi les personnes recevant des indemnités d'invalidité pour cause de maladie en 2005, les femmes comptaient pour moins de la moitié dans la plupart des pays (généralement entre 40 et 50%). Au Luxembourg et en Autriche, elles représentaient seulement un tiers du total contre 60% en Suède (figure 4.3 et tableau 3 en annexe).

4.3 Proportion de femmes parmi les bénéficiaires d'indemnité d'invalidité, 2005



Sources et notes: voir Tableau 1 en annexe.

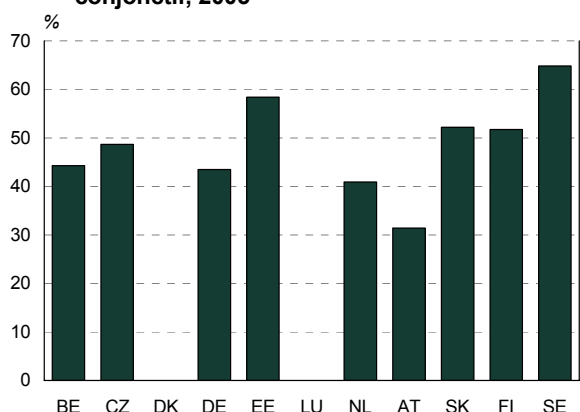
4.3.a Proportion de femmes recevant une indemnité d'invalidité pour cause de troubles mentaux, 2005



Sources et notes: voir Tableau 1 en annexe.

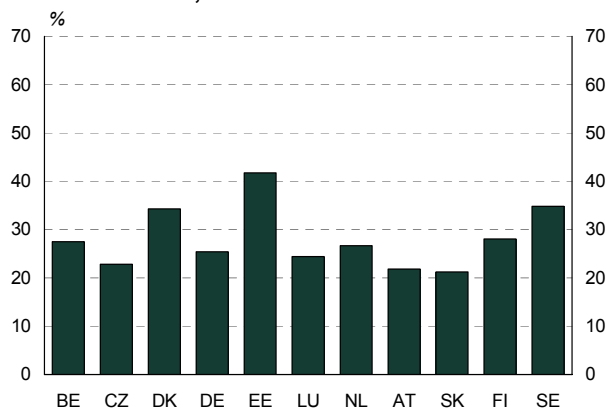
A peu près la moitié des bénéficiaires d'indemnités d'invalidité pour cause de troubles mentaux était des femmes dans les dix pays pour lesquels les données sont ventilées par sexe, sauf en Suède où elles représentaient environ 62% du total en 2005 (figure 4.3.a).

4.3.b Proportion de femmes recevant une indemnité d'invalidité pour cause de maladie du système ostéo-articulaire, musculaire ou du tissu conjonctif, 2005



Sources et notes: voir Tableau 1 en annexe.

4.3.c Proportion de femmes recevant une indemnité d'invalidité pour cause de maladie du système circulatoire, 2005

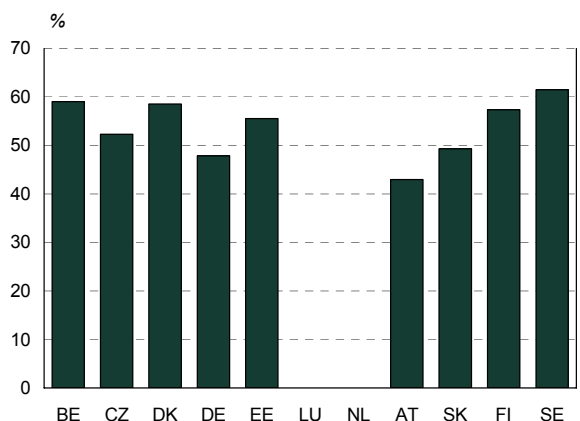


Sources et notes: voir Tableau 1 en annexe.

Moins de 30% des bénéficiaires souffrant de maladies de l'appareil circulatoire sont des femmes, sauf au Danemark et en Suède où la proportion est légèrement plus élevée (environ 34-35%) ainsi qu'en Estonie où elle est la plus importante (presque 42%) (figure 4.3.c).

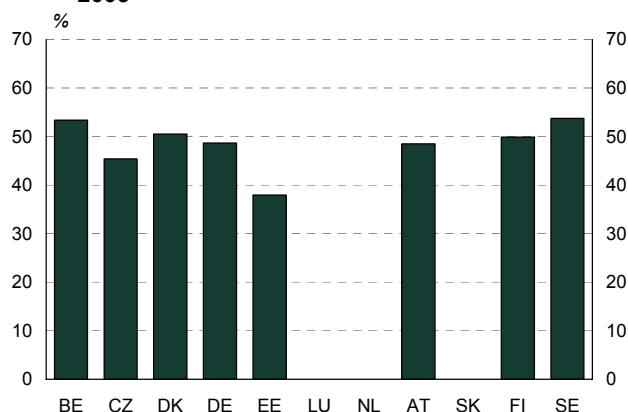
Les données mettent également en évidence le fait que les femmes bénéficiaires souffrant de néoplasie sont plus nombreuses que les hommes en Belgique, en République tchèque, au Danemark, en Estonie, en Finlande et en Suède. Elles représentent néanmoins un peu moins de la moitié de ces bénéficiaires en Slovaquie et en Allemagne et le pourcentage atteint même 43% en Autriche (figure 4.3.d).

4.3.d Proportion de femmes recevant une indemnité d'invalidité pour cause de néoplasie, 2005



Sources et notes: voir Tableau 1 en annexe.

4.3.e Proportion de femmes recevant une indemnité d'invalidité pour cause d'anomalie congénitale, 2005



Sources et notes: voir Tableau 1 en annexe.

2. Les accidents du travail et maladies professionnelles

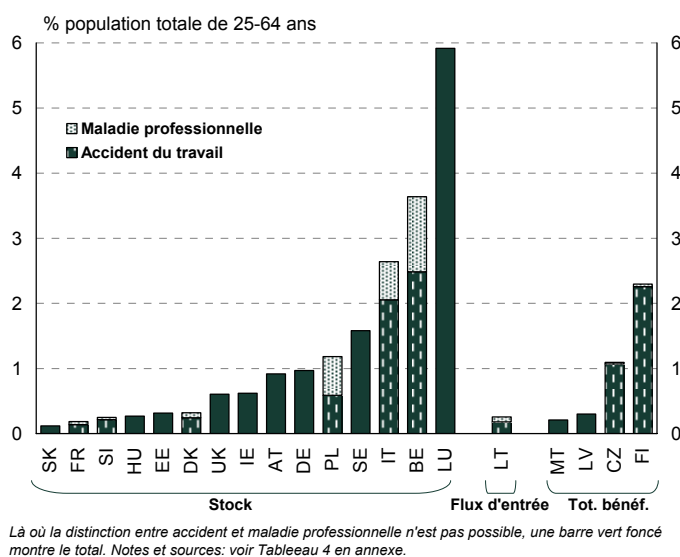
Le handicap peut être dû à des facteurs naturels, mais des déficiences peuvent également être liées à l'environnement professionnel de la personne. Auquel cas elle reçoit une compensation financière pour la perte de revenus engendrée par son incapacité totale (ou partielle) de travail.

Ce type de compensation couvre généralement les accidents du travail (y compris les accidents de trajet) mais aussi les maladies contractées sur le lieu de travail. Les données présentées ici font en principe référence aux cas d'incapacité permanente.

Les autorités publiques peuvent exercer une influence sur les facteurs professionnels conduisant au handicap, par exemple en augmentant et en améliorant les normes de sécurité mises en place sur le lieu de travail et en les contrôlant de manière plus efficace, mais également en améliorant les conditions générales de travail.

En 2005, la proportion des personnes en âge de travailler recevant une compensation car leur handicap est lié à leur travail allait de 0,1% en Slovaquie à près de 6% au Luxembourg (figure 4.4).

4.4 Personnes handicapées recevant une compensation pour accident/maladie professionnel(le), 2005



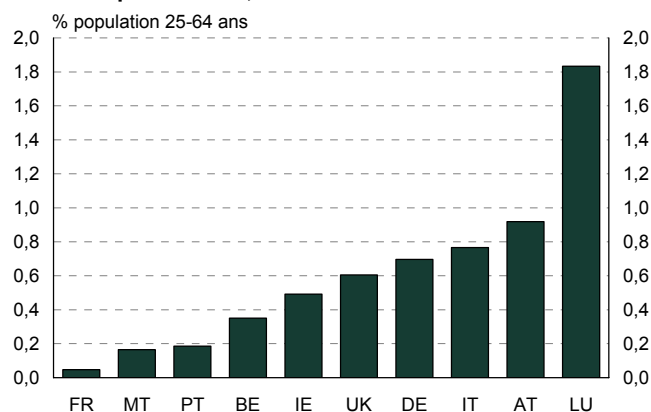
Les résultats montrent que le nombre relatif de travailleurs recevant une allocation suite à un accident du travail est largement supérieur comparé à une maladie professionnelle, sauf en Pologne où les deux chiffres sont très similaires.

L'évolution du nombre relatif de bénéficiaires au cours des dernières années est très différente selon les pays (tableau 4 en annexe). La proportion de personnes handicapées recevant une allocation suite à un accident ou une maladie professionnelle a augmenté entre 2000 et 2005 en Belgique, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie et au Luxembourg tandis que l'inverse était vrai en Allemagne, en Hongrie, à Malte, en Pologne, en Slovaquie, en Suède et au Royaume-Uni. La part est en revanche restée relativement stable au cours des cinq années en question en Irlande, en France et en Autriche.

Comme il a déjà été souligné dans le Chapitre I sur le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires de pensions d'invalidité, la majorité des personnes indemnisées après un accident ou une maladie professionnelle ont un faible taux d'incapacité. En effet, une fois que l'on restreint l'analyse à ceux dont l'incapacité est de 20% ou plus, le nombre de bénéficiaires en 2005 chute à moins de 1% de la population totale âgée entre 25 et 64 ans dans les dix pays pour lesquels les données sont ventilées par niveau d'incapacité, sauf au Luxembourg où la proportion atteignait presque 2% (figure 4.5 et tableau 5 en annexe). En France et en Italie, les chiffres sont probablement surestimés car les données ne sont

disponibles que pour ceux qui ont un taux d'incapacité de plus de 10% et 11% (respectivement).

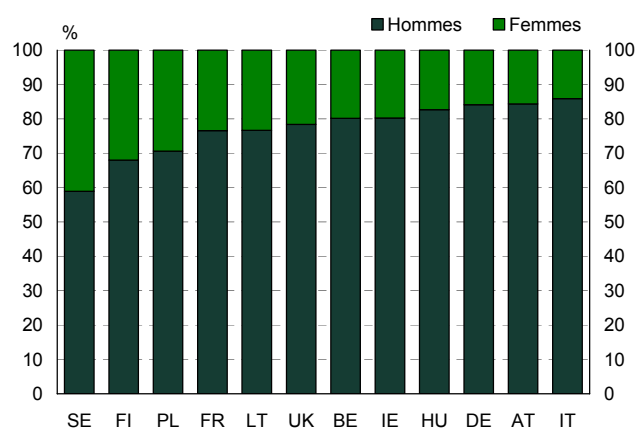
4.5 Personnes handicapées recevant une compensation pour accident/maladie professionnel(le): taux d'incapacité >20%, 2005



Note: FR: Données 2004 correspondant à un taux d'incapacité >10%; PT: Données uniquement sur les maladies professionnelles en 2000; IT: Données 2006 correspondant à un taux d'incapacité >11%. Voir aussi notes (et sources) des Tableaux 4 et 5 en annexe.

La majorité des bénéficiaires sont des hommes, la proportion allant de 60% à 86% au sein de l'Union européenne. Plus de huit bénéficiaires sur dix sont des hommes dans la moitié des pays. Leur proportion atteint 84-86% en Allemagne, en Autriche et en Italie tandis que les taux les plus bas sont observés dans deux pays nordiques – la Suède et la Finlande, avec respectivement 59% et 68% (figure 4.6 et tableau 6 en annexe).

4.6 Personnes handicapées recevant une compensation pour accident/maladie professionnel(le) par sexe, 2005



Notes et sources: voir Tableaux 4 et 6 en annexe.

Cette disparité marquée n'est guère surprenante étant donné que les hommes sont plus nombreux que les femmes à travailler dans des secteurs d'activité où les accidents sont plus probables – tels que la construction ou l'industrie lourde.

Le tableau 7 en annexe montre qu'en 2005, la majorité des personnes recevant une compensation suite à un accident ou une maladie professionnel(le) travaillait dans l'industrie, sauf en Finlande où plus de 57% travaillait dans des activités de services. Au Portugal et au

Royaume-Uni, plus de 82% des bénéficiaires étaient dans l'industrie, tandis que le pourcentage était deux fois moins élevé en Finlande et en Lituanie (respectivement 41% et 45%). Dans ce dernier pays, la proportion des bénéficiaires travaillant dans le secteur primaire (agriculture et pêche) est la plus importante, avec 27% (contre moins de 4% en Pologne, au Portugal et en Finlande).

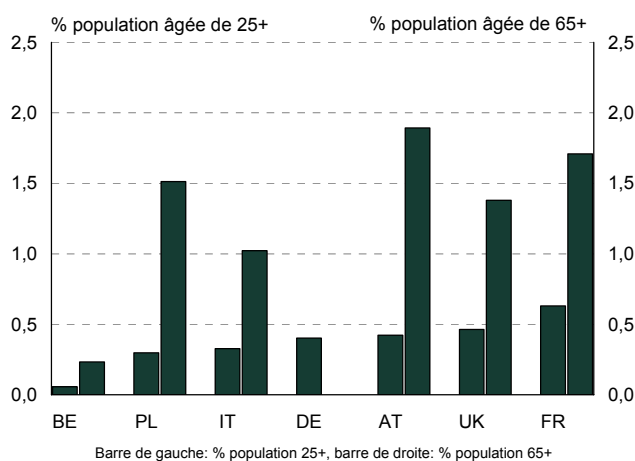
3. Les blessures de guerre

Les blessures de guerre sont une autre cause de handicap. Les allocations versées dans ce cadre sont généralement gérées par un département spécifique au sein de l'organisme général de protection sociale et sont versées afin de dédommager les personnes blessées pendant des conflits armés. Dans certains pays (comme en Allemagne, en Autriche et en France), les blessures résultant du service militaire sont également couvertes. En Suède, une allocation spéciale couverte par l'Assurance pour blessures professionnelles (Work Injury Insurance) est versée aux personnes blessées durant leur service militaire mais elle ne couvre pas les situations de guerre ou les civils blessés pendant la guerre.

Les données ne sont disponibles que pour sept Etats Membres ; ce qui ne signifie pas que les pensions de guerre n'existent pas dans les autres parties de l'Union européenne, mais simplement que l'information n'est pas disponible. Il faut noter que seules les compensations versées aux personnes handicapées sont prises en compte ici et que celles réservées aux veuves et orphelins (en tant que bénéficiaires indirects) sont exclues.

En 2005, moins de 0,5% de la population totale âgée de plus de 25 ans recevait une pension de guerre dans six pays, la part étant légèrement plus élevée dans l'autre pays – la France avec 0,6% (figure 4.7 et tableau 8 en annexe).

4.7 Personnes recevant une pension de guerre, 2005



On estime que tous les bénéficiaires en BE, AT et PL sont âgés de plus de 65 ans. Pour les autres pays (sauf DE), les données sont ventilées par âge. Notes et sources: voir Tableau 8 en annexe

Le nombre relatif de pensionnés de guerre est le plus bas en Belgique, avec moins de 0,1% de la population dans ce groupe d'âge.

Comme l'on pouvait s'y attendre, ces pourcentages augmentent lorsque l'analyse est limitée aux personnes de 65 ans et plus. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus recevant une pension de guerre excède 1%, sauf en Belgique (0,2%). C'est en Autriche et en France que l'on observe les taux les plus importants (presque 2%), probablement parce que

les indemnités versées en cas de blessures lors du service militaire sont également intégrées dans ces pays.

4. Enquêtes nationales et européennes

L'analyse repose sur des données administratives collectées à partir de registres nationaux. Mais des enquêtes de santé nationales menées dans certains Etats Membres peuvent également fournir des informations sur les différentes causes de handicap même si ces résultats sont tributaires du degré d'objectivité des personnes interrogées. Ainsi en Belgique, d'après les résultats de l'enquête de santé 2004 effectuée par téléphone, les causes du handicap sont les suivantes : maladies (37%), trouble congénital (22%), accident domestique/routier/sportif (10%), maladies professionnelles (9%), accidents du travail (16%) et autres (6%). Selon les données administratives collectées en 2005, les origines du handicap parmi les bénéficiaires d'allocations liées à leur handicap sont les maladies (52% – y compris les malformations congénitales et les accidents qui ne sont pas liés au travail), les maladies professionnelles (15%), les accidents du travail (32%) et les blessures de guerre (1%). Le chiffre de 52% concernant ceux dont le handicap est dû à une maladie (y compris congénitale et accidents) est donc à mettre en relation avec le chiffre de 69% de l'enquête de santé. La différence entre les deux vient en partie du fait que le dénominateur, ou les personnes considérées, n'est pas le même, mais également du fait que le nombre de personnes touchées par des déficiences congénitales est très différent selon les deux sources (22% selon l'enquête de santé 2004 contre seulement 0,35% pour les personnes recevant une indemnité d'invalidité à cause d'un problème congénital en 2005).

Un module ad hoc de l'Enquête sur les Forces de Travail (EFT) menée en 2002 et portant sur les problèmes de santé ou de handicap de longue durée propose un autre point de comparaison. Selon cette enquête, près de 19% des 16-64 ans dans l'UE mentionnant un problème de santé ou de handicap de longue durée ont indiqué que celui-ci était causé par des problèmes de dos et de cou, 13% par des problèmes cardiaques ou de pression sanguine, 11,5% par des problèmes de genoux ou de pieds et 9,5% par des problèmes d'ordre mental, nerveux ou émotionnel⁴². Bien que ces résultats ne puissent directement être comparés avec ceux obtenus grâce aux données administratives – notamment parce que le module EFT se concentre sur les différents types de maladies plutôt que sur les causes en tant que telles (facteurs naturels ou accidents, raison professionnelle ou conflits de guerre) – il est intéressant de noter que les types de maladies les plus fréquents parmi les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité dont le handicap est dû à une maladie sont les mêmes que ceux rapportés par le module EFT (à savoir les troubles mentaux, les maladies du système ostéo-articulaire et de l'appareil circulatoire).

5. Discussion méthodologique

Comme il a déjà été souligné plus haut, rassembler des données sur les causes du handicap n'est pas chose facile, en particulier lorsqu'il s'agit d'assurer la comparabilité des résultats entre les pays. Il est dès lors important de tenir compte des notes détaillées qui accompagnent chaque tableau avant d'analyser les données.

Les résultats doivent être interprétés avec précaution, en gardant à l'esprit les points suivants :

⁴² Voir le rapport « Men and women with disabilities in the EU: Statistical analysis of the LFS ad hoc module and the EU-SILC », par Applica, CESEP & Alphametrics, avril 2007.

- La classification par type de maladie ne fait pas systématiquement référence au nombre de bénéficiaires d'indemnités d'invalidité. Ainsi dans le cas de la Lettonie, de la Lituanie et du Luxembourg, les données portent sur les nouveaux cas reconnus de handicap. On pose comme hypothèse que pour chacun de ces cas, une allocation est payée.

- Etant donné le problème de double comptage qui peut se poser au niveau des bénéficiaires des trois principaux types d'indemnités (indemnités d'invalidité générales, compensation pour raisons professionnelles et pensions de guerre), il est conseillé de considérer chaque cause de handicap indépendamment l'une de l'autre.

- Le taux minimum de handicap requis pour être éligible à une allocation varie d'un pays à l'autre. Ainsi, une victime d'accident du travail recevra par exemple une compensation dans un pays mais peut-être pas dans un autre, même à taux d'incapacité égal.

- Certaines données sont des stocks (nombre total recevant une allocation à un moment donné) ou correspondent au nombre total de bénéficiaires (recevant une allocation au cours de l'année étudiée), tandis que d'autres sont des flux d'entrée (nombre recevant une allocation pour la première fois au cours de l'année). En termes de ventilation (par exemple par type de maladies ou par sexe), on estime que les résultats obtenus à partir de ces trois méthodes différentes sont comparables (il n'y a aucune raison pour qu'ils ne le soient pas).

L'analyse ne peut malheureusement être présentée pour l'ensemble des Etats Membres à cause du manque de données. Dans certains pays, les informations requises ne sont pas publiées sur Internet et les nombreuses tentatives pour obtenir une réponse de la part des institutions responsables se sont avérées infructueuses. En outre, le taux de couverture est également limité car, comme il a été souligné plus haut, les données collectées via les registres nationaux ne couvrent que les bénéficiaires d'allocations liées au handicap, et une analyse des origines du handicap sur la population de l'UE dans son ensemble est donc impossible pour le moment (ou dans un futur proche). En dehors de ces limitations, les données présentées ici sont considérées comme relativement fiables, étant donné qu'elles proviennent de fichiers administratifs, et durables car la plupart des données sont mises à jour chaque année. Pour ce qui est de la comparabilité entre pays, elle serait nettement accrue si les administrations nationales commençaient à collecter et publier de manière régulière à la fois des données de stock et de flux. Néanmoins, étant donné que la gestion des pensions d'invalidité varie selon les pays et que le degré de handicap permettant de recevoir des allocations est aussi différent, la question de la comparabilité entre pays restera toujours problématique jusqu'à ce qu'il y ait une certaine standardisation des systèmes de protection sociale dans ce domaine, ce qui, bien entendu, n'est guère à l'ordre du jour pour le moment.

ANNEXES

Table 1 People with disabilities receiving a disability pension by type of disease, 2005

| Nature of the data | BE | CZ | DK | DE | EE | FR | LV | LT | LU | NL | AT | PL | SK | FI | SE | UK | EU |
|--|----------------|---------------|---------------|----------------|---------------|------------|--------------|---------------|--------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------------------|------------|
| | end-year | inflow | inflow | inflow | inflow | - | inflow | inflow | inflow | end-year | inflow | inflow | inflow | inflow | inflow | end-year | - |
| Total number | 225 951 | 46 184 | 14 594 | 163 905 | 11 539 | : | 9 818 | 22 321 | 2 537 | 899 310 | 30 880 | 64 438 | 12 424 | 27 316 | 60 308 | 1 592 850 | - |
| Mental disorders | 71 444 | 5 660 | 118 | 52 974 | 1 634 | : | 979 | 1 535 | 289 | 342 270 | 7 403 | 10 281 | 2 485 | 8 857 | 21 523 | 536 420 | - |
| Diseases of musculoskeletal system & connective tissue | 57 645 | 15 537 | : | 29 698 | 2 127 | : | 1 058 | 3 693 | 1 074 | 247 300 | 10 644 | 6 887 | 2 040 | 8 452 | 20 875 | 333 000 | - |
| Diseases of the circulatory system | 22 214 | 6 492 | 1 163 | 18 015 | 2 284 | : | 1 548 | 5 352 | 213 | 48 620 | 4 140 | 15 415 | 2 175 | 2 239 | 3 787 | 112 170 | - |
| Neoplasms | 13 715 | 6 144 | 1 098 | 23 681 | 980 | : | 2 389 | 2 683 | : | : | 2 574 | 11 616 | 2 134 | 1 702 | 1 744 | 23 900 | - |
| Congenital disorder | 1 514 | 218 | 97 | 779 | 108 | : | : | 339 | 0 | : | 101 | : | : | 248 | 201 | 23 170 | - |
| Other | 59 419 | 12 133 | : | 38 758 | 4 406 | : | : | 8 717 | : | : | 6 018 | : | : | 5 818 | 12 178 | 564 190 | - |
| Percentage | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Mental disorders | 31,6 | 12,3 | 0,8 | 32,3 | 14,2 | 25,9 | 10,0 | 6,9 | 11,4 | 38,1 | 24,0 | 16,0 | 20,0 | 32,4 | 35,7 | 33,7 | 27,6 |
| Diseases of musculoskeletal system & connective tissue | 25,5 | 33,6 | : | 18,1 | 18,4 | 26,8 | 10,8 | 16,5 | 42,3 | 27,5 | 34,5 | 10,7 | 16,4 | 30,9 | 34,6 | 20,9 | 21,7 |
| Diseases of the circulatory system | 9,8 | 14,1 | 8,0 | 11,0 | 19,8 | 11,2 | 15,8 | 24,0 | 8,4 | 5,4 | 13,4 | 23,9 | 17,5 | 8,2 | 6,3 | 7,0 | 11,8 |
| Neoplasms | 6,1 | 13,3 | 7,5 | 14,4 | 8,5 | 10,3 | 24,3 | 12,0 | : | : | 8,3 | 18,0 | 17,2 | 6,2 | 2,9 | 1,5 | 10,5 |
| Congenital disorder | 0,7 | 0,5 | 0,7 | 0,5 | 0,9 | : | : | 1,5 | 0,0 | : | 0,3 | : | : | 0,9 | 0,3 | 1,5 | 0,8 |
| Other | 26,3 | 26,3 | : | 23,6 | 38,2 | : | : | 39,1 | : | : | 19,5 | : | : | 21,3 | 20,2 | 35,4 | 27,6 |
| Population share (% of 25-64) | 4,0 | 0,8 | 0,5 | 0,4 | 1,6 | : | 0,8 | 1,2 | 1,0 | 9,9 | 0,7 | 0,3 | 0,4 | 1,0 | 1,3 | 5,0 | - |
| Mental disorders | 1,3 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | : | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 3,8 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,5 | 1,7 | - |
| Diseases of musculoskeletal system & connective tissue | 1,0 | 0,3 | : | 0,1 | 0,3 | : | 0,1 | 0,2 | : | 2,7 | 0,2 | 0,0 | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 1,0 | - |
| Diseases of the circulatory system | 0,4 | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | : | 0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,5 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,4 | - |
| Neoplasms | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | : | 0,2 | 0,1 | : | : | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | - |
| Congenital disorder | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | : | : | 0,0 | : | : | 0,0 | : | : | 0,0 | 0,0 | 0,1 | - |
| Other | 1,1 | 0,2 | : | 0,1 | 0,6 | : | : | 0,5 | : | : | 0,1 | : | : | 0,2 | 0,3 | 1,8 | - |

Notes & sources:

BE: Number of persons receiving an allowance for permanent invalidity (incapacity period >1 year) by type of disease (ICD-10). Data cover all age groups, but persons aged 65+ or <25 are a minority (respectively 0.4% and 0.2% of the total in 2005). Source: INAMI.

CZ: Newly granted Invalidity Benefits (partial + full invalidity) by type of disease (ICD-10). Data cover all age groups, but persons aged <25 or 65+ are a minority (respectively 4.53% and 0.006% of the total in 2005). Source: UZIS.

DK: Newly granted Anticipatory Pension Scheme. Mental disorder refers to "social diagnosis" and congenital disorder refers to "genetic pathologies". Data cover those aged <65. Source: Statistics Denmark.

DE: New pensions due to reduced working capacity by type of disease (ICD). Data cover those aged <65. Source: Deutsche Rentenversicherung.

EE: Number of persons declared Incapable for work for the first time by type of disease (ICD-10). Data cover all age groups, but persons aged 63+ are a minority (4.8% of the total in 2005) and those <25 account for 11.1%.

Source: Statistical Office of Estonia.

FR: Percentages refer to results of a study on Invalidity Pensions published by CNAM-TS in 2001. These data only cover pensions of 1st category (people assumed to be able to exercise a remunerated activity - mainly a part-time activity). They represent about 28% of all beneficiaries. Source: CNAM-TS.

LV: Number of new cases of disability, by diagnosis (partial ICD-10). Data cover those aged 16+. Those aged 60+ represent 17.6% of the total. Source: Central Statistical Bureau of Latvia.

LT: New cases of disability by type of disease (partial ICD). Only the total number was available for 2005. The breakdown by type of disease was estimated based on the 2004 and 2003 breakdowns. Congenital anomalies data for 2005 are estimated based on the 2004 and 2003 shares. Data cover disabled people of working-age. Source: Lithuanian Health Information Centre.

LU: Number of persons recognised as invalids (partial ICD-10). Data cover those aged <65. Source: STATEC.

NL: Disabling benefits by type of diagnosis (partial ICD-10). Data include partial disablement (<80%) + complete disablement (>80%), and cover those aged 15-64. Source: Statistics Netherlands (Statline - CBS)

AT: Number of new recipients of Pension insurance due to reduced working capability/incapacity to work (partial ICD-10). Data include those aged 65+ (in 2005, 47.1% of the total were aged <65).

Source: Hauptverband, Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006.

PL: First positive decisions following requests for Disability pensions resulting from an inability to work (FUS) (partial ICD-10). Data cover all age groups, but persons aged 65+ are a minority (3.4% of the total in 2005).

Data also cover those receiving a Disability pension because of a work accident/disease (no separate scheme exists for this type of compensation). Source: ZUS.

SK: Number of newly granted Disability Pensions by type of disease (partial ICD). Data refer to partial and full incapacity (reduced ability of <70% and >70%). Data cover those up to 62 year-old. Source: Social Insurance Company.

FI: New recipients of Disability Pensions resident in Finland, by main diagnosis (ICD-10). Data cover those aged 16-64. Source: Finnish Centre for Pensions (ETK).

SE: New Sickness/Activity Compensations by main diagnosis group (partial ICD-10). Data cover those aged 18-64. Source: Försäkringskassan (Swedish Social Insurance Agency).

UK: Incapacity Benefit and SDA recipients, by type of disease (ICD-10). Data cover 16+, but persons aged 65+ are a minority (0.001% of the total in 2006). Source: DWP.

Table 2 People with disabilities receiving a disability pension by type of disease, 2000-2005

| | BE | CZ | DK | DE | EE | LT | LU | NL | AT | FI | SE | UK |
|--|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|--|---------------|-----------------|
| <i>Nature of the data</i> | <i>end-year</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>end-year</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>end-year</i> |
| Total | | | | | | | | | | <i>% population aged 25-64</i> | | |
| 2005 | 4,0 | 0,8 | 0,5 | 0,4 | 1,6 | 1,2 | 1,0 | 9,9 | 0,7 | 1,0 | 1,3 | 5,0 |
| 2004 | 4,0 | 0,9 | 0,5 | 0,4 | 1,5 | 1,2 | 1,1 | 10,6 | 0,7 | 1,0 | 1,5 | 5,2 |
| 2003 | 3,9 | 0,8 | 0,5 | 0,4 | 1,4 | 1,2 | 1,0 | 10,9 | 0,5 | : | : | 5,3 |
| 2002 | 3,8 | 0,8 | 0,6 | 0,4 | 1,3 | 1,1 | 0,7 | 11,0 | 0,5 | : | : | 5,3 |
| 2001 | 3,7 | : | 0,4 | 0,4 | 1,4 | 1,0 | 0,6 | 11,0 | 0,5 | : | : | 5,4 |
| 2000 | 3,7 | : | 0,5 | 0,5 | 1,2 | 1,0 | 0,7 | 10,8 | 0,8 | : | : | 5,5 |
| Mental disorders | | | | | | | | | | <i>% total number receiving a disability pension</i> | | |
| 2005 | 31,6 | 12,3 | : | 32,3 | 14,2 | 6,9 | 8,4 | 38,1 | 24,0 | 32,4 | 35,7 | 33,7 |
| 2004 | 31,2 | 11,8 | : | 31,1 | 13,0 | 6,5 | 6,9 | 37,3 | 23,3 | 33,3 | 32,9 | 32,8 |
| 2003 | 30,8 | 11,2 | : | 29,1 | 12,8 | 7,2 | 9,0 | 36,7 | 21,8 | : | : | 31,6 |
| 2002 | 30,3 | 11,1 | : | 28,3 | 11,6 | : | 8,8 | 36,0 | 21,9 | : | : | 30,2 |
| 2001 | 29,5 | : | : | 26,0 | 11,8 | : | 9,8 | 34,9 | 21,1 | : | : | 29,1 |
| 2000 | 28,8 | : | : | 18,2 | 12,7 | : | 7,7 | 33,3 | 16,2 | : | : | 28,0 |
| Diseases of the musculoskeletal system & connective tissue | | | | | | | | | | <i>% total number receiving a disability pension</i> | | |
| 2005 | 25,5 | 33,6 | : | 18,1 | 18,4 | 16,5 | : | 27,5 | 34,5 | 30,9 | 34,6 | 20,9 |
| 2004 | 25,5 | 35,9 | : | 18,7 | 17,4 | 16,9 | : | 28,2 | 37,1 | 30,2 | 36,9 | 21,5 |
| 2003 | 25,5 | 36,0 | : | 20,1 | 16,3 | 16,2 | : | 28,9 | 36,8 | : | : | 22,1 |
| 2002 | 25,4 | 34,6 | : | 22,1 | 15,9 | : | : | 29,2 | 35,2 | : | : | 22,9 |
| 2001 | 25,3 | : | : | 23,2 | 14,7 | : | : | 29,0 | 34,9 | : | : | 23,1 |
| 2000 | 25,3 | : | : | 17,1 | 12,3 | : | : | 28,7 | 44,6 | : | : | 23,4 |
| Diseases of the circulatory system | | | | | | | | | | <i>% total number receiving a disability pension</i> | | |
| 2005 | 9,8 | 14,1 | 8,0 | 11,0 | 19,8 | 24,0 | 8,4 | 5,4 | 13,4 | 8,2 | 6,3 | 7,0 |
| 2004 | 10,1 | 14,0 | 8,9 | 11,4 | 19,7 | 24,6 | 9,0 | 5,5 | 12,9 | 8,6 | 6,5 | 6,9 |
| 2003 | 10,5 | 14,2 | 8,6 | 12,3 | 21,5 | 23,3 | 10,6 | 5,5 | 12,5 | : | : | 7,3 |
| 2002 | 10,9 | 14,1 | 7,7 | 12,4 | 19,3 | : | 12,0 | 5,5 | 13,1 | : | : | 8,4 |
| 2001 | 11,5 | : | 9,4 | 12,2 | 20,2 | : | 10,6 | 5,5 | 12,8 | : | : | 8,9 |
| 2000 | 11,9 | : | 9,0 | 9,0 | 22,8 | : | 13,0 | 5,5 | 12,2 | : | : | 9,3 |
| Neoplasms | | | | | | | | | | <i>% total number receiving a disability pension</i> | | |
| 2005 | 6,1 | 13,3 | 7,5 | 14,4 | 8,5 | 12,0 | : | : | 8,3 | 6,2 | 2,9 | 1,5 |
| 2004 | 5,9 | 12,7 | 7,3 | 14,7 | 8,9 | 12,2 | : | : | 7,6 | 6,2 | 2,8 | 1,5 |
| 2003 | 5,8 | 12,2 | 6,9 | 14,6 | 8,6 | 11,9 | : | : | 8,9 | : | : | 1,4 |
| 2002 | 5,6 | 11,8 | 7,2 | 13,7 | 10,0 | : | : | : | 9,4 | : | : | 1,4 |
| 2001 | 5,6 | : | 9,0 | 12,6 | 10,3 | : | : | : | 9,3 | : | : | 1,4 |
| 2000 | 5,5 | : | 8,9 | 10,0 | 12,2 | : | : | : | 7,1 | : | : | 1,3 |
| Congenital disorder | | | | | | | | | | <i>% total number receiving a disability pension</i> | | |
| 2005 | 0,7 | 0,5 | 0,7 | 0,5 | 0,9 | 1,5 | 0,0 | : | 0,3 | 0,9 | 0,3 | 1,5 |
| 2004 | 0,7 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,9 | 1,5 | 0,1 | : | 0,4 | 0,8 | 0,3 | 1,4 |
| 2003 | 0,7 | 0,5 | 0,7 | 0,4 | 1,0 | 1,5 | 0,0 | : | 0,3 | : | : | 1,4 |
| 2002 | 0,7 | 0,5 | 0,7 | 0,4 | 1,1 | 1,7 | 0,2 | : | 0,3 | : | : | 1,3 |
| 2001 | 0,7 | : | 0,7 | 0,4 | 1,0 | 2,0 | 0,2 | : | 0,4 | : | : | 1,4 |
| 2000 | 0,7 | : | 0,9 | 0,2 | 1,0 | 2,2 | 0,2 | : | 0,4 | : | : | 1,4 |

Notes & sources: see Table 1.

Table 3 People with disabilities receiving a disability pension by type of disease and by sex, 2005

| % | | BE | CZ | DK | DE | EE | LU | NL | AT | SK | FI | SE |
|--|-------|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|---------------|
| <i>Nature of the data</i> | | <i>end-year</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>end-year</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>end-year</i> | <i>inflow</i> |
| Total | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Men | 54,6 | 55,8 | 47,8 | 55,7 | 53,6 | 67,0 | 55,0 | 65,4 | 58,6 | 53,5 | 40,4 |
| | Women | 45,4 | 44,2 | 52,2 | 44,3 | 46,4 | 33,0 | 45,0 | 34,6 | 41,4 | 46,5 | 59,6 |
| Mental disorders | | 100,0 | 100,0 | : | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Men | 47,4 | 45,6 | : | 47,4 | 51,7 | 50,0 | 51,0 | 54,8 | 51,4 | 51,1 | 38,0 |
| | Women | 52,6 | 54,4 | : | 52,6 | 48,3 | 50,0 | 49,0 | 45,2 | 48,6 | 48,9 | 62,0 |
| Diseases of the musculoskeletal system & connective tissue | | 100,0 | 100,0 | : | 100,0 | 100,0 | : | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Men | 55,7 | 51,3 | : | 56,5 | 41,6 | : | 59,1 | 68,6 | 47,8 | 48,2 | 35,2 |
| | Women | 44,3 | 48,7 | : | 43,5 | 58,4 | : | 40,9 | 31,4 | 52,2 | 51,8 | 64,8 |
| Diseases of the circulatory system | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Men | 72,5 | 77,2 | 65,7 | 74,6 | 58,3 | 75,6 | 73,3 | 78,2 | 78,8 | 72,0 | 65,2 |
| | Women | 27,5 | 22,8 | 34,3 | 25,4 | 41,7 | 24,4 | 26,7 | 21,8 | 21,2 | 28,0 | 34,8 |
| Neoplasms | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | : | : | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Men | 41,0 | 47,7 | 41,4 | 52,1 | 44,5 | : | : | 57,0 | 50,7 | 42,6 | 38,5 |
| | Women | 59,0 | 52,3 | 58,6 | 47,9 | 55,5 | : | : | 43,0 | 49,3 | 57,4 | 61,5 |
| Congenital disorder | | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | : | 100,0 | : | 100,0 | 100,0 |
| | Men | 46,6 | 54,6 | 49,5 | 51,3 | 62,0 | 0,0 | : | 51,5 | : | 50,1 | 46,3 |
| | Women | 53,4 | 45,4 | 50,5 | 48,7 | 38,0 | 0,0 | : | 48,5 | : | 49,9 | 53,7 |

Notes & sources: see Table 1.

Table 4 Number of people with disabilities receiving Occupational accident/disease pension, 2000-2005

| Total number | BE | CZ | DK | DE | EE | IE | FR | IT | LV | LT | LU | HU | MT | AT | PL | PT | SI | SK | FI | SE | UK |
|-----------------------------------|----------|--------|--------|---------|-------|----------|----------|----------|-------|--------|----------|------------|-------|----------|----------|----------|----------|--------|--------|----------|----------|
| Nature of the data | end-year | total | stock | stock | stock | end-year | end-year | end-year | total | inflow | end-year | start-year | total | end-year | end-year | end-year | end-year | stock | total | end-year | end-year |
| 2005 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 203 395 | 64 508 | 9 537 | 441 658 | 2 216 | 13 383 | 59 543 | 864 316 | 3 674 | 4 599 | 14 943 | 15 040 | 459 | 41 901 | 242 200 | : | 2 827 | 3 509 | 65 241 | 75 483 | 192 120 |
| Work accident | 139 022 | 63 074 | 7 272 | : | : | : | 44 735 | 672 205 | : | 3 219 | : | : | : | : | 120 400 | : | 2 432 | : | 64 084 | : | : |
| Occupational disease | 64 373 | 1 434 | 2 265 | : | : | : | 14 808 | 192 111 | : | 1 380 | : | : | : | : | 121 800 | : | 395 | : | 1 157 | : | : |
| 2004 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 196 717 | 72 827 | 7 574 | 460 914 | 1 745 | 13 077 | 59 543 | : | 2 921 | 3 514 | 14 564 | 15 737 | 563 | 40 895 | 247 800 | : | : | 4 460 | 60 342 | 79 056 | 197 210 |
| Work accident | 130 789 | 71 594 | 5 512 | : | : | : | 44 735 | : | : | 2 575 | : | : | : | : | 123 800 | : | : | : | 59 469 | : | : |
| Occupational disease | 65 928 | 1 233 | 2 062 | : | : | : | 14 808 | : | : | 939 | : | : | : | : | 124 000 | : | : | : | 873 | : | : |
| 2003 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 193 507 | 69 282 | 10 225 | 479 896 | 1 646 | 12 719 | 59 551 | : | 2 159 | 3 355 | 14 607 | 15 916 | 599 | 40 594 | 251 200 | : | : | 10 607 | 61 376 | 82 439 | 201 740 |
| Work accident | 126 203 | 67 715 | 7 573 | : | : | : | 45 369 | : | : | 2 547 | : | : | : | : | 125 900 | : | : | : | 60 522 | : | : |
| Occupational disease | 67 304 | 1 567 | 2 652 | : | : | : | 14 182 | : | : | 808 | : | : | : | : | 125 300 | : | : | : | 854 | : | : |
| 2002 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 187 668 | : | 7 921 | 495 384 | 1 553 | 12 440 | 58 583 | : | 1 527 | 3 292 | 13 634 | 16 367 | 608 | 40 286 | 259 500 | : | : | 11 028 | 64 168 | 83 671 | 205 745 |
| Work accident | 119 800 | : | 5 967 | : | : | : | 46 118 | : | : | 2 491 | : | : | : | : | 129 700 | : | : | : | 63 287 | : | : |
| Occupational disease | 67 868 | 1 600 | 1 954 | : | : | : | 12 465 | : | : | 801 | : | : | : | : | 129 800 | : | : | : | 881 | : | : |
| 2001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 181 885 | : | 8 435 | 508 593 | 1 386 | 12 091 | 51 507 | : | 1 121 | : | 13 348 | 16 307 | 570 | 40 369 | 264 700 | : | : | 12 841 | 65 272 | 93 800 | : |
| Work accident | 118 186 | : | 6 383 | : | : | : | 42 343 | : | : | : | : | : | : | : | 132 700 | : | : | : | 64 354 | : | : |
| Occupational disease | 63 699 | 1 677 | 2 052 | : | : | : | 9 164 | : | : | 570 | : | : | : | : | 132 000 | : | : | : | 918 | : | : |
| 2000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | 176 753 | : | 8 568 | : | 1 111 | 11 753 | : | : | 556 | : | 12 638 | 16 860 | 479 | 40 906 | 267 900 | : | : | 13 025 | 64 912 | 90 170 | : |
| Work accident | 112 456 | : | 6 115 | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | : | 135 200 | : | : | : | 63 891 | : | : |
| Occupational disease | 64 297 | 1 751 | 2 453 | : | : | : | : | : | : | 572 | : | : | : | : | 132 700 | 19 411 | : | : | 1 021 | : | : |
| Population share (% 25-64) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2005 | 3,64 | 1,09 | 0,32 | 0,97 | 0,31 | 0,62 | 0,18 | 2,64 | 0,30 | 0,26 | 5,92 | 0,27 | 0,21 | 0,92 | 1,18 | : | 0,25 | 0,12 | 2,30 | 1,58 | 0,60 |
| 2004 | 3,54 | 1,25 | 0,25 | 1,00 | 0,25 | 0,62 | 0,18 | : | 0,24 | 0,20 | 5,79 | 0,28 | 0,26 | 0,90 | 1,22 | : | : | 0,15 | 2,13 | 1,66 | 0,62 |
| 2003 | 3,49 | 1,20 | 0,34 | 1,04 | 0,23 | 0,62 | 0,19 | : | 0,17 | 0,19 | 5,85 | 0,29 | 0,28 | 0,90 | 1,25 | : | : | 0,37 | 2,17 | 1,74 | 0,64 |
| 2002 | 3,40 | : | 0,27 | 1,07 | 0,22 | 0,62 | 0,18 | : | 0,12 | 0,18 | 5,51 | 0,30 | 0,29 | 0,89 | 1,30 | : | : | 0,39 | 2,27 | 1,77 | 0,65 |
| 2001 | 3,32 | : | 0,29 | 1,09 | 0,19 | 0,62 | 0,16 | : | 0,09 | : | 5,46 | 0,30 | 0,28 | 0,90 | 1,34 | : | : | 0,46 | 2,32 | 2,00 | : |
| 2000 | 3,23 | : | 0,29 | : | 0,15 | 0,62 | : | : | 0,04 | : | 5,25 | 0,31 | 0,24 | 0,92 | 1,35 | : | : | 0,47 | 2,32 | 1,93 | : |

Notes & sources:

BE: Work accident allowance (perm. incapacity) + Work accident annuities + Occup. disease allowance (perm. incapacity; data only cover the private sector). Sources: Fonds des accidents du travail, Fonds des maladies professionnelles.

CZ: Total number of recipients of Compensation due to occupational accident/disease during the year. Source: Czech Statistical Office.

DK: Accidents at work/Occupational diseases giving rise to a compensation. Source: Statistics Denmark.

DE: Work accident/illness pensions (<65) + Occupational accidents/diseases in the public sector (incl. 65+). Sources: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften; Bundesverband der Unfallkassen.

EE: Compensation for Occupational accidents/diseases. Source: Ministry of Social Affairs.

IE: Disablement Pensions + Occupational Injury Benefits. Source: Department of Social and Family Affairs (DSFA).

FR: Work Accidents with permanent incapacity + Occupational diseases with permanent incapacity. 2005 data in fact refer to year 2004. Sources: Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés; DARES.

IT: Benefits for Work-related accidents/diseases. Data only relate to direct recipients (victims) in 2006. Data for previous years are available but include survivor's benefit (direct + indirect). Sources: ISTAT, Inail.

LV: Annual number of people receiving an Indemnity against loss of working capacity due to Occupational accidents/diseases. Source: Ministry of Welfare.

LT: Compensatory wages after Work accidents + New cases of Occupational diseases. Data include temporary and permanent incapacity (no breakdown available). Source: Statistics Lithuania.

LU: Number of annuities paid for Occupational accidents/diseases. Source: Ministère de la sécurité sociale.

HU: Number of Accident Annuities recipients (January). These annuities cover persons whose working capacity is reduced by >15% as a result of an occupational accident/disease but who is not eligible to accident-related disability pension (awarded in case of a disability caused mostly by work accidents or occupational diseases; figures are included in the Disability pension data). Source: Central Administration of National Pension Insurance (ONYF).

MT: Number of registered beneficiaries of Injury Grants (incapacity rate: 1-19%) and Injury Pensions (incapacity rate: 20-89%). Source: Ministry for the Family and Social Solidarity.

AT: Accidents Insurance Pensions. Data relate to persons aged <60. Source: Hauptverband, Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung.

PL: Disability pensions resulting from Occup. accidents/diseases paid by FUS (data incl. in Disability pension data as no separate scheme exists for this type of compensation). Sources: ZUS (Social insurance institute); GUS (Central Statistical Office).

PT: Beneficiaries of a Pension due to an Occupational disease (permanent incapacity). Data only available for year 2000. Source: Instituto de Seguranca Social.

SI: Number of workers with disabilities. Source: Pension and Disability Insurance Institute.

SK: Compensated Industrial Injuries and Occupational Diseases. Source: Statistical Office of the Slovak Republic.

FI: Total number of paid cases of Occupational accidents/diseases each year (persons aged <65, excl. entrepreneurs & farmers). Data only include cases where lost calendar days are >4 (see Table 5). A change in the Finnish public medical care relating to insurance system in year 2005 limits comparability of information to earlier years. Because of this change, the number of cases in 2005 is +/- 10% bigger compared to earlier years. Source: TVL.

SE: Recipients of Work Injury Annuities (LAF+YFL). Data refer to persons aged <65. Source: Försäkringskassan (Swedish Social Insurance Agency).

UK: Industrial Injuries Disablement Benefit (IIB) and Reduced Working Earnings Allowance (REA) in payment. Data refer to persons aged <65. Source: Department for Works and Pensions.

Table 5 Number of people with disabilities receiving Occupational accident/disease pension by incapacity rate, 2005

| Total number | BE | DE | IE | FR | IT | LU | MT | AT | PT | UK |
|---|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <i>Nature of the data</i> | <i>end-year</i> | <i>stock</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>total</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> |
| <20% | 183 763 | 18 641 | 1 835 | 44 380 | 613 950 | 10 312 | 98 | 0 | 8 721 | 0 |
| 20-50% | 14 874 | 281 821 | 9 247 | 15 163 | 214 112 | 3 939 | 361 | 37 211 | 6 641 | 192 120 |
| 50-100% | 4 758 | 35 085 | 1 393 | | 36 254 | 692 | | 4 690 | 4 049 | |
| Percentage | | | | | | | | | | |
| <20% | 90,3 | 5,6 | 14,7 | 74,5 | 71,0 | 69,0 | 21,4 | 0,0 | 44,9 | 0,0 |
| 20-50% | 7,3 | 84,0 | 74,1 | 25,5 | 24,8 | 26,4 | 78,6 | 88,8 | 34,2 | 100,0 |
| 50-100% | 2,3 | 10,5 | 11,2 | | 4,2 | 4,6 | | 11,2 | 20,9 | |
| with IR >20% (share of pop. aged 25-64) | 0,4 | 0,7 | 0,5 | 0,0 | 0,8 | 1,8 | 0,2 | 0,9 | 0,2 | 0,6 |

Notes & sources: see also Table 4.

"IR": incapacity rate.

BE: Work accidents: 20-50% in fact covers incapacity rate of 20-66%, and 50-100% covers incapacity rate of over 66%.

CZ: Breakdown not available, but minimum incapacity level required: 33%.

DK: Breakdown not available, but minimum incapacity level required: 15%.

DE: Data only refer to Work accident/illness pensions (<65 years); pensions provided in the public sector are not covered here.

EE: Breakdown not available, but minimum incapacity level required: 10%.

IE: Data only refer to Disablement Pensions.

FR: Data refer to year 2004 and correspond to incapacity rate below and over 10%.

IT: Data refer to year 2006 and correspond to incapacity rate of 11-33%, 34-66% and 67% and over.

LV: Breakdown not available, but minimum incapacity level required: 10%.

LT: Breakdown not available, no minimum incapacity level required.

HU: Breakdown not available, but minimum incapacity level required: 15%.

MT: Number of registered beneficiaries of Injury Grants (incapacity rate: 1-19%) and Injury Pensions (incapacity rate: 20-89%).

AT: Minimum incapacity level required: 20%.

PL: Minimum incapacity level required: to be partially incapable of work (PIW).

PT: Data refer to year 2000. No minimum incapacity level required.

SK: Breakdown not available, but minimum incapacity level required: 10%.

FI: Fatal cases (186), permanent incapacity (216) and data according to the number of calendar days lost: 181-360 days (1,227), 91-180 days (1,974), 31-90 days (8,367), 4-30 days (53,366).

SE: Breakdown not available, but minimum incapacity level required: 6.67% (1/15).

UK: IIDB applies for those assessed by a doctor to have at least 20% disability.

Table 6 People with disabilities receiving Occupational accident/disease pension by sex, 2005

| | BE | DE | IE | FR | IT | LT | HU | AT | PL | PT | FI | SE | UK |
|---------------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|
| <i>Nature of the data</i> | <i>end-year</i> | <i>stock</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>inflow</i> | <i>start-year</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>total</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | : | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Men | 80,2 | 84,1 | 80,3 | 76,6 | 85,9 | 76,7 | 82,7 | 84,4 | 70,6 | : | 68,0 | 58,9 | 78,4 |
| Women | 19,8 | 15,9 | 19,7 | 23,4 | 14,1 | 23,3 | 17,3 | 15,6 | 29,4 | : | 32,0 | 41,1 | 21,6 |
| Work accidents | 100,0 | : | : | 100,0 | 100,0 | 100,0 | : | : | : | : | 100,0 | : | : |
| Men | 74,0 | : | : | 79,6 | 83,9 | 73,1 | : | : | : | : | 68,2 | : | : |
| Women | 26,0 | : | : | 20,4 | 16,1 | 26,9 | : | : | : | : | 31,8 | : | : |
| Occupational diseases | 100,0 | : | : | 100,0 | 100,0 | 100,0 | : | : | : | 100,0 | 100,0 | : | : |
| Men | 93,5 | : | : | 66,4 | 92,9 | 85,1 | : | : | : | 86,5 | 57,3 | : | : |
| Women | 6,5 | : | : | 33,6 | 7,1 | 14,9 | : | : | : | 13,5 | 42,7 | : | : |

Notes & sources: see also Table 4.

DE: Data by sex only refer to Work accident/illness pensions (<65 years). Data for the public sector are therefore not included in this table.

FR: Data by sex correspond to year 2003 and only refer to victims with an incapacity rate >10%.

IT: Data only relate to direct recipients (victims of accidents/diseases) in 2006.

LT: Data on Compensatory wage after work accidents are estimated based on the gender structure of the number of accidents at work.

HU: Data by sex refer to year 2006.

PT: Data only correspond to occupational diseases and refer to year 2000.

SE: Data by sex refer to year 2006.

Table 7 Number of people with disabilities receiving Work accident/disease pension by broad sectors, 2005

| Total number | CZ | IT | LT | PL | PT | SK | FI | UK |
|---------------------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| <i>Nature of the data</i> | <i>end-year</i> | <i>end-year</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>inflow</i> | <i>stock</i> | <i>total</i> | <i>inflow</i> |
| Agriculture + fishing | 4 945 | 164 752 | 1 243 | 105 | 8 | 296 | 984 | 0 |
| Industry | 37 309 | 699 564 | 2 066 | 1 596 | 1 282 | 2 479 | 26 842 | 3 645 |
| Services | 19 696 | | 1 238 | 1 069 | 152 | 734 | 37 318 | 240 |
| Other | 1 354 | 0 | 52 | 0 | 72 | 0 | 97 | 510 |
| Percentage | | | | | | | | |
| Agriculture + fishing | 7,8 | 19,1 | 27,0 | 3,8 | 0,5 | 8,4 | 1,5 | 0,0 |
| Industry | 58,9 | 80,9 | 44,9 | 57,6 | 84,7 | 70,6 | 41,1 | 82,9 |
| Services | 31,1 | | 26,9 | 38,6 | 10,0 | 20,9 | 57,2 | 5,5 |
| Other | 2,1 | 0,0 | 1,1 | 0,0 | 4,8 | 0,0 | 0,1 | 11,6 |

Notes & sources: see also Table 4.

CZ: Data only refer to Occupational accidents.

IT: Data refer to year 2006 and correspond to those in agriculture and in industry/services/public administration.

LT: Data for Work accidents are estimated based on the NACE structure of the number of accidents at work.

PL: Data refer to new pensions for Occupational accidents/diseases.

PT: Data refer to year 2005 and correspond to new cases of Occupational accidents with permanent incapacity.

UK: Data refer to Industrial Injury - first diagnosed prescribed diseases (all assessments resulting in payment in the quarter).

Table 8 Number of people receiving a War pension, 2005

| Total number | BE | DE | FR | IT | AT | PL | UK |
|---------------------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|--------------------|
| <i>Nature of the data</i> | <i>Stock</i> | <i>End-year</i> | <i>End-year</i> | <i>Stock</i> | <i>January</i> | <i>Stock</i> | <i>1st quarter</i> |
| Beneficiaries aged 25+ | 4 185 | 245 141 | 269 138 | 144 626 | 24 827 | 75 900 | 191 750 |
| Beneficiaries aged 65+ | 4 185 | : | 173 160 | 116 317 | 24 827 | 75 900 | 132 630 |
| Population share | | | | | | | |
| % 25+ | 0,06 | 0,40 | 0,63 | 0,33 | 0,42 | 0,30 | 0,46 |
| % 65+ | 0,23 | : | 1,71 | 1,02 | 1,89 | 1,51 | 1,38 |

Notes & sources:

BE: Number of invalids due to different wars (1914-18, 1940-45, Congo). It is therefore very likely that all of them are aged over 65.

Source: Ministry of Social Security (Department of War Victims).

DE: Under the term "victims of war", several groups of persons are included: Rents for damaged persons according to the law on maintenance for victims of war; Rents for damaged persons resulting from military service; Rents for damaged persons according to the law of compensations for victims of violence; Rents for damaged persons according to the law of infection protection; Rents for damaged persons according to the law on help for prisoners of law; Rents for damaged persons according to the second law for correction of injustice related to the former regime in Eastern Germany; Rents for damaged persons resulting from alternative civilian service and Rents for damaged persons according to the first law for correction of injustice related to the former regime in Eastern Germany.

Source: Bundesministerium für Arbeits und Soziales.

FR: Beneficiaries of military invalidity and war pensions. Source: Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (service des pensions).

IT: Total number of war pension recipients. Since available data on war pensioners include survivors, only men have been taken into account in this table, assuming that most women would receive these pensions as widows rather than as a direct beneficiaries. The share might therefore be slightly underestimated. Source: ISTAT.

AT: Pensions for victims of war, pensions related to Army provision, pensions for victims of fight for a free and democratic Austria between 1933-1945. Source: Statistik Austria, Federal Ministry for Social Affairs and Consumer Protection.

PL: Number of victims receiving War invalidity pension. Source: Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS, Social Insurance Institute).

UK: War Disablement Pensions. Source: Defence Analytical Services Agency (DASA), Ministry of Defence.

CHAPITRE V > ACCÈS AUX SERVICES ET VIE AUTONOME

Les services aidant les personnes handicapées à mener une vie autonome peuvent prendre la forme de programmes de réinsertion (pour la vie de tous les jours ou en matière d'emploi), d'une mise à disposition d'une aide médicale spéciale, d'une aide au logement ou aux transports et de soins de longue durée. Une attention toute particulière est accordée aux allocations qui permettent d'accroître l'autonomie des personnes handicapées, et il convient de noter que les personnes handicapées âgées de 65 ans et plus sont incluses dans ce chapitre.

Sur la base des informations disponibles, ce chapitre met en lumière des exemples spécifiques de mesures et s'organise autour des services suivants : les services de soins pour personnes handicapées (soins en établissement, soins à domicile, budgets personnalisés et allocations aux soignants) et les autres services pour personnes handicapées (services pour les enfants, réhabilitation par le travail, services pour le transport et le logement).

1. Les services traditionnels de soins de longue durée

Les soins de longue durée sont composés d'une série de services pour les personnes nécessitant une aide pour les activités journalières de base durant un laps de temps prolongé. De telles activités comprennent le bain, l'habillage, les repas, s'installer ou sortir du lit ou d'un fauteuil, et les déplacements alentour. Ces activités sont souvent accompagnées de services médicaux de base et de réhabilitation.

Parmi les services aidant les personnes handicapées à mener une vie indépendante, les soins de longue durée sont ceux qui touchent le plus grand nombre. Le choix se limite souvent aux soins en établissement ou à domicile. Cependant, la tendance générale est en faveur de la désinstitutionalisation et du maintien à domicile des personnes handicapées. En Suède par exemple, la désinstitutionalisation a été mise en œuvre depuis les années 1970. En Finlande, il y avait deux fois plus de personnes handicapées bénéficiant de services d'aide à domicile que de personnes enregistrées auprès des établissements de soin en 2000. En Espagne, le maintien à domicile des personnes handicapées s'explique par la primauté accordée à la famille et par le faible niveau d'équipement des établissements. Dans ce pays, les soins à domicile dépendent ainsi de la situation familiale et du niveau de dépendance, et l'aide aux personnes âgées vivant seules (*Ayuda a domicilio*, *Teleasistencia*) représente souvent un moyen de rompre l'isolement. Le gouvernement grec a également pris des mesures pour sortir les personnes ayant des déficiences intellectuelles et psychologiques des établissements psychiatriques ou d'autres institutions fermées. En conséquence de quoi, le nombre des bénéficiaires de soins à domicile est plus élevé que le nombre recevant des soins en établissement (tableau 1).

Tableau 1 Nombre de personnes handicapées en établissements de long séjour, en centres de jour, et recevant des soins à domicile, 2005

| | Établissements de long séjour | Centres de jour | Soins à domicile (en nature) |
|----------|-------------------------------|-----------------|------------------------------|
| Danemark | : | : | 206 886 |
| Estonie | : | : | 5 696 |
| France | 88 550* | 12 960* | 711 988*** |
| Chypre | 3 069 | : | : |
| Lituanie | : | : | 4 238 |
| Malte | : | 384** | : |
| Hongrie | 15 687** | 2 765 | : |
| Pays-Bas | 60 700* | 17 149* | 230 957*** |
| Finlande | : | : | 76 602 |

Notes: * 2004,** 2003;***estimation du % de la population âgée de 65+ recevant une aide à domicile (y compris une aide importante de long terme): cf "Feasibility Study – Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union" (Working papers and studies, European Commission, Theme 3, Population and social conditions, 2003); les % estimés ont été appliqués à la population de 2005.

CY: nombre de clients des centres pour personnes âgées et personnes handicapées.

HU: nombre de résidents en établissements sociaux résidentiels.

Sources :

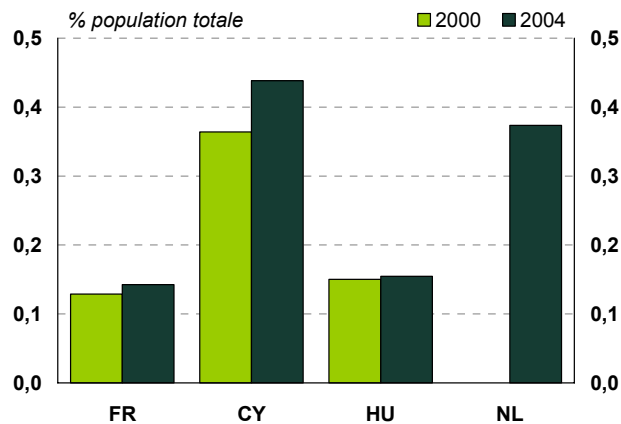
| | |
|----|---|
| DK | Bureau de statistiques |
| EE | Ministère des affaires sociales |
| FR | INSEE Annuaire statistique |
| CY | Services d'aide sociale |
| LT | Ministère du travail et de la sécurité sociale |
| MT | Ministère de la famille et de la solidarité sociale |
| HU | Bureau central des statistiques |
| NL | CTG/Zaio |
| FI | STAKES. |

Les soins en établissement : le développement des centres de jour

Les établissements représentent le mode classique de soins et d'hébergement pour les personnes handicapées, lesquelles sont en général réparties entre établissements pour personnes âgées, établissements pour handicapés mentaux et établissements pour enfants handicapés. Les établissements proposant des séjours de longue durée sont traditionnellement gérés par l'Etat dans un certain nombre de pays, mais l'offre de services privés et de soins en établissement gérés au niveau local a augmenté ces dernières années (en particulier pour les séjours de courte durée). Aux Pays-Bas par exemple, les centres de soins infirmiers et les autres fournisseurs de soins en établissement sont principalement des organisations indépendantes et sans but lucratif. A Chypre, en 2005, près de 94% des personnes âgées et des personnes handicapées vivaient dans des établissements de long séjour privés ou gérés au niveau local (ils étaient 91% en 2000). De plus, en Hongrie, près de 71% des centres de jour et 94% des établissements pour personnes âgées étaient administrés localement en 2004. Malte représente cependant un cas particulier, où les *Services de jour pour adultes handicapés* sont des programmes communautaires proposés par le Ministère de la politique sociale.

Bien que le nombre de personnes handicapées résidant dans des établissements de long séjour soit relativement élevé en France et aux Pays-Bas (tableau 1 en annexe), Chypre enregistre le pourcentage le plus élevé dans la population totale (4,3% – figure 5.1).

5.1 Personnes handicapées vivant en établissement (long séjour), 2000-2004



HU: les données correspondent à 2000 et 2003. Notes et sources: voir annexes.

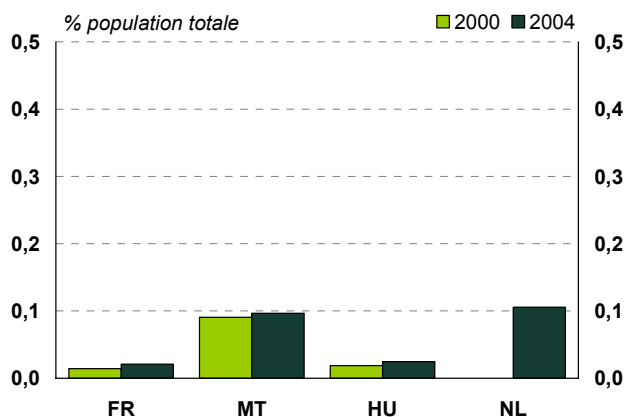
En particulier pour les personnes ayant des troubles mentaux

Les établissements avec séjour de longue durée hébergent en général les personnes atteintes des handicaps les plus sévères ainsi que les enfants et les adultes souffrant de troubles mentaux. En France, près de 70% des enfants handicapés inscrits dans des établissements en 2002 étaient handicapés mentaux ; seulement 7% avaient un handicap physique. Par ailleurs, 92% des personnes inscrites auprès d'institutions de long séjour aux Pays-Bas étaient handicapées mentales en 2004. En Pologne, en 2005, 21,5% des patients handicapés des établissements stationnaires d'aide sociale étaient inscrits dans des établissements pour personnes ayant des maladies mentales chroniques, 18% dans des établissements pour adultes ayant un handicap intellectuel et près de 10% se trouvaient dans des établissements pour enfants et jeunes handicapés mentaux.

En Finlande, l'élément essentiel en ce qui concerne les soins apportés aux handicapés mentaux est une orientation vers des services organisés par la communauté, avec un moindre usage des soins en établissement. Les 16 districts finlandais fournissent les services nécessaires aux personnes ayant une déficience mentale : services de logement, activités journalières et activités de loisir, soins au sein de la famille et soins en résidence. Par conséquent, le nombre d'handicapés mentaux inscrits en établissement a diminué entre 2000 et 2005, tandis que le nombre de clients handicapés mentaux bénéficiant de services de logement avec une aide 24h/24 a augmenté de 45,5% durant la même période (le nombre des bénéficiaires de services de logement avec une aide à temps partiel a lui augmenté d'environ 7%).

Les séjours de courte durée, en particulier les services de soins journaliers, ont connu un succès croissant ces dernières années. De nouveau, on retrouve le plus grand nombre de bénéficiaires en France et aux Pays-Bas (tableau 2 en annexe), mais ces services ne concernent en général qu'une petite partie de la population nationale (moins de 1%, figure 5.2). Néanmoins, ces établissements ne peuvent satisfaire tous les clients (il manquait par exemple 55 places en Hongrie en 2005 – 77 en 2004).

5.2 Personnes handicapées en centres de jour, 2000-2004



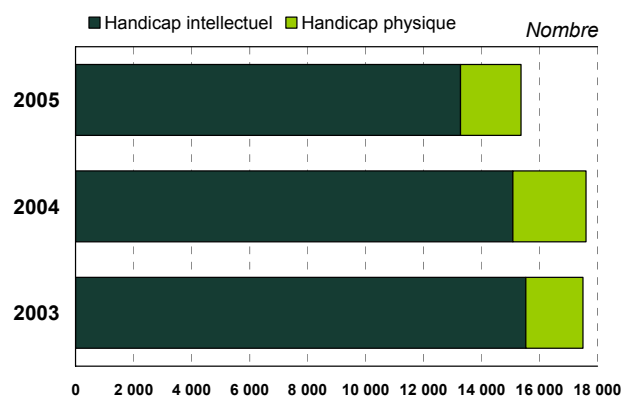
MT: les données correspondent à 2001 et 2003. Notes et sources: voir annexes.

En Hongrie, les personnes âgées et les personnes handicapées vivant seules sont les principaux clients des centres de jour, mais l'offre pour les enfants handicapés s'est récemment accrue : le nombre de places a augmenté d'environ 95% et le nombre d'enfants inscrits de 93% entre 2000 et 2003. Aux Pays-Bas, les principaux clients des services de soins journaliers étaient des personnes âgées avec un handicap mental (près de 68% en 2004) et des enfants handicapés mentaux (approximativement 20%).

En dépit des problèmes de qualité inhérents aux établissements de soins de longue durée (logement inadéquat, faibles relations sociales, manque d'intimité, traitement inadapté de la dépression, usage inadéquat des restrictions physiques et chimiques) principalement en raison du manque de personnel qualifié⁴³, des listes d'attente peuvent exister. Aux Pays-Bas cependant, le nombre de personnes sur liste d'attente pour des services de soins pour personnes handicapées a diminué d'environ 12% entre 2003 et 2005 (figure 5.3). En 2005, 86,5% d'entre elles étaient atteintes de handicap mental (89% en 2003).

⁴³ *Les soins de longue durée pour les personnes âgées, OCDE, 2005*

5.3 Nombre de personnes inscrites sur liste d'attente pour des services de soins aux Pays-Bas, 2003-2005



Notes et sources: voir annexes.

Services de soins à domicile et prestations en espèces

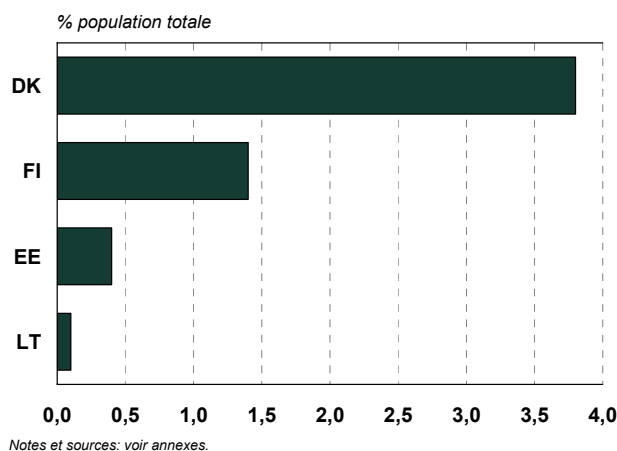
Les services de soins à domicile peuvent être fournis en nature ou en espèces. Les personnes âgées et les personnes sévèrement handicapées en sont les principaux bénéficiaires. Par exemple au Danemark, 54% des clients étaient âgés de 80 ans et plus en 2005 alors que ceux âgés de moins de 65 ans ne représentaient que 14%. Près de 81% avaient l'âge de la retraite en Lituanie ; et en Estonie, les adultes handicapés ayant un auxiliaire de vie désigné avaient essentiellement plus de 65 ans (72%) et soit un handicap sévère (66%), soit un handicap grave (33%).

La plupart des mesures visant à maintenir les personnes âgées lourdement handicapées à leur domicile reposent en fait dans une large mesure sur un personnel soignant informel afin d'être couronnées de succès. En outre, le nombre d'heures de soin prodigué augmente avec l'âge du patient. Au Danemark, ceux qui bénéficient de plus de deux heures de soins à domicile par semaine sont les plus nombreux. En 2005, 48% des personnes recevant une aide permanente à domicile durant plus de deux heures par semaine et 64% des clients bénéficiant d'une aide de plus de 20 heures par semaine étaient âgés de plus de 80 ans.

Les services de soins à domicile sont souvent organisés au niveau local. En Finlande, 1,4% de la population totale (figure 5.4) recevait régulièrement des services de soins à domicile fournis par les municipalités, les conseils municipaux et les fournisseurs de services privés en 2005 (+ 7,5% depuis 2003)⁴⁴. Ces services comprenaient des services d'aide à domicile et des soins infirmiers à domicile, lesquels étaient combinés dans un grand nombre de municipalités. 40% des clients recevaient plus de 20 visites par mois et 71% étaient âgés de plus de 75 ans.

⁴⁴ Stakes : <http://www.stakes.fi/EN/tilastot/statisticsbytopic/socialservices/homecare.htm>

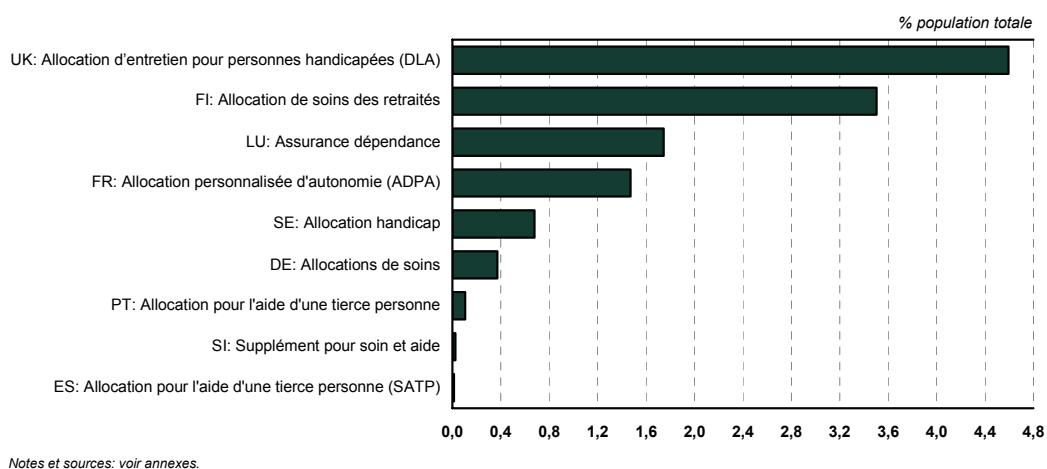
5.4 Bénéficiaires de services de soins à domicile, 2005



En Estonie, les soins à domicile et les soins semi-stationnaires sont fournis par les autorités locales. En Grèce, le programme spécial *Aide à domicile* est à l'essai dans 751 municipalités et concerne environ 80% des autorités locales. Il est attendu de ce programme qu'il couvre les personnes âgées et les personnes handicapées dans les zones insulaires où il y a un manque d'infrastructures. En Pologne, les services d'aide à domicile sont sous la responsabilité des pouvoirs locaux. Les personnes âgées ont le droit de demander l'aide du *Fonds pour la réhabilitation des personnes handicapées*, qui fournit une série limitée de matériel pour aider les personnes à leur domicile, mais il est demandé au bénéficiaire d'apporter une contribution aux coûts de ces services.

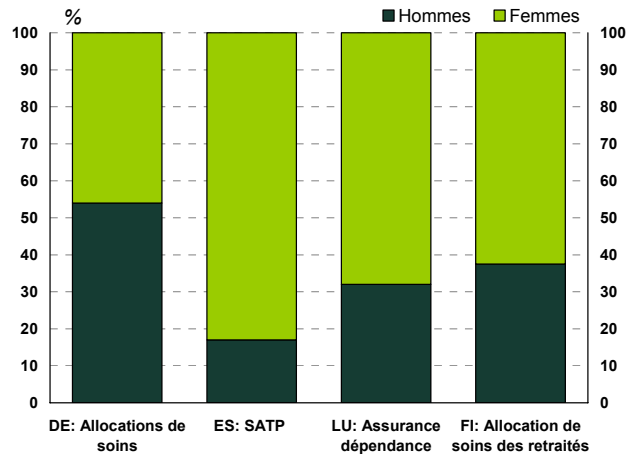
Les personnes ayant besoin de soins à domicile peuvent recevoir des indemnités dans plusieurs pays en remplacement des prestations en nature ou bien une combinaison des deux (voir annexes). Les plus grands nombres de bénéficiaires sont observés en Allemagne, en France et au Royaume-Uni (tableau 4 en annexe), mais les pourcentages les plus importants par rapport à la population concernent le Royaume-Uni (45,9‰) et la Finlande (35‰) (figure 5.5).

5.5 Bénéficiaires d'allocations de soins à domicile, 2005



En Allemagne, le nombre de personnes nécessitant des soins de longue durée à domicile et en centre d'hébergement (assurance de soins privée incluse) a augmenté d'environ 4,5% entre 2001 et 2005 tandis que le nombre de bénéficiaires des *Allocations de soins (Empfänger von Pflegegeld)* âgés de moins de 65 ans a diminué de plus de 5% durant cette période. Les bénéficiaires étaient principalement des hommes (54%) (figure 5.6).

5.6 Bénéficiaires d'allocations de soins à domicile par sexe, 2005



Notes et sources: voir annexes.

En Espagne, les soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées sont fournis gratuitement par le service de santé. D'autres services sont proposés par les autorités locales et dépendent des ressources. Le nombre et les types de services sont par conséquent différents entre les régions et les municipalités. L'aide publique à domicile pour les personnes âgées est habituellement gérée par les municipalités grâce aux « centres sociaux de soins ». La plupart des personnes âgées vivant à la maison continuent de dépendre principalement des soins informels. La loi d'intégration sociale pour les personnes handicapées (LISMI) offre une série d'avantages économiques et techniques : revenu minimum garanti (SGIM), allocation pour l'aide d'une tierce personne (SATP), allocation de mobilité et remboursement des coûts de transport (SMGT), assistance et allocation médicale (ASPF). Le nombre de bénéficiaires de l'*Allocation pour l'aide d'une tierce personne (Subsidio por Ayuda de Tercera Persona – SATP)* a diminué d'environ 60% entre 2000 et 2005⁴⁵. En 2005, 83% de ces bénéficiaires étaient des femmes et près de 27% étaient âgés de 80 ans et plus. Par ailleurs, le nombre de bénéficiaires de l'*Assistance médicale ASPF* a également diminué entre 2000 et 2006.

En France, l'*Allocation départementale personnalisée d'autonomie (ADPA)* a remplacé l'*Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)* à partir de janvier 2002 pour les individus de moins de 60 ans, et le nombre de bénéficiaires a augmenté de 53,5% entre 2002 et 2005. Les personnes de plus de 60 ans ont plusieurs allocations à leur disposition : l'*Allocation personnalisée d'autonomie (APA)*, attribuée aux personnes sévèrement ou modérément dépendantes (vivant à leur domicile ou en maison de soins), l'*Allocation compensatrice pour*

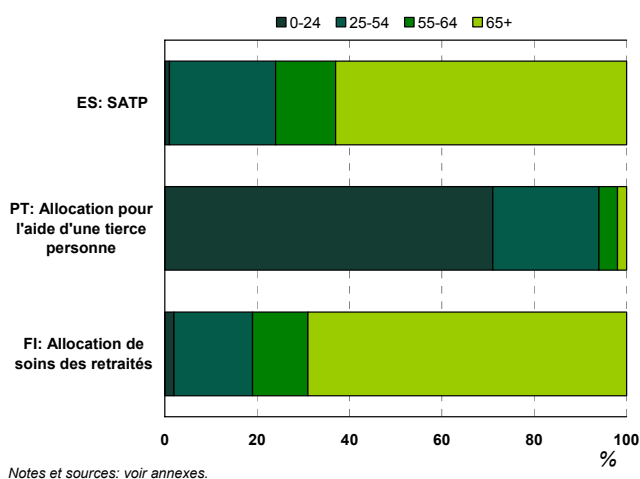
⁴⁵ Cette allocation est maintenue pour les personnes précédemment éligibles mais n'est plus allouée en accord avec le décret législatif 1/1994, ce qui explique la baisse du nombre des bénéficiaires.

tierce personne (ACTP) et la *Prestation spécifique dépendance PSD* (voir annexes). En 2003, 6% des personnes âgées de plus de 60 ans ont reçu des subsides pour améliorer leur autonomie. Parmi elles, 96,5% recevaient l'APA tandis que près de 3% touchaient l'ACTP.

Au Luxembourg, un programme universel d'assurance de soins de longue durée (*Assurance dépendance*) a été introduit en juin 1998 comme faisant partie de l'assurance de soins de santé et le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 79% entre 2001 et 2005. En 2005, 68% des bénéficiaires étaient des femmes.

Au Portugal, l'*Allocation pour l'aide d'une tierce personne (Subsidio por assistência de terceira pessoa)* est un soutien financier mensuel fourni aux personnes handicapées nécessitant l'aide d'une tierce personne (au moins 6 heures par jour) pour leurs besoins essentiels. Le nombre moyen de bénéficiaires a augmenté d'environ 8% entre 2000 et 2005. 71% avaient moins de 24 ans, 26,5% avaient entre 7 et 13 ans et près de 9% avaient entre 31 et 40 ans (figure 5.7). Néanmoins, cette allocation touche seulement 1‰ de la population nationale, alors que le *Supplément pour les soins de longue durée (Complemento por Dependência)* concerne environ 20,4‰. Ceci s'explique par le fait que ce supplément mensuel est payé aux personnes âgées invalides et à ceux qui reçoivent une pension de survivant.

5.7 Bénéficiaires d'allocations de soins à domicile par âge, 2005



En Slovénie, le *Supplément pour soin et aide (Dodatek za tujo nego in pomoč)* est attribué aux personnes handicapées pour l'aide d'une tierce personne. Les retraités en sont les principaux bénéficiaires.

En Slovaquie, les prestations sont organisées au niveau régional et sont fournies comme une combinaison de prestations en nature et de prestations en espèces. Les prestations en espèces se répartissent principalement en deux allocations spécifiques : la *Prestation de service d'aide (Príspevok za opatrovanie)* et la *Prestation d'aide personnalisée (Príspevok na osobnú asistenciu)*.

En Finlande, l'*Allocation de soins des retraités (Eläkkeensaajan hoitotuki)* doit permettre aux retraités ayant une maladie ou un handicap de vivre à leur domicile, ainsi que promouvoir les

soins à domicile et rembourser les retraités pour les coûts supplémentaires liés à la maladie ou au handicap. Le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 11% entre 2002 et 2005. Fin 2005, 62,5% des bénéficiaires étaient des femmes et 51,5% des femmes touchant cette allocation avaient entre 75 et 90 ans. 2% seulement des bénéficiaires avaient moins de 24 ans.

En Suède, l'*Allocation handicap (Handikappersättning)* est versée aux personnes qui ont une capacité fonctionnelle réduite durant un laps de temps important et qui nécessitent donc une aide pour faire face aux activités quotidiennes. Entre 2000 et 2005, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 4,7%.

Au Royaume-Uni, l'*Allocation d'entretien pour personnes handicapées (Disability Living Allowance – DLA)* a été créée en 2002 et offre une aide financière (à caractère non contributif) par rapport aux coûts supplémentaires liés au handicap pour les personnes lourdement handicapées. Cette contribution n'est pas liée aux ressources et est exempte d'impôts. La DLA comprend deux éléments qui peuvent être payés ensemble ou séparément : les composantes de soin et de mobilité (voir annexes). Entre 2002 et 2005, le nombre de bénéficiaires de la DLA a augmenté de près de 11%. En 2005, 31,5% recevaient l'élément de soin au taux moyen, 26,5% au taux faible et 22% au taux élevé. De plus, 60% percevaient l'élément de mobilité au taux élevé et 26,5% au taux faible.

2. Vers une plus grande satisfaction ?

Les budgets personnalisés

Les budgets personnalisés n'existent pas dans un grand nombre de pays. Mais dans les pays où ils sont utilisés, ils représentent une réponse sur mesure aux besoins des bénéficiaires et sont gérés au niveau local. Les bénéficiaires reçoivent un paiement en espèces qu'ils peuvent administrer comme ils le souhaitent afin de satisfaire leurs besoins. Dans le modèle standard, le budget personnalisé permet au bénéficiaire de remplacer l'aide bénévole de sa famille et de ses amis par une aide autogérée achetée sur le marché. Le modèle idéal suppose que l'utilisateur choisisse librement ses auxiliaires de vie. L'aide doit être très flexible et disponible jour et nuit. Le modèle standard suppose également l'existence d'un marché sur lequel il y a une offre abondante et de nature appropriée. En général, les auxiliaires de vie ont un contrat avec une autorité locale, une association ou une coopérative d'usagers, qui fournit des formations mais laisse le soin aux utilisateurs de déterminer le soutien spécifique fourni.

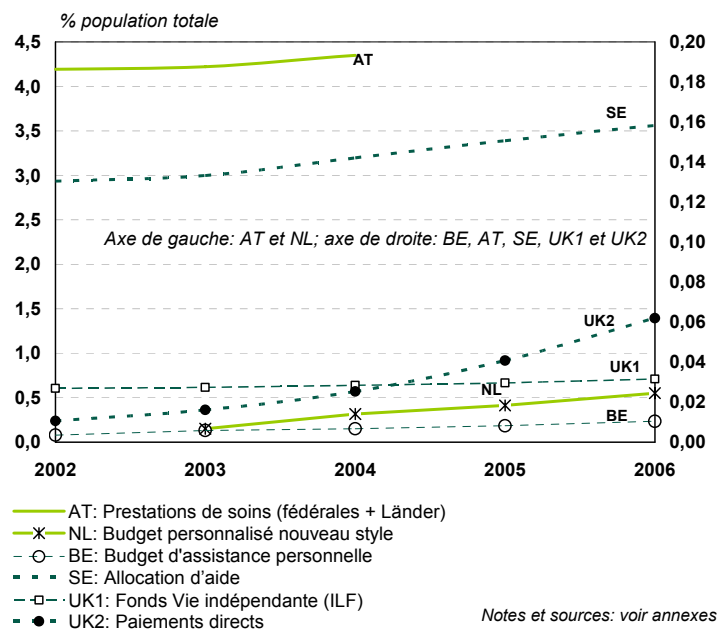
Au Danemark, les handicapés mentaux n'ont pas le droit de recevoir un budget personnalisé alors que cela est possible dans d'autres pays. Au Pays-Bas par exemple, 25% des nouveaux bénéficiaires du *Budget personnalisé nouveau style* entre juillet 2004 et juillet 2005 souffraient de déficiences intellectuelles et psychiatriques. Cependant, des rapports en Suède et aux Pays-Bas suggèrent qu'un retour aux prestations en nature pourrait être plus efficace et plus utile pour ce public⁴⁶. Au Royaume-Uni, où il convient de marquer son assentiment et d'être capable de recevoir les *Paiements directs*, environ 7,5% des bénéficiaires avaient un handicap mental entre avril 2005 et mars 2006.

⁴⁶ Samoy E., Waterplas L.,(2005) : « L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique », RFAS n°2-2005

En général, les pays offrent une flexibilité de choix entre soins traditionnels à domicile et budget personnalisé. Mais opter pour un budget personnalisé peut impliquer une réduction du soutien financier. En Allemagne, différents types de *Persönliches budget* ont été mis en œuvre par les régions, mais le montant envisagé pour les budgets personnalisés correspond seulement à la moitié de la valeur des services en nature⁴⁷. Ceci semble s'expliquer par le transfert de responsabilité au niveau local, bien que l'Etat limite parfois les disparités. En Suède et au Royaume-Uni, la responsabilité est partagée entre l'Etat et les municipalités en ce qui concerne le financement et l'aide, c'est-à-dire que les plans locaux sont complétés par un plan national avec un financement supplémentaire pour les plus lourdement handicapés (dans les deux pays) et les plus nécessiteux (au Royaume-Uni). En Italie, l'*Indennità di accompagnamento* offre le même montant pour l'utilisateur quel que soit son lieu de résidence dans le pays⁴⁸.

Divers systèmes de budget personnalisé existent (voir annexes). Le nombre de bénéficiaires a augmenté entre 2002 et 2006 (figure 5.8). L'Autriche enregistre la plus importante part de bénéficiaires en relation avec la population (43,5%).

5.8 Bénéficiaires des budgets personnalisés, 2002-2006



En Belgique (Communauté flamande), le *PAB (Persoonlijk Assistentie Budget)* a été mis en place en 1990. Cette prestation en espèces est versée par l'Agence flamande pour les personnes handicapées et le nombre de bénéficiaires a triplé entre 2002 et 2006 (tableau 8 en annexe). Cette croissance semble cependant avoir été accompagnée d'un certain nombre de problèmes : information insuffisante, manque d'expérience des municipalités, complexité administrative et

⁴⁷ Cohu S., Lequet-Slama D. & Velche D. : « La prise en charge des personnes handicapées en Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Suède », *Etudes et Résultats n°506, DREES, 2006*

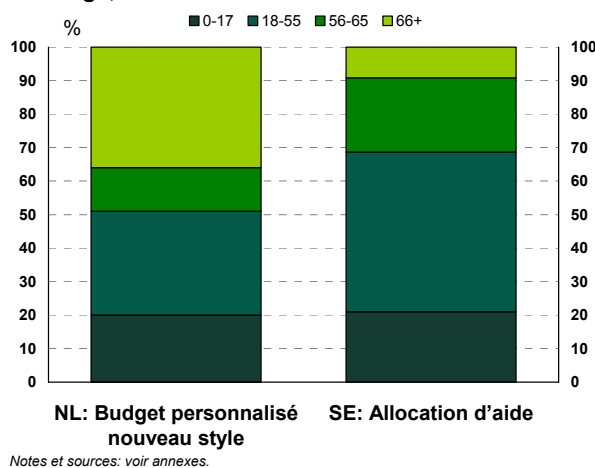
⁴⁸ En 2003, 1 504 640 personnes recevaient l'*Indennità di accompagnamento*. Parmi elles, 63% étaient des femmes et près de 70% étaient âgées de 64 ans et plus.

nombre inadéquat de places créées⁴⁹. Des listes d'attente sont apparues et ont grossi dans de nombreux cas en dépit d'une amélioration de la situation en 2002. Le nombre de personnes en attente était environ quatre fois plus important que le nombre de bénéficiaires en 2001, et le nombre de ceux sur liste d'attente a doublé entre 2005 et 2006. En réponse, le gouvernement flamand a appliqué des règles de priorité afin de soutenir les plus lourdement handicapés.

En Autriche, la prestation de soins de longue durée a été mise en place en 1993. Les soins de long terme sont fournis suivant sept niveaux différents selon les soins nécessaires. La responsabilité financière incombe soit au gouvernement fédéral (*Bundespflegegeld*) soit aux neuf Länder (*Pflegegeld der Länder*) en fonction du droit à cette prestation (voir annexes). Entre 2002 et 2004, le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 5%. En décembre 2004, 83% obtenaient cette aide de l'Etat fédéral (*Prestation de soins fédérale*). Il convient aussi de noter que la prestation de soins versée par les Länder est répartie plus uniformément entre les groupes d'âge. Par exemple, en décembre 2005, près de 21% des bénéficiaires de la prestation de soins versée par les Länder avaient moins de 20 ans contre 0,2% pour les bénéficiaires de la prestation de soins fédérale.

Aux Pays-Bas, cinq systèmes différents (aide et soins à domicile, déficience intellectuelle, santé mentale, soins intensifs à domicile et handicap physique) étaient en place en 2000, mais la réforme du 1^{er} avril 2003 a remplacé tous ces systèmes par un seul, le *Budget personnalisé nouveau style* (*Persoonsgebonden budget nieuwe stijl*). Fin 2002, les personnes handicapées percevaient essentiellement l'allocation pour soins et soins infirmiers, alors qu'un an plus tard c'était le budget personnalisé nouveau style⁵⁰. En effet, le nombre de bénéficiaires de ce système a quadruplé entre 2003 et 2006. En 2005, près de la moitié avaient moins de 55 ans et 36% avaient plus de 66 ans (figure 5.9).

5.9 Bénéficiaires de budgets personnalisés par âge, 2005



⁴⁹ Samoy E., Waterplas L., (2005), « L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique », RFAS n°2-2005

⁵⁰ Fin 2002, 72% des bénéficiaires percevaient l'allocation pour soins et soins infirmiers, près de 23% l'allocation pour déficience intellectuelle et 5% seulement l'allocation pour santé mentale. Fin 2003, près de 39% touchaient l'allocation pour soins et soins infirmiers, presque 17,5% l'allocation pour déficience intellectuelle, 3,7% l'allocation pour santé mentale et environ 39% le budget personnalisé nouveau style.

En Suède, le droit au budget personnalisé a été introduit en 1993. En pratique, le système est destiné aux personnes les plus lourdement handicapées. L'*Allocation d'aide (Assistansersättning)* est conçue pour apporter un financement aux handicapés sévères afin qu'ils emploient un assistant personnel. Pour que cette allocation soit attribuée, les personnes doivent avoir besoin d'aide dans leur vie quotidienne pendant plus de 20 heures par semaine. Entre 2002 et 2006, le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 23%. En 2006, près de 53% des bénéficiaires étaient des hommes, environ 28% avaient moins de 25 ans et près de 40% avaient entre 50 et 65 ans.

Le premier système mis en place au Royaume-Uni était l'aide pécuniaire du Fonds Vie indépendante (ILF), financé par l'Etat. Les ILF étaient établis comme une ressource nationale visant à fournir un soutien financier aux personnes handicapées afin de leur permettre de choisir de vivre dans la communauté plutôt qu'en résidence. Entre 2002 et 2006, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 19,5% en Angleterre. La décentralisation a par ailleurs conduit au développement des systèmes locaux. Selon la loi *Community Care (Direct Payments)* de 1996, les autorités locales peuvent fournir des prestations en espèces aux personnes handicapées qui le désirent. Les handicapés mentaux peuvent recevoir cette prestation, mais en pratique leur part est relativement faible. Moins de 1‰ de la population totale percevait des *Paiements directs (Direct Payments)* provenant des conseils locaux entre avril 2005 et mars 2006. Parmi eux, 75,5% étaient handicapés physiques.

Bien que l'objectif des systèmes de budget personnalisé soit d'assurer une plus grande autonomie grâce à un service personnel sur mesure, plusieurs problèmes sont apparus ces dernières années, tels que de longues listes d'attente, un manque de personnel et un choix limité des assistants, le coût élevé des programmes, un manque d'information et des disparités entre les localités. De plus, selon plusieurs études⁵¹, le système n'encourage pas une intégration sociale suffisante des personnes handicapées.

Le tableau 2 ci-dessous présente un résumé des prestations en nature et des prestations en espèces perçues par les personnes handicapées nécessitant des soins de longue durée. Les prestations en espèces présentées ici comprennent également les budgets personnalisés. Les prestations en nature sont principalement calculées à partir des pourcentages estimés dans l'étude de faisabilité « *Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union* ». Il est supposé que la proportion d'individus recevant des soins à domicile est restée identique depuis lors. Il convient également de noter que des personnes percevant des prestations en espèces peuvent aussi se retrouver parmi les bénéficiaires de prestations en nature.

⁵¹ Samoy E., Waterplas L. (2005) : « L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique », RFAS n°2-2005
Brozek D., (2004): « The Austrian Long-term Care Insurance », Vienna Personal Assistance Cooperative, 2004-09

Tableau 2 Nombre de bénéficiaires de prestations en espèces et de prestations en nature, 2005

| | Prestations en espèces | Prestations en nature |
|----|---------------------------|--------------------------|
| | tout âge | surtout 65+ |
| BE | 860 | 89 000* |
| DK | : | 206 886*** |
| DE | 307 119 | 755 000* |
| EE | : | 5 696*** |
| IE | : | 18 000* |
| ES | 5 596 | 145 000* |
| FR | 920 952 | 711 000* |
| IT | : | 337 000* |
| LT | : | 4 238*** |
| LU | 7 943 | 4 000* |
| NL | 67 228 | 230 000* |
| AT | 354 024** | 66 000* |
| PT | 11 154 | 18 000* |
| SI | 479 | : |
| FI | 183 469 | 76 602*** |
| SE | 74 677 | 124 000* |
| UK | 2 799 921 | 481 000* |

Notes: *estimation du % de la population âgée de 65+ recevant une aide à domicile (y compris une aide importante de long terme); cf "Feasibility Study – Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union" (Working papers and studies, European Commission, Theme 3, Population and social conditions, 2003); les % estimés ont été appliqués à la population de 2005.

** données pour 2004; ***tout âge.

Sources :

| | |
|----|--|
| BE | Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. |
| DK | Bureau des statistiques. |
| DE | Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik. |
| EE | Ministère des affaires sociales. |
| ES | Ministère du travail et des affaires sociales, IMSERSO. |
| FR | Ministère de la santé, DREES. |
| LT | Ministère de la sécurité sociale et du travail. |
| LU | Ministère de la sécurité sociale. |
| NL | Bureau d'assurance de soins santé. |
| AT | Hauptverband and Statistik. |
| PT | Institut de sécurité sociale. |
| SI | Institut d'assurance de retraite de d'handicap. |
| FI | Institut d'assurance sociale et STAKES. |
| SE | Agence d'assurance sociale. |
| UK | Département pour le travail et les retraites, Fonds Vie autonome et Département de la santé. |

Indemnités versées aux auxiliaires de vie

Les auxiliaires de vie des personnes handicapées sont pour la plupart des amis ou des membres de la famille. L'implication de la famille reste relativement forte dans les pays du sud de l'Europe bien que l'évolution des structures familiales incite à utiliser d'autres systèmes. En effet, de plus en plus de personnes handicapées mentales ou physiques emploient des auxiliaires de vie privés ou communautaires.

Les auxiliaires de vie sont essentiellement des femmes. En 2005, elles représentaient 72% des auxiliaires de vie désignés des personnes handicapées adultes en Estonie, 66% des bénéficiaires de l'*Allocation de soins spéciaux* finlandaise et environ 81% des bénéficiaires de l'*Allocation aux personnes assurant les soins* en Irlande.

Les indemnités versées aux auxiliaires de vie sont principalement accordées aux parents qui arrêtent de travailler pour prendre soin d'un ou de plusieurs enfants handicapés. Ces allocations compensent une baisse de revenu et ne dépendent généralement pas des ressources du ménage. Les systèmes sont divers et dépendent de l'âge de l'enfant (voir annexes). A l'exception de la République tchèque et de la Finlande, le nombre de bénéficiaires a augmenté entre 2000 et 2005 (tableau 3). Ces systèmes restent néanmoins marginaux.

Tableau 3 Bénéficiaires des indemnités versées aux auxiliaires de vie, 2000-2005

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| CZ: Allocation parentale | : | 4 817 | 3 187 | 1 421 | 1 395 | 1 384 |
| EE: Allocation des soignants | : | 26 841 | 29 658 | 32 492 | 34 804 | : |
| IE : Allocation de l'auxiliaire de vie | 16 478 | 18 785 | 20 395 | 21 316 | 23 030 | 24 970 |
| IE : Prestation de l'auxiliaire de vie | 50 | 425 | 615 | 639 | 679 | 867 |
| PL: Prestation de soins | 69 500 | 70 800 | 74 100 | 65 900 | 65 900 | 71 200 |
| FI: Allocation de soins spéciaux | 7 971 | 7 791 | 8 091 | 7 865 | 7 743 | 6 754 |
| SE: Allocation garde d'enfants | 32 541 | 33 350 | 34 471 | 38 682 | 41 391 | 42 482 |

Note: PL: nombre mensuel moyen d'allocations versées en décembre chaque année.

Sources: EE: Ministère des affaires sociales; IE: Département des affaires sociales et familiales; PL: Institut d'assurance sociale; FI: Institut d'assurance sociale; SE: Agence d'assurance sociale.

En République tchèque, l'*Allocation parentale (Rodičovský příspěvek)* est versée aux parents qui s'occupent à plein temps d'au moins un enfant souffrant d'une incapacité de longue durée jusqu'à l'âge de 7 ans. Entre 2001 et 2005, le nombre de bénéficiaires a diminué d'environ 71%.

En Estonie, l'*Allocation des soignants (Hooldajatoetus)* est payée mensuellement directement à l'auxiliaire de vie en fonction de l'âge de la personne handicapée et du degré de handicap. Elle est fournie par l'Etat aux enfants handicapés jusqu'à l'âge de 18 ans, et par les municipalités ensuite. Entre 2001 et 2004, le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 29,5%. Les parents s'occupant d'enfants lourdement handicapés sont les principaux bénéficiaires et ceci s'est renforcé avec le temps (ils représentaient 59,5% des bénéficiaires en 2001 et près de 68,5% en 2004).

En France, l'*Allocation de présence parentale* est attribuée à toute personne qui arrête de travailler ou réduit son temps de travail lorsque son enfant a une maladie grave, un accident ou un handicap nécessitant une surveillance constante. Le nombre de bénéficiaires a plus que doublé entre 2001 et 2005.

En Pologne, les parents qui arrêtent de travailler pour s'occuper d'un enfant ayant un degré élevé de handicap peuvent bénéficier de la *Prestation de soins (Świadczenie pielęgnacyjne)*. Le nombre moyen mensuel d'allocations payées a augmenté de près de 2,5% entre 2000 et 2005.

En Finlande, l'*Allocation de soins spéciaux (Erityishoitoraha)* est octroyée aux parents qui prennent part au traitement ou à la réinsertion convenus pour leur enfant, mais n'est pas versée à ceux qui perçoivent des allocations chômage. Entre 2000 et 2005, le nombre de bénéficiaires a chuté de 15,3%.

En Suède, l'*Allocation garde d'enfants (Vårdbidrag)* est accordée aux parents qui prennent soin d'un enfant de moins de 19 ans sérieusement malade ou handicapé. Entre 2000 et 2005, le

nombre de bénéficiaires s'est accru de 30,5%. Près de 55% étaient âgés de plus de 12 ans en 2006 et les garçons représentaient environ 62%.

En Irlande, plusieurs systèmes parallèles sont en place afin de soutenir les auxiliaires de vie. L'*Allocation de l'auxiliaire de vie (Carer's allowance)* est un paiement accordé aux personnes assurées quittant provisoirement la force de travail pour s'occuper de quelqu'un nécessitant une attention à temps plein. Entre 2000 et 2005, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 51,5%. Les auxiliaires de vie peuvent aussi recevoir la *Prestation de l'auxiliaire de vie (Carer's Benefit)* (voir annexes), mais il convient de noter que le nombre de bénéficiaires reste faible même s'il a été multiplié par 17 entre 2000 et 2005. De plus, un paiement annuel (*Respite Care Grant*) est possible pour les auxiliaires de vie âgés de 16 ans et plus s'occupant de personnes nécessitant une attention à plein temps.

Des indemnités peuvent également être versées aux soignants qui s'occupent de personnes âgées. En Suède par exemple, les soins informels aux personnes âgées comprennent des services de « congé et remplacement », une aide et des groupes d'éducation pour les auxiliaires de vie, ainsi qu'une aide économique. Un congé payé est possible si les soins sont dispensés à un parent ou un membre de la famille malade en phase terminale. Au Royaume-Uni, l'*Allocation de l'auxiliaire de vie (Carer's Allowance)* est une prestation en espèces attribuée pour soutenir ceux qui prennent soin de personnes âgées. Jusqu'en 2002, elle était disponible uniquement pour les auxiliaires de vie de moins de 65 ans, mais les critères d'éligibilité ont été étendus depuis lors aux individus de plus de 65 ans. Ceci profite essentiellement aux auxiliaires de vie ayant un accès limité à la retraite d'Etat.

La situation des auxiliaires de vie varie en Europe et les difficultés liées à cette profession (faibles salaires, horaires irréguliers, contrats temporaires, manque de cadre juridique clair, stress et épuisement professionnel) contribuent à expliquer la pénurie d'offre⁵². Néanmoins, la situation générale des auxiliaires de vie s'est améliorée au cours des cinq dernières années dans un grand nombre de pays grâce à la nouvelle législation et aux nouveaux droits – tels que le droit légal pour l'auxiliaire de vie de recevoir une évaluation de ses besoins en matière de services en plus des services pour personnes âgées, le droit à une pension de retraite pour ceux qui ont arrêté de travailler afin de prendre soin de quelqu'un, les paiements versés aux auxiliaires de vie pour compenser la perte de revenu salarial.

3. Autres services pour les personnes handicapées

Services pour les enfants handicapés

Des indemnités sont fournies dans plusieurs pays pour couvrir les coûts supplémentaires dus aux enfants handicapés et pour la réinsertion. En Estonie, l'*Allocation enfant handicapé (Puudegalapse toetus)* est versée mensuellement aux enfants handicapés jusqu'à l'âge de 16 ans ; elle couvre 3,9‰ de la population nationale. En Finlande, l'*Allocation enfant handicapé (Lapsen hoitotuki)* est attribuée selon différents taux aux enfants handicapés jusqu'à leur 16^{ème}

⁵² En Estonie par exemple, en 2005, le nombre des auxiliaires de vie était inférieur au nombre des adultes handicapés en soin.

anniversaire et couvre environ 7‰ de la population. Près de 42,5% étaient âgés de moins de 6 ans, environ 27% avaient entre 7 et 10 ans et près de 31% avaient entre 11 et 15 ans.

Les services pour enfants handicapés sont en fait essentiellement composés d'allocations spéciales d'éducation attribuées aux étudiants handicapés ne travaillant pas et nécessitant une aide pour suivre les cours (voir annexes).

En France, l'*Allocation d'éducation spéciale* est versée aux enfants de moins de 20 ans ayant un handicap permanent. Entre 2000 et 2005, le nombre de familles recevant cette allocation a augmenté de 29% (tableau 4).

Tableau 4 Nombre de bénéficiaires des services pour enfants, 2000-2005

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| EE: Allocation enfant handicapé | 4 409 | 4 722 | 4 923 | 5 125 | 5 302 | 5 357 |
| EE: Allocation éducation | 15 | 32 | 27 | 31 | 27 | 16 |
| FR: Allocation d'éducation spéciale | 101 979 | 106 890 | 108 979 | 114 388 | 120 779 | 131 573 |
| PT: Allocation d'éducation spéciale | 10 796 | 12 061 | 13 509 | 13 461 | 12 887 | 6 193 |
| FI: Allocation enfant handicap | : | : | : | : | : | 37 793 |
| UK: Allocation pour étudiants handicapés | 29 500 | 38 000 | 47 500 | : | 64 300 | 67 500 |

Notes: FR: nombre de familles recevant l'allocation - données pour le 31 décembre; PT: données pour décembre; UK: données pour l'année scolaire (Angleterre et Pays de Galles).

Sources: EE: Ministère des affaires sociales; FR: DREES; PT: Institut de sécurité sociale; FI: Institut d'assurance sociale; UK: Département des enfants, écoles et familles.

Au Portugal, l'*Allocation d'éducation spéciale (Subsídio de educação especial)* est une allocation mensuelle qui peut être payée aux enfants handicapés de moins de 24 ans. Après une croissance entre 2000 et 2002, le nombre de bénéficiaires a décliné jusqu'en 2005. Environ 66% des bénéficiaires étaient des garçons, près de 62% avaient entre 7 et 13 ans et 23% entre 2 et 6 ans.

Au Royaume-Uni uniquement, on trouve une prestation pour les étudiants de l'enseignement supérieur sous la forme de l'*Allocation pour étudiants handicapés (Disabled students' allowance)*. Le nombre de bénéficiaires a plus que doublé entre 2001 et 2006.

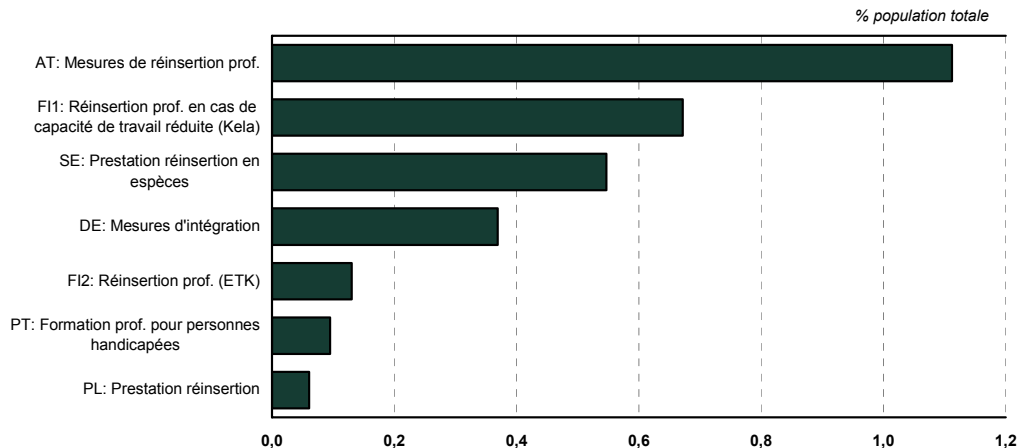
Réinsertion professionnelle

En plus des systèmes de quota et de l'emploi protégé, des pays ont mis en place des services de réinsertion en matière d'emploi destinés aux personnes handicapées (voir annexes). Un certain nombre de programmes ciblent les jeunes tandis que d'autres sont destinés aux plus de 55 ans afin d'éviter les départs en retraite anticipée. Les services de réinsertion professionnelle sont généralement individualisés avec un suivi des bénéficiaires, et ils sont parfois accompagnés de mesures de rééducation médicale.

En Allemagne, la *Rééducation médicale (Medizinische und sonstige Leistungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung)* est fournie aux assurés en âge de travailler ayant une capacité de travail considérablement réduite. L'Agence fédérale pour l'emploi offre également des *Mesures d'intégration (initiale et réinsertion) (Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – Rehabilitanden (Erst- und Wiedereingliederung))* aux personnes handicapées en âge de travailler (voir annexes). Entre 2000 et 2006, le nombre de bénéficiaires a diminué de près de 50%. En 2005, près de 4% de la population bénéficiait de ces mesures (figure 5.10).

Environ 64% des bénéficiaires étaient des hommes (figure 5.11) et 63% étaient âgés de moins de 25 ans (figure 5.12). Par ailleurs, plus de la moitié (54,5%) bénéficiaient de la mesure d'intégration initiale.

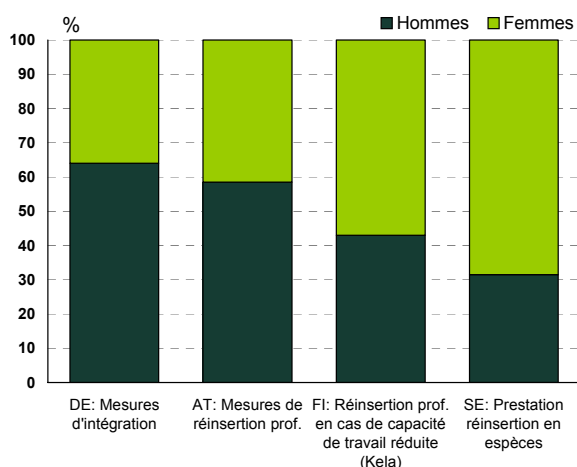
5.10 Bénéficiaires de services de réinsertion professionnelle, 2005



En Autriche, jusqu'au milieu des années 1980, l'insertion des personnes handicapées sur le marché du travail concernait principalement les personnes ayant un handicap physique. Vers la fin des années 1980 et durant les années 1990, des efforts ont été réalisés afin d'inclure les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les déficients intellectuels et ceux souffrant de multiples handicaps⁵³. Ainsi, un ensemble de services pour personnes handicapées est actuellement fourni. Le bureau de l'emploi (Arbeitsmarktservice) applique une conception étendue du handicap (voir annexes) et des mesures de réinsertion professionnelle et d'emploi (*Genehmigte Förderfälle des Arbeitsmarktservices für behinderte Personen*) sont offertes. Les individus en âge de travailler sont les principaux bénéficiaires et le nombre de personnes aidées âgées de moins de 65 ans a augmenté d'environ 63% entre 2001 et 2006. Durant cette période, les hommes étaient les principaux bénéficiaires des mesures de réinsertion professionnelle. En 2006, ils représentaient environ 58,5% du total. La plupart des bénéficiaires (environ 79% en 2006) participaient à des mesures de qualification, près de 13% à des mesures d'aide et 8% seulement à des mesures d'emploi. Afin d'aider les personnes handicapées à intégrer le marché du travail, le Bundessozialamt a fourni une série de mesures de soutien appelées *Promotions individuelles pour les employés handicapés (Individualförderungen von behinderten Arbeitnehmern)* comprenant des subventions aux coûts salariaux, des allocations d'apprentissage et d'éducation, des subsides pour les soignants, et une allocation de mobilité depuis 2003. Entre 2003 et 2005, le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 86%. De plus, le Bureau social fédéral soutient des projets destinés à accroître les opportunités des personnes handicapées sur le marché du travail (*Teilnehmer an Projektförderungen des Bundessozialamts für behinderte Personen*). Entre 2003 et 2005, le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 44,5%.

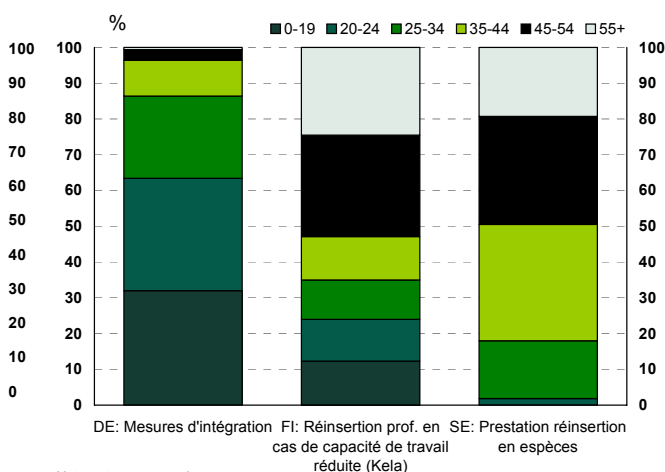
⁵³ *Evaluation par les pairs Arbeitsassistenz : « Support for the integration of Disabled People into the Labour Market », Autriche, jan. 2001.*

5.11 Bénéficiaires de services de réinsertion professionnelle par sexe, 2005



Notes et sources: voir annexes.

5.12 Bénéficiaires de services de réinsertion professionnelle par âge, 2005



Notes et sources: voir annexes.

En Pologne, trois systèmes différents de réinsertion professionnelle sont en place. La *Prestation réinsertion* (*Świadczenie rehabilitacyjne*) est payée pour un maximum de 12 mois aux personnes temporairement incapables d'occuper leur emploi précédent, mais qui ont une chance de retrouver leur capacité de travail après une réadaptation. Entre 2000 et 2005, le nombre moyen mensuel de bénéficiaires a augmenté de 23,5%⁵⁴. Les *Séjours réinsertion* (*Turnusy rehabilitacyjne*) sont également proposés aux personnes handicapées et visent à améliorer leur condition physique et psychologique et à les aider à développer des aptitudes sociales. De plus, un soutien actif pour la réinsertion professionnelle et sociale est fourni grâce aux *Ateliers professionnels thérapeutiques* (*WTZ, Warsztaty Terapii Zajęciowej*) qui organisent divers ateliers professionnels et pratiques et plusieurs sortes de thérapies.

Au Portugal, la *Formation professionnelle pour personnes handicapées* (*Formação profissional para pessoas deficientes*) est organisée afin de fournir aux jeunes handicapés de plus de 12 ans les compétences requises pour obtenir des qualifications professionnelles. Le nombre de bénéficiaires a augmenté d'environ 51% entre 2000 et 2005.

En Finlande, deux systèmes nationaux existent. La *Réinsertion professionnelle ETK* (*Ammatillinen kuntoutus*) peut être fournie aux employés et indépendants ayant une maladie, un handicap ou un préjudice constaté risquant de causer une incapacité de travail (si la réinsertion professionnelle est considérée comme possible). Ceci inclut l'orientation professionnelle, les études de réinsertion ainsi que les autres formations ou conseils liés à un emploi ou métier aidant à améliorer la capacité de travail. Entre 2000 et 2005, le nombre de bénéficiaires a augmenté de près de 42%. Pour ceux ayant une capacité de travail réduite, l'Institut d'assurance sociale (Kela) peut fournir une formation professionnelle et une éducation de base (*Réinsertion professionnelle pour les personnes ayant une capacité de travail réduite, Ammatillinen kuntoutus*). Plus de la moitié des bénéficiaires étaient des femmes et plus de la moitié étaient âgés de plus de 45 ans. Kela peut aussi fournir une *Rééducation médicale pour les personnes ayant des handicaps sévères* (*Vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus*) et rembourser les coûts des autres

⁵⁴ En raison d'un nouvel acte (approuvé en février 2005), qui ne permet pas d'étendre le congé maladie au-delà de 182 jours, plus de personnes ont à présent droit à ce système. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes souffrant de maladies liées à la grossesse: près du tiers des décisions positives initiales à la suite de requêtes concernaient ce public en 2005.

services de réinsertion grâce aux fonds spécialement alloués à ce propos au sein du budget de l'Etat (*Services de réinsertion discrétionnaires, Muu ammatillinen ja lääkinnällinen kuntoutus*).

En Suède, l'expérience professionnelle à l'essai, la formation professionnelle, l'évaluation par l'Institut du marché du travail (AMI) et les cycles de formation complémentaires représentent des exemples de programmes proposés en matière de réinsertion professionnelle. Dans ce contexte, une personne avec une maladie ou un handicap de longue durée peut percevoir la Prestation réinsertion en espèces selon différents taux afin de compenser la perte de revenu. Entre 2000 et 2004, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 21%. Environ 68% étaient des femmes et 63% étaient âgés de 35 à 54 ans. Par ailleurs, l'Agence d'assurance sociale suédoise offre des allocations pour des aides à l'emploi et pour les trajets vers et depuis le travail au lieu de la prestation maladie en espèces ; et des municipalités, telles que par exemple Vallentuna, versent une allocation supplémentaire (*KAM*) aux personnes handicapées participant aux mesures actives du marché du travail organisées par les municipalités.

Transport et logement

Les services de transport et de logement pour les personnes handicapées sont généralement fournis par les autorités locales. Par conséquent, divers systèmes sont en place, ce qui peut générer des disparités entre les personnes handicapées⁵⁵. Rassembler des données sur ces systèmes est aussi une tâche complexe.

Les transports publics restent inaccessibles aux personnes handicapées dans la plupart des pays. La Suède semble plus avancée même si, d'après certaines municipalités, des améliorations sont encore nécessaires⁵⁶. En général, il y a eu peu de progrès dans la plupart des pays au cours des dernières années, à l'exception des villes principales. Des indemnités sont versées dans plusieurs pays, essentiellement pour l'achat ou l'adaptation d'un véhicule motorisé⁵⁷. Elles dépendent souvent des ressources et consistent en paiements uniques pour les personnes sévèrement handicapées et pour les personnes handicapées ayant un emploi.

En Espagne, les personnes handicapées peuvent recevoir le *Subside de mobilité et remboursement des coûts de transport (Subsidio de Movilidad y Compensación por Gastos de*

⁵⁵ Par exemple en France, le transport urbain des handicapés est sous la responsabilité des municipalités et des départements. La comparaison de deux départements voisins situés en région parisienne (Essonne et Seine-et-Marne) révèle une grande disparité. Tandis que l'Essonne offre un libre accès aux transports publics parisiens et des chèques-taxi (d'un montant annuel égal à 250 euros), la Seine-et-Marne a mis en place un service de transport spécial pour les personnes handicapées appelé *Transdom 77* (en 2005, 850 personnes utilisaient *Transdom 77* et le nombre annuel de voyages par usager était de 45 en moyenne).

⁵⁶ Cohu S., Lequet-Slama D. & Velche D. : « La prise en charge des personnes handicapées en Allemagne, Espagne, Pays-Bas et Suède », *Etudes et Résultats n°506, DREES, 2006*

⁵⁷ Par exemple, en République tchèque, l'Allocation pour un véhicule motorisé est la plus attribuée et le nombre de bénéficiaires adultes est passé de 137 364 en 2000 à 217 068 en 2005. En Suède, l'Allocation voiture (*Bilstöd*) pour l'achat d'un véhicule peut être attribuée tous les 7 ans. Elle peut aussi être attribuée pour adapter un véhicule et dans certains cas pour des leçons de conduite. Le nombre de bénéficiaires a légèrement augmenté, passant de 2 126 en 2000 à 2 553 en 2005.

Transporte SMGT) mais il faut noter que le nombre de bénéficiaires a chuté de façon importante entre 2000 et 2006.

En Hongrie, les personnes avec un handicap sévère peuvent recevoir l'*Allocation transport*. Environ 2,4% de la population recevait cette allocation en 2005 (55% étaient âgés de plus de 62 ans). Les autres indemnités de transport restent marginales : en 2005, 0,2% de la population nationale recevait une allocation pour l'achat d'un véhicule privé et 346 personnes seulement l'allocation d'adaptation d'un véhicule privé.

En Autriche, des vignettes d'autoroute gratuites sont disponibles pour les personnes handicapées (*Gratis-Autobahnvignette für behinderte Personen*) ; leur nombre a augmenté de 75% entre 2000 et 2006.

En Finlande, les municipalités organisent des services de transport pour les personnes sévèrement handicapées qui ne peuvent pas utiliser les transports publics, et si nécessaire, un assistant est désigné pour accompagner les personnes concernées. Le nombre d'individus bénéficiant de ce type de service a augmenté d'environ 21,5% entre 2000 et 2005.

En ce qui concerne le logement, les indemnités sont aussi principalement versées par les municipalités. Les arrangements sont beaucoup moins courants qu'en matière de transport et en général peu de personnes handicapées y ont droit.

En République tchèque, l'*Allocation pour l'adaptation de l'appartement* est versée aux personnes sévèrement handicapées. En 2002, près de 15% des bénéficiaires étaient des enfants. Le nombre de bénéficiaires adultes a quant à lui augmenté de 43% entre 2000 et 2005.

A Chypre, le *Plan de prestation sociale pour l'amélioration des conditions de logement* est attribuable aux familles désirant adapter leurs maisons pour permettre aux personnes âgées ou handicapées d'y vivre. Le système reste cependant marginal avec 19 personnes seulement en 2002 et même moins trois ans plus tard (5).

Quelques services complémentaires mais marginaux ont été créés

A Malte, le *Service « homme à tout faire »* est fourni à toutes les personnes âgées (adultes âgés et personnes ayant des besoins particuliers) afin qu'elles continuent à vivre chez elles de façon aussi autonome que possible. Ce service comprend une série de tâches allant des réparations électriques à la plomberie, la menuiserie et le transport d'articles. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 7% entre 2000 et 2003.

En Finlande, les personnes malentendantes, les aveugles ou celles souffrant de troubles du langage ont droit aux *services gratuits d'interprétation (Vaikevammaisten tulkkipalvelut)* organisés par leur municipalité. Les services d'interprétation sont fournis en langage des signes ou par le biais des nouvelles technologies. Les sourds et les aveugles ont droit à 360 heures d'interprétation par an, les autres 180 heures. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 12% entre 2000 et 2005.

4. Discussion méthodologique

Les données analysées dans le cadre de cette étude proviennent de registres administratifs nationaux, ce qui assure leur fiabilité. Elles ont été principalement obtenues auprès des bureaux de statistiques nationaux, des agences nationales d'assurance sociale, ainsi qu'auprès des organismes régionaux pour la période 2000-2005.

Il doit être cependant gardé à l'esprit que plusieurs facteurs limitent l'analyse des données. Les services en question sont divers et souvent fournis au niveau local, et l'information pertinente est disponible pour peu de pays. Alors que l'information et les données sur les services offerts au niveau national ont été relativement aisées à trouver, peu de données semblent disponibles pour les arrangements locaux. Par conséquent, des données manquent pour plusieurs pays, la ventilation par âge et par sexe est souvent problématique, et les sections de ce chapitre sont inégales en termes de couverture.

Par ailleurs, la définition du handicap adoptée et l'accès aux indemnités spécifiques varient dans le temps et au sein de l'Union européenne en fonction de la législation nationale, ce qui limite la comparabilité. En effet, dans certains Etats Membres, le niveau de handicap est clairement défini (par exemple selon un taux spécifique d'incapacité de travail), tandis que la classification est moins précise dans d'autres pays. De plus, les services et les prestations peuvent être disponibles pour tous ou pour certains individus en fonction de leur niveau de handicap et/ou de leur âge.

Il convient également de noter que l'accès aux services varie en fonction du lieu d'habitation de la personne concernée, de la distance pour bénéficier des services appropriés et de la facilité ou difficulté à les obtenir, ainsi que des coûts de transport.

ANNEXES

Table 1 Number of people with disabilities living in institutions (long-term stay), 2000-05

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| France | 77 945 | 79 015 | 81 340 | 84 155 | 88 550 | : |
| Cyprus | 2 514 | 2 235 | 2 246 | 2 794 | 3 202 | 3 069 |
| Hungary | 15 346 | 15 439 | 15 828 | 15 687 | : | : |
| Netherlands | : | : | : | : | 60 700 | : |

Notes: CY: number of clients in homes for disabled and elderly; HU: number of residents in residential social institutions.
Sources: FR: INSEE Annuaire statistique; CY: Social Welfare Services; HU: Central Statistical Office; NL: CTG/Zaio.

Table 2 Number of people with disabilities registered in day-care institutions, 2000-05

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|-------------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|
| France | 8 520 | 9 565 | 10 575 | 11 670 | 12 960 | : |
| Malta | : | 355 | 371 | 384 | : | : |
| Hungary | 1 899 | 2 076 | 2 299 | 2 481 | 2 498 | 2 765 |
| Netherlands | : | : | : | : | 17 149 | : |

Sources: FR: INSEE Annuaire statistique; MT: Ministry of Family and Social Solidarity; HU: Central Statistical Office; NL: CTG/Zaio.

Table 3 Number of people in waiting lists for care services in the Netherlands, by kind of disability, 2003-05

| | 2003 | | | 2004 | | | 2005 | | |
|----------------|----------|--------------|--------|----------|--------------|--------|----------|--------------|--------|
| | Physical | Intellectual | Total | Physical | Intellectual | Total | Physical | Intellectual | Total |
| with a stay | 848 | 8 694 | 9 542 | 1 008 | 7 993 | 9 001 | 924 | 7 132 | 8 056 |
| without a stay | 1 124 | 6 831 | 7 955 | 1 513 | 7 088 | 8 601 | 1 158 | 6 146 | 7 304 |
| Total | 1 972 | 15 525 | 17 497 | 2 521 | 15 081 | 17 602 | 2 082 | 13 278 | 15 360 |

Note: Data refer to 1st January each year.

Table 4 Total number of recipients of home care services, 2000-2005

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|--|--------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| DE: Care Benefit | : | 324 176 | : | 316 618 | : | 307 119 |
| ES: SATP (subsidy for assistance by a third party) | 13 966 | 11 634 | 9 581 | 7 987 | 6 727 | 5 596 |
| FR: ADPA (Allowance for personal autonomy) | : | : | 600 311 | 764 701 | 854 482 | 920 952 |
| LU: Dependent Insurance | : | 4 444 | 6 217 | 6 703 | 7 134 | 7 943 |
| PT: Allowance for assistance by a third party | 10 346 | 10 888 | 11 008 | 11 294 | 11 873 | 11 154 |
| SI: Supplement for care and assistance | 657 | 446 | 405 | 422 | 482 | 479 |
| FI: Pensioners' care allowance | : | : | 164 961 | 169 231 | 175 395 | 183 469 |
| SE: Disability allowance | 58 368 | 59 174 | 60 664 | 61 135 | 61 188 | 61 101 |
| UK: Disability Living Allowance | : | : | 2 488 490 | 2 601 880 | 2 696 280 | 2 757 640 |

Notes: DE: people 65+ are not included; ES: received the first day of each month/data for Navarra and Bask Country are not included; FR: data for 31 December/ 60+ not included; LU: data for 30 June/ 65+ included; PT: annual average; UK: data for November.

Sources: DE: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik; ES: Ministry of Labour and Social Affairs, IMSERSO; FR: Ministry of Health, DREES; LU: Ministry of Social Security; PT: Institute of Social Security; SI: Pension and Disability Insurance Institute; FI: Social Insurance Institution; SE: Social insurance agency; UK: Department for Work and Pensions.

Table 5 Recipients of home care services by gender, 2005

| Number | Men | Women | Total |
|--------------------------------|--------|---------|---------|
| DE: Care Benefit | 6 301 | 4 811 | 11 112 |
| ES: SATP | 770 | 3 733 | 4 503 |
| LU: Dependent Insurance | 2 528 | 5 415 | 7 943 |
| FI: Pensioners' care allowance | 69 018 | 114 451 | 183 469 |
| % | | | |
| DE: Care Benefit | 54,0 | 46,0 | 100,0 |
| ES: SATP | 17,0 | 83,0 | 100,0 |
| LU: Dependent Insurance | 32,0 | 68,0 | 100,0 |
| FI: Pensioners' care | 37,5 | 62,5 | 100,0 |

Notes: DE: people over 65 years old are not included; ES: received the first day of each month/ data for Navarra and Bask Country are not included; LU: data for 30 June/ 65+ included.

Sources: DE: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik; ES: Ministry of Labour and Social Affairs, IMSERSO; LU: Ministry of Social Security; FI: Social Insurance Institution.

Table 6 Recipients of home care services by age group, 2005

| Number | 0-24 | 25-54 | 55-64 | 65+ | Total |
|---|-------|--------|--------|---------|---------|
| ES: SATP | 30 | 1 043 | 571 | 2 859 | 4 503 |
| PT: Allowance for assistance by a third party | 8 364 | 2 649 | 486 | 285 | 11 783 |
| FI: Pensioners' care allowance | 3 013 | 31 707 | 22 654 | 126 095 | 183 469 |
| % | | | | | |
| ES: SATP | 1,0 | 23,0 | 13,0 | 63,0 | 100,0 |
| PT: Allowance for assistance by a third party | 71,0 | 23,0 | 4,0 | 2,0 | 100,0 |
| FI: Pensioners' care | 2,0 | 17,0 | 12,0 | 69,0 | 100,0 |

Notes: ES: received the first day of each month/ data for Navarra and Bask Country are not included; PT: annual average/ data for 2006/ age groups: 0-24, 25-50, 51-60, 60+; FI: data for end-year.

Sources: ES: Ministry of Labour and Social Affairs, IMSERSO; PT: Institute of Social Security; FI: Social Insurance Institution.

Table 7 Number of recipients of personal budgets, 2002-2006

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|---------|---------|---------|--------|--------|
| BE: Personal assistance budget (PAB) | 367 | 608 | 694 | 860 | 1 100 |
| AT: Federal Care Benefit + Care Benefit from | 338 151 | 341 948 | 354 024 | : | : |
| NL: Personal budget new style | : | 24 574 | 51 432 | 67 228 | 90 000 |
| SE: Assistance allowance | 11 616 | 11 910 | 12 751 | 13 576 | 14 319 |
| UK: Independent Living Funds | 15 944 | 16 279 | 16 941 | 17 781 | 19 046 |
| UK: Direct payments | 6 300 | 9 600 | 15 100 | 24 500 | 37 400 |

Notes: NL: the new scheme started in 2003 and existed alongside the old scheme between 2003 and 2005. The old scheme ended on 31 Dec. 2005, which explains the large increase in recipients in 2006. Data for 2006 are estimated; UK: data for December (ILF) & data from 1 April to 31 March (Direct payments).

Sources: BE: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap; AT: Hauptverband and Statistik; NL: Health Care Insurance Board; SE: Social Insurance Agency; UK: Independent Living Funds and Department of Health.

Table 8 Number of people on PAB waiting lists in Belgium

| Flemish community | Total number |
|-------------------|--------------|
| 2001 | 539 |
| 2002 | 279 |
| 2003 | 362 |
| 2004 | 394 |
| 2005 | 461 |
| 2006 | 926 |

Source: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Table 9 Recipients of personal budget by age group, 2005

| Age groups | NL: Personal budget new style | SE: Assistance allowance |
|------------|-------------------------------|--------------------------|
| 0-18 | 13 446 | 2 846 |
| 18-55 | 20 841 | 6 473 |
| 56-65 | 8 740 | 3 004 |
| 66+ | 24 202 | 1 253 |
| Total | 67 228 | 13 576 |

Notes: NL: data for 1 July 2005; SE: age groups 0-19, 20-54,55-64, 65+.

Sources: NL: Health Care Insurance Board; SE: Social Insurance Agency .

Table 10 Number of recipients of work rehabilitation services, 2000-2006

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| DE: Rehabilitation measures | 545 901 | 497 944 | 411 290 | 396 305 | 340 553 | 304 447 | 295 324 |
| AT: Professional rehabilitation measures | : | 71 313 | 72 530 | 78 945 | 82 369 | 91 266 | 116 117 |
| PL: Rehabilitation benefit | 18 782 | 16 488 | 17 620 | 18 861 | 18 585 | 23 198 | : |
| PT: Vocational preparation schemes for people with disabilities | 6 653 | 6 822 | 7 615 | 9 706 | 9 665 | 10 034 | : |
| FI: Vocational rehabilitation under the earnings-related pensions acts (ETK) | 4 822 | 4 863 | 4 969 | 5 548 | 6 257 | 6 834 | : |
| FI: Vocational rehabilitation for persons with impaired work capacity (Kela) | : | : | : | : | : | 35 172 | : |
| SE: Rehabilitation cash benefit | 46 226 | 47 499 | 49 710 | 52 746 | 56 065 | 49 298 | : |

Notes: DE: year average in 2006; AT: Persons aged less than 65 years old; PT: number of new entrants; PL: average each year.

Sources: DE: Federal Employment Agency; AT: Labour Market Service; PL: Social insurance institute and Central statistical office; FI: Social Insurance Institution and Centre for Pensions; SE: Social Insurance Agency; Eurostat LMP database.

Table 11 Recipients of work rehabilitation services by gender, 2005

| Number | Men | Women | Total |
|--|---------|---------|---------|
| DE: Rehabilitation measures | 188 169 | 107 155 | 295 324 |
| AT: Professional rehabilitation measures | 68 087 | 48 030 | 116 117 |
| FI: Vocational rehabilitation for persons with impaired work capacity (Kela) | 15 261 | 19 911 | 35 172 |
| SE: Rehabilitation cash benefit | 15 559 | 33 739 | 49 298 |
| % | | | |
| DE: Rehabilitation measures | 64,0 | 36,0 | 100,0 |
| AT: Professional rehabilitation measures | 58,5 | 41,5 | 100,0 |
| FI: Vocational rehabilitation for persons with impaired work capacity (Kela) | 43,0 | 57,0 | 100,0 |
| SE: Rehabilitation cash benefit | 31,5 | 68,5 | 100,0 |

Table 12 Recipients of work rehabilitation services by age group, 2005

| Number | 0-19 | 20-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55+ | Total |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|-------|---------|
| DE: Rehabilitation measures | 94 172 | 92 842 | 67 506 | 29 825 | 9 065 | 1 914 | 295 324 |
| FI: Vocational rehabilitation for persons with impaired work capacity (Kela) | 4 129 | 4 113 | 3 878 | 4 264 | 9 986 | 8 610 | 35 172 |
| SE: Rehabilitation cash benefit | 9 | 920 | 7 972 | 16 013 | 14 910 | 9 474 | 49 298 |
| % | | | | | | | |
| DE: Rehabilitation measures | 32,0 | 31,4 | 23,0 | 10,0 | 3,0 | 0,6 | 100,0 |
| FI: Vocational rehabilitation for persons with impaired work capacity (Kela) | 12,3 | 11,7 | 11,0 | 12,1 | 28,4 | 24,5 | 100,0 |
| SE: Rehabilitation cash benefit | | 1,8 | 16,2 | 32,5 | 30,2 | 19,3 | 100,0 |

Note: DE: data for 2006 (based on year average).

Sources: DE: Federal Employment Agency; FI: Social Insurance Institution; SE: Social Insurance Agency.

HOME CARE SERVICES**Eligibility conditions**

| | | |
|-----------|--|---|
| DE | Care benefit | To insured people. No age limitation. Degree I : daily period of time of at least 90 minutes, thereof more than 45 minutes of basic care. Degree II : daily period of time of at least 3 hours, thereof more than 2 hours of basic care. Degree III : daily period of time of at least 5 hours, thereof more than 4 hours of basic care. |
| ES | SATP | Paid to people previously entitled; otherwise, this grant is not allowed anymore, according to the legislative decree 1/1994. Personal income <70% of minimum wage; to be aged 18 or over, degree of disability >75%, to need the assistance of another person for the accomplishment of the most essential activities of daily living, and not to be admitted in an institution. |
| FR | ADPA APA ACTP PSD | Replaced the ACTP (for those <60) from 1 Jan. 2002. Allowed to those aged 16-60 who have a permanent disability >80% and who require the assistance of another person for one or more essential activities of life. Paid with rate from 40% to 80%. To people aged 60+ who are unable to cope with the consequences of the lack/loss of independence and need help to carry out the essential activities of life or whose conditions require regular attendance. This allowance is for severely or moderately dependent people, whether living at home or in nursing homes. To people aged 60+. To compensate the additional expenses related to the employment of a person at the residence of a person with disabilities or the supplementary expenses generated by the fact that the carer cannot exercise another remunerated activity. Minimum disability level = 80%. In need of assistance by a third person in order to accomplish the activities of daily living. |
| LU | Dependence insurance | To persons insured of the health insurance with no age limitation. Need for assistance and care must represent at least 3.5 hours/week and the state of dependence must >6 months. The number of hours of care is assessed in a continuous scale. For home care, consumers can choose between benefits in kind or in cash or a combination of both. |
| PT | Allowance for assistance by a third party Long-term care supplement | To children with disabilities entitled to the Child Benefit Supplement or the Monthly Life annuity who need the support of a third party (at least 6 hours per day) in order to satisfy their basic needs. Adult disabled people can also benefit from this allowance. Not cumulated with the Special education allowance. Possibility to cumulate with the Invalidity pension or the Long-term care Supplement. To invalidity old-age or survivor pensioners who need permanent attendance by a third person. |
| SI | Supplement for care and assistance | To people with disabilities who are incapable of performing basic life functions and for whom a constant help is required. Between 20-30% of national average net personal income per employee if a person needs assistance of another person in performing all of his basic life functions; and between 10-20% of this basis if help of another person is required in performing a majority of basic life functions. |
| SK | Attendance service benefit Personal assistance benefit | To people aged 6-65 years (for persons 65+ only if they are employed) with functional defect at least = 50% of physical, sensory or mental ability or with negative health status. |
| FI | Pensioner's care allowance | To persons aged 65+ (or <65 if they receive a full disability pension, rehabilitation subsidy, individual early retirement pension, special assistance for immigrants, or earnings-related old-age pension paid to <65 as a follow-up to disability pension). The care allowance cannot be paid to persons receiving a pension based on partial disability, part-time pension or statutory helplessness or injury supplement on account of the same illness or injury. Depending on the degree of assistance/supervision needed and on the amount of extra costs, the pensioners' care allowance is paid according to the lower, higher or special payment category. |
| SE | Disability allowance | The functional capacity of the person must "for a considerable time-period have been reduced to the extent that the person a) needs time-consuming help from another person in his/her daily activities; b) in order to be in gainful employment needs continuous help from another person, or; c) has considerable extra living-costs". Disability allowance may be granted from the age of 19 and the disability must have arisen before the person reached the age of 65. Disability allowance can be granted to a person irrespective of whether she/he has a capacity for work. There are 3 compensation levels: 36, 53 and 69% of the base amount per year, depending on the assistance required and the size of the additional costs. |
| UK | Disability living allowance (DLA) | Awarded for a fixed or indefinite period. No age limitation but those who are aged 65+ when they first claim allowance receive the Attendance Allowance instead. Furthermore, the care component can be paid for a child once its three months old and the mobility component is payable for children over the age of 5. Children <16 qualify for the care component or the lower rate mobility component only if their needs are substantially in excess of those of a child of the same age in normal health. They cannot qualify for the lower rate care component through the "cooking test" route. Children <3 cannot qualify for the higher-rate mobility component; children <5 cannot qualify for the lower-rate mobility component. The care component is for persons with disabilities who have need help with personal care for at least 3 months and are likely to go on needing that help for at least a further 6 months; it is paid at 3 rates: higher rate, middle rate and lower rate. The mobility component is for people who have had walking difficulties for at least 3 months and are likely to continue to have those difficulties for at least a further 6 months; it is paid at 2 rates: higher and lower rate. |

| PERSONAL BUDGET | | Eligibility conditions |
|-----------------------------|--|---|
| BE | PAB (Flemish community) | Every person with a handicap registered at the VAPH can apply for a PAB. The PAB cannot be used for material devices or changes to the house, interpreters for the deaf, medical or paramedical therapies, assistance with regard to content at school or at work, budget assistance, assistance in the hospital, revalidation centres and old people's homes/care homes, psychological help. |
| AT | Federal care benefit Care benefit from Länder | Depending on the kind of entitlement, the financial responsibility lies either with the Federal Government or the Länder. If a person receives a pension from the Federal social security system, the relevant assurance is responsible. If it is not the case (e.g. for children with disabilities, employees with disabilities or those receiving social care benefit), it is the relevant authority of the Länder that is responsible. No means-tested. People 65+ included. Organized in 7 levels according to the need of care (the classification depends on the amount of hours/month). Degrees 1-4: amount of time for the caring need, min 50 hours/month for degree 1. Degrees 5-7: in addition to the amount of time, an additional quality criterion is required. |
| NL | Personal budget new style | The reform of 1 April 2003 replaced all schemes by the Personal Budget New Style (Persoonsgebonden budget nieuwe stijl). Evaluation and attribution by the regional health office. |
| SE | Assistance allowance | Individuals must be in need of help for their daily living for more than 20 hours/week. Not granted after the age of 65, but people who received the allowance previously may retain it even after their 65th birthday. There are 3 disability categories: Cat 1 corresponds to persons with learning disabilities, autism or autismlike conditions. Cat 2: adults suffering from permanent and significant cognitive disabilities as a result of external trauma or physical illness. Cat 3: persons with other permanent physical or mental disabilities not obviously the result of normal ageing, if they are substantial and cause considerable difficulties in their day-to-day life. Granted in the form of a certain number of assistant hours that the individual may use over a given period of time. |
| UK | ILF Direct payments | To be eligible people must be aged 16-65. No means-tested. ILF is divided in the Independent Living (Extension) Fund which is closed to new applications and administers the payments to clients of the original ILF (prior to April 1993) and the Independent Living (1993) Fund which is open to applications from severely disabled people who meet its eligibility criteria and are permanent residents of the UK. From April 2003 every local council must offer people who need help to stay in their own home money instead of arranging services for them. People aged 16+. No means-tested. |
| ALLOWANCES TO CARERS | | |
| CZ | Parental benefit | To parents providing full-time care for at least one child suffering from a long-term incapacity up to the age of 7. The child cannot be placed in a kindergarten or in a creche. No means-test. It can be cumulated with other family allowances. |
| EE | Caregiver's allowance | Paid monthly directly to carer according to age and level of disability. It is provided by the State to children with disabilities till the age of 18 and by local municipalities to persons with disabilities after the age of 18. |
| IE | Carer's allowance Carer's benefit | To insured persons with low income who leave the workforce temporarily to care for a person in need of full-time care and attention. To insured person who leave the workforce to care for a person in need of full-time care and attention. It can be taken for a total period of 65 weeks for each person being cared for. To be eligible, the carer must be 16-66 years old, and has been in employment for at least 8 weeks in the previous 26 weeks before becoming a carer. Furthermore, the carer must not be engaged in employment or self-employment outside the home for more than 10 hours/week. |
| FR | Parental attendance allowance | To someone who stops working or works fewer hours when the child for which they are responsible is the victim of a serious illness, accident or disability requiring constant supervision or substantial care. Entitlement for a period of 4 months, which can be renewed twice in a year. |
| PL | Care benefit | To a parent who resigns from employment due to taking care of a disabled child with high degree of disability. Means-tested. |
| FI | Special care allowance | To parents who take part in treatment or rehabilitation arranged for their child either in a hospital, in a hospital outpatient clinic, in the form of a rehabilitation / adaptation training course or in the case of a severe illness, at home (in connection with treatment at a hospital or outpatient clinic). The principal qualifying condition is that the recipient cannot carry out his/her regular work and is not paid during the leave of absence. It is generally paid for up to 60 workdays/child. It is not paid to persons receiving unemployment allowance or labour market subsidy. |
| SE | Childcare allowance | To parents who take care of a seriously ill or disabled child, with a two-fold objective: compensate the work of caring and attending performed by the parent, and compensate additional costs resulting from the child's illness or disability. The age limit is 19. No means-test. Granted according to 4 different levels (1/4, 1/2, 1/3 and full care allowance). |

| SERVICES FOR CHILDREN WITH DISABILITIES | | Eligibility conditions |
|---|--|---|
| EE | Child with disability allowance Education allowance | To children with disabilities up to the age of 16 for the compensation of additional costs that are caused by the disability and for the activities foreseen by the rehabilitation plan. To not working disabled students, who are studying in secondary school, vocational establishment or higher educational establishment and who have additional costs that are connected with their studies. |
| FR | Special education grant | To children aged <20 with a permanent disability. The child's disability must be at least 80% or between 50-80% if the child is in an establishment or receives care or is educated at home and this is considered special education. No means-tested. Children are classed in 3 groups: children who need continuous aid from a third person; children who need non-continuous aid from a third person; and children or adolescents with a particularly severe disability requiring continuous care of a highly technical nature to remain in their family environment. |
| PT | Special education allowance | To children with disabilities aged <24 who are attending courses in special education schools (agreed by the Ministry of Education), need an individual support, can enter the regular education system, are attending regular day-care centres/kindergarten. The amount of this allowance depends on the family income. |
| FI | Child disability allowance | To compensate additional expenses linked to special arrangements for children with disabilities or chronically ill who are aged <16 and live in Finland. The allowance is paid without regard to the parents' or the child's income or assets. Lower rate: for a child who needs treatment and rehabilitation for at least 6 months, placing the family under additional financial or other strain. Higher rate: if the treatment and rehabilitation of the child imposes a considerable strain. Special rate: if the treatment and rehabilitation of a child imposes an extreme strain on the family (for children with extremely severe disabilities, including children with severe sensory handicaps, children with severe mental handicaps and children with multiple severe handicaps). |
| UK | Disabled students' allowance (DSA) | To students with disabilities in higher education with a disability, mental health condition or specific learning difficulty. No age restriction. No means-tested. 4 DSA categories: special equipment allowance, non-medical helpers allowance, general expenditure allowance, travel allowance. |
| WORK REHABILITATION | | |
| DE | Medical rehabilitation Rehabilitation measures (primary and re-integration) | To insured persons of employable age with considerable endangering or reduction of working capability. Provided by the Federal Employment Agency to people with disabilities of working age. Primary integration: durable integration of young disabled or young persons threatened by disability in the general labour market. Re-integration measures: for adult disabled or adult persons threatened by disability, who are not able to continue their learned profession or the previous occupation due to a health damage or the consequences of disability. |
| IE | Rehabilitation maintenance allowance | Weekly allowance payable to persons with disabilities who are undergoing training in a recognized training facility. |
| AT | Professional rehabilitation Individual promotions Supported projects | Extended concept of disability applied by the Labour market office: apart from favoured people with disabilities and disabled according to the disability laws of the Länder, also persons with physical, psychic, mental or intellectual constraints (independent of the degree of the disability), which are documented by a medical certificate or otherwise made plausible, are defined as disabled. The supporting measures include: employment (integration assistance for enterprises, socio-economic enterprises, not-for-profit employment projects), qualification (education measures, support of apprenticeships, allowance for the coverage of the maintenance of the unemployed), assistance (consulting and care facilities, assistance for setting up own business). To employees with disabilities of working age and with a degree of disability of minimum 30%. To people with disabilities of working age and with a degree of disability of minimum 30%. |
| PL | Rehabilitation benefit Rehabilitation stays Occupational therapy workshops | To persons who are temporary incapable to do their previous work, but who have a chance to regain their capability after rehabilitation. Paid for a maximum of 12 months. Means-tested. To everyone with at least a partial incapacity to work. A person must hold a medical certificate to qualify for the WTZs and have at least a partial incapacity to work. |
| PT | Vocational preparation schemes | To provide young people with disabilities aged 12+ the competences required to get vocational qualifications in order to get and keep a job as well as to progress in the regular labour market. |
| FI | Voc. rehabilitation under the earnings-related pension acts Voc. rehabilitation for persons with impaired work capacity Medical rehabilitation for persons with severe disabilities Discretionary rehabilitation services | To employees and self-employed persons who have a diagnosed illness, handicap or injury which threatens to cause incapacity for work. Rehabilitation within the earnings-related pension scheme is always vocational rehabilitation, such as counselling, rehabilitation studies as well as other training or guidance connected to a job or occupation which support maintenance of work ability. Clients must have an illness, defect or injury that significantly reduces their working and earnings capacity. Vocational training can consist of basic vocational training, retraining, or further vocational training. Clients may not be in institutional care and must be receiving either higher-rate or special child disability allowance, higher-rate or special disability allowance, disability pension and higher-rate or special pensioners' care allowance at the same time or instead of the pensioners' care allowance, a special disability allowance while the client's national pension is suspended. Intensive and individualized out- or inpatient rehabilitation services which go beyond curative treatment and form a necessary part of efforts aimed at maintaining or improving the client's work and functional capacity. To people with disabilities and people 65+. Some examples of discretionary rehabilitation services: treatment in a rehabilitation centre or courses arranged by rehabilitation centres or other institutions, with the aim of improving the participant's work capacity and functioning. |
| SE | Rehabilitation cash benefit | To people with long-term sickness or disability aged <65. Rehabilitation cash benefit is payable at 100, 75, 50 or 25% of the full rate. Full rehabilitation cash benefit is 80% of the income qualifying for sickness cash benefit. |