

Changement de paradigme dans l'octroi de rentes aux jeunes ?

Rienk Prins, Maarssen (Pays-Bas)

Christina Eggenberger,

Martin Wicki; Office fédéral des assurances sociales

Une nouvelle étude sur les systèmes de réadaptation des Etats européens comparables à la Suisse confirme que l'orientation adoptée par le Conseil fédéral pour le Développement continu de l'AI, à savoir mettre en œuvre de manière précoce, cohérente et durable les instruments existants, est plus efficace que de limiter l'accès des jeunes aux rentes en relevant l'âge minimal d'octroi, comme il a été proposé.

Afin de contrer l'augmentation durable du nombre de rentes allouées aux jeunes pour des raisons de santé, et notamment de santé psychique, il a été proposé à plusieurs reprises de relever l'âge minimal d'éligibilité. Les auteurs de cette proposition fondent leurs arguments sur un rapport de l'OCDE (OCDE 2014) portant sur les réformes de plusieurs Etats européens. L'OFAS a donc procédé à une comparaison pays par pays qui permet d'évaluer la conception, la mise en œuvre et l'impact de ces réformes. Les résultats de cette analyse sont présentés ci-après.

JEUNE ET INVALIDE : À LA RECHERCHE DE

SOLUTIONS La Suisse n'est pas seule à s'inquiéter du nombre de jeunes qui demandent et obtiennent une rente d'invalidité, à long terme ou à vie. Cette dépendance aux rentes des jeunes atteints dans leur santé (notamment psychique) est élevée, voire en hausse dans plusieurs Etats d'Europe. Elle touche aussi bien les jeunes atteints dans leur santé ayant cessé de travailler depuis quelques années que ceux qui quittent l'école ou cherchent un emploi. L'étude analyse la mise en œuvre des réformes de cinq pays ayant été en partie évaluées. Les projets pilotes et expérimentaux ne sont globalement pas pris en compte.

Les buts de la recherche couvraient plusieurs questions : conceptualisation des réformes, programmes spécifiques, mise en œuvre, position des divers acteurs, impact des mesures et enseignements (après une brève période ou plusieurs années).

Tous les pays sélectionnés ont récemment entrepris de lutter contre la dépendance aux rentes des jeunes atteints dans leur santé. Il s'agit de l'Autriche, du Danemark, des Pays-Bas, de la Suède et du Royaume-Uni. S'appuyant sur un canevas formaté et utilisant une méthodologie commune, des experts indépendants ont réuni les données permettant d'établir une comparaison pertinente. Il a été nécessaire d'employer une approche flexible pour cette collecte de données. En effet, dans certains pays (p.ex. la Suède), les experts ont pu s'appuyer sur les évaluations existantes, alors que là où les réformes sont encore récentes ou l'évaluation de leur impact limitée, ils ont dû recourir à des entretiens ou des résultats provisoires (notamment s'agissant de la mise en œuvre et de l'impact des mesures).

Auteurs des études nationales

Danemark : Tobias Carstensen, MSc, chercheur indépendant en sciences sociales, Copenhague.

Pays-Bas : Edwin Luitzen De Vos, MSc, chercheur en sciences sociales et directeur de la société CHAMP Research & Consultancy, Amsterdam.

Autriche : Michael Fuchs, MSc, chercheur en sciences sociales, European Center for Welfare Policy and Research, Vienne.

Suède : Sara Hultqvist, PhD, Nordic Centre for Welfare and Social Issues, Université de Lund.

Royaume-Uni : Sarah Woodin, PhD, Research Associate Centre for Disability Studies, Université de Leeds.

L'étude a été réalisée entre mai et octobre 2016. Les cinq experts ont chacun rédigé un rapport national qui présente les informations recueillies dans un format standardisé. Ces rapports, dont la plupart contiennent plusieurs annexes d'informations détaillées, ont servi de base à un rapport de synthèse duquel est tiré le présent article. Le rapport compare les réformes, leur contexte, leur mise en œuvre, les résultats obtenus et les (premiers) enseignements qui peuvent en être tirés. Il contient également des fiches qui présentent pour chaque pays, sous forme résumée, les aspects essentiels des

réformes, leur impact, les données statistiques, les enseignements et les débats et développements actuels.

D'autres pays européens cherchent aussi des solutions pour éviter aux jeunes atteints dans leur santé de dépendre d'une rente.

PAYS ET RÉFORMES Les réformes ont notamment introduit les mesures suivantes :

- **le Danemark** a relevé l'âge minimal d'octroi d'une rente d'invalidité (40 ans) et lancé un programme de soutien spécifique (2013) ;
- **la Suède** a restreint l'accès des personnes de moins de 30 ans aux rentes d'invalidité (2003). Elle a également introduit de nouvelles mesures d'activation ;
- **l'Autriche** a renforcé le principe de « la réadaptation prime la rente » (2014), durci les conditions d'octroi, introduit une « allocation de réadaptation » après avoir (2011) mis en place un service d'informations et de conseil pour la prévention secondaire dans le cadre professionnel ;
- **le Royaume-Uni** a lancé diverses mesures, dont une modification des seuils donnant droit à l'octroi d'une rente et des programmes d'activation et de soutien spécifiques, destinés notamment aux jeunes atteints dans leur santé psychique ;
- **les Pays-Bas** disposaient depuis plusieurs années d'un programme spécifique pour les jeunes en situation de handicap. Ce programme a été réformé en 2010 avec pour objectif de réduire la dépendance aux rentes, de développer l'activation et d'améliorer la transition entre écoles (spécialisées) et marché du travail.

OBJECTIFS DES RÉFORMES Certaines réformes, comme celles de la Suède (2003) et du Danemark (2013), visent explicitement à endiguer l'entrée des jeunes atteints dans leur santé dans le système d'assurances sociales. Elles sont éga-

lement motivées par l'échec de mesures précédentes, dont notamment la réduction du nombre de rentiers et de personnes sortant du marché du travail, le renforcement de la mise à profit des capacités de travail (restantes) des jeunes handicapés, ou encore l'amélioration de l'accès aux instruments et services et leur utilisation par les (jeunes) invalides. En Autriche p. ex., un des principes fondamentaux des assurances sociales, à savoir « la réadaptation prime la rente », a été sous-utilisé.

Les réformes de plusieurs pays (Autriche, Danemark, Royaume-Uni) sont clairement liées à la hausse, en termes relatifs ou absolus, des problèmes de santé psychique chez les jeunes. La sous-exploitation des instruments existants et les problèmes rencontrés par les personnes atteintes dans leur santé psychique sur le marché du travail ont également joué un rôle de catalyseur. Enfin, d'autres réformes font suite à des mesures d'austérité (Pays-Bas et Royaume-Uni) ou à la nécessité de freiner la hausse des dépenses liées aux assurances sociales (Autriche).

DIFFÉRENCES CONSIDÉRABLES ENTRE LES MESURES

Parmi les cinq pays analysés, quatre ont durci les critères donnant droit à une rente et adapté les conditions de son allocation. Autre élément, l'introduction (ou amélioration) de mesures et dispositions visant à favoriser la participation sociale et l'accès au marché du travail des jeunes atteints dans leur santé :

- programmes de soutien spécifiques comprenant une évaluation (pluridisciplinaire) des besoins et capacités ainsi qu'un ensemble de services « sur mesure ». L'objectif est d'augmenter le niveau de formation et d'améliorer les compétences professionnelles, la recherche d'emploi ou l'accompagnement en emploi (Pays-Bas) ;
- intervention plus rapide auprès des personnes atteintes dans leur santé, p. ex. au moment de l'allocation (temporaire) d'indemnités maladie (Suède) ;
- mesures de prévention telles que le « conseil aux personnes et aux entreprises », qui consiste à proposer un soutien aux employeurs ou à former des équipes pour répondre aux défis posés par les maladies psychiques dans le cadre professionnel (Autriche) ;
- introduction de programmes de soutien ciblant les jeunes atteints dans leur santé psychique, tel que l'accès person-

nalisé aux psychothérapies (*Individual Access to Psychological Therapies IAPT*) proposé au Royaume-Uni (divers pays).

LA MISE EN ŒUVRE EST UN PROCESSUS À LONG TERME

Toute réforme pose des défis structurels considérables. Premièrement, il est souvent nécessaire de former de nouvelles équipes ou de nouveaux *case managers* et de créer de nouveaux instruments, ce qu'ont fait la plupart des pays analysés. Deuxièmement, les nouvelles mesures sont adoptées et mises en œuvre progressivement. Troisièmement, des problèmes structurels comme le manque de personnel (ou d'expertise) ou de promotion publique (p. ex. campagnes d'information) peuvent freiner la mise en place des nouveaux instruments, procédures et dispositions.

Mais l'étude a aussi identifié des faiblesses ou des difficultés plus fondamentales au sein de l'administration (publique). Une réforme entraîne souvent un transfert de compétences ou crée de nouvelles tâches (qui doivent être financées). Divers facteurs ou conditions peuvent influencer ce processus :

- les conséquences de la segmentation historique, comme le cloisonnement entre la réadaptation médicale (qui a souvent lieu pendant le congé maladie) et la réinsertion professionnelle (qui intervient souvent une fois l'état de santé stabilisé) ;
- la fragmentation du système social, y compris le degré d'autonomie des institutions publiques auto-administrées, qui peut freiner l'apparition de nouvelles coopérations. De plus, les institutions concernées diffèrent parfois sur la répartition des tâches (évaluations, versement des rentes, fourniture de services, application, etc.) ;
- des variations régionales peuvent aussi venir compliquer la mise en œuvre, p. ex. s'agissant de l'offre de services de santé (physique ou psychique) ou de l'existence de prestataires (publics et privés) de services de réadaptation, de formation professionnelle ou de conseil personnalisé.
- dernier point faible, le manque d'attention porté à l'employeur (potentiel). En effet, la conception et la mise en œuvre des nouveaux programmes ne tiennent souvent pas suffisamment compte du rôle et des besoins de ce dernier.

L'étude a également fait apparaître un certain nombre de variations transnationales :

- « One stop shop » : la Suède a mis en place un système d'agences de « coordination financière », qui gèrent les ressources financières et en personnel, facilitant ainsi la coopération des divers acteurs. Ces agences travaillent à l'échelon local ou régional et réunissent des experts de l'agence nationale d'assurances sociales, de l'agence nationale pour l'emploi, des municipalités et des comtés ;
- au Royaume-Uni, les réformes ne relèvent pas des institutions publiques d'assurance sociale, mais du gouvernement et de divers prestataires privés. Ces derniers, sur mandat du gouvernement, remplissent des tâches de coordination et fournissent des services aux personnes atteintes d'un handicap (évaluations, soutien dans la recherche d'emploi ou en cours d'emploi) ;
- des « impondérables » peuvent aussi venir perturber la mise en œuvre d'une réforme. Aux Pays-Bas p. ex., la restructuration simultanée des services de l'emploi et des agences des assurances sociales a eu des conséquences négatives sur la coopération entre les institutions auxquelles avaient été confiées de nouvelles tâches en matière de soutien aux jeunes atteints d'un handicap.

L'IMPACT DES RÉFORMES EST MODÉRÉ On peut tirer quatre conclusions générales de l'évaluation des réformes. Premièrement, le durcissement des critères d'octroi des rentes entraîne généralement une baisse du nombre de demandes et du taux d'admission des jeunes (Autriche, Danemark, Suède). Deuxièmement, les jeunes auxquels on a refusé l'octroi d'une rente restent dépendants de l'aide sociale et devraient participer à des programmes d'activation. Plusieurs pays (Suède, Danemark, Pays-Bas) font remarquer qu'il s'agit souvent de programmes à long terme (jusqu'à trois ou cinq ans dans certains pays). Troisièmement, la transition entre ces programmes spécifiques et le marché du travail varie en fonction du groupe cible. En effet, pour plusieurs éléments d'activation, les taux de placement ou de retour en emploi sont (très) bas. Mais certains pays (Autriche, Royaume-Uni) ont constaté une nette amélioration pour certains groupes cibles, comme les jeunes invalides sans emploi. Il n'en demeure pas moins qu'une proportion considérable de jeunes en situation de handicap continuent, après avoir par-

ticipé à un programme spécifique, à dépendre de prestations sociales telles que les indemnités maladie (Suède) ou l'aide sociale (Autriche).

ENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISATION ET LA COORDINATION

Une réforme est un processus complexe, qui ne se contente pas de modifier un dispositif spécifique, mais implique d'amender ou de lancer simultanément plusieurs programmes ou mesures. Cela complique non seulement l'évaluation de l'efficacité des éléments spécifiques à chaque programme, mais aussi la tâche des divers acteurs.

De plus, ces réformes n'ont pas lieu en vase clos, mais s'accompagnent parfois d'une modification du contexte institutionnel ou des paradigmes dominant les politiques gouvernementales. C'est le cas notamment au Royaume-Uni (mesures d'austérité, suppression des ateliers protégés) et aux Pays-Bas (décentralisation des tâches d'activation auprès des communes parallèlement à des coupes budgétaires).

Enfin, les nouvelles structures ou organisations ont besoin de temps pour s'adapter au nouveau contexte. Tous les rapports nationaux font acte de problèmes qui ne peuvent être résolus qu'à long terme :

- acceptation de la nouvelle répartition des compétences : augmenter l'efficacité et prévenir l'existence de cercles vicieux ou de zones grises entre les institutions passe par la coopération et la coordination de l'ensemble des acteurs. Seule la Suède s'est attaquée d'emblée à cette problématique avec ses agences de coordination financière ;
- création d'équipes multidisciplinaires censées fusionner les divers services et fixer des priorités. Mais les membres de ces équipes peuvent être attachés à leurs anciennes tâches ou priorités ;
- prédominance des mesures de réadaptation médicale dans les programmes de soutien personnalisé : de nombreux pays font traditionnellement la part belle à ces mesures au détriment de la réinsertion et de la formation professionnelles ou des activités de recherche d'emploi.

PERSPECTIVES Dans certains pays, les réformes sont encore trop récentes pour envisager l'opportunité de nouveaux réaménagements. En revanche, d'autres y songent. Les rapports nationaux contiennent une section consacrée à ce sujet. Quatre tendances s'en dégagent.

Premièrement, un changement d'orientation des politiques en vigueur ou un remaniement ministériel peuvent entraîner un changement de priorités. Les mesures adoptées après la réforme relèvent souvent de considérations liées aux tâches du gouvernement, à la responsabilité et/ou la responsabilisation individuelle, ou au rôle des incitations financières. Deuxièmement, de nombreux programmes sont réaménagés en raison de leurs résultats médiocres (p. ex. en matière de taux d'emploi). On trouve aussi des processus de substitution, comme le transfert d'un système de prestations à l'autre.

Troisièmement, certaines mesures sont en revanche développées. Au Royaume-Uni p. ex., les « nouveaux » modèles de soutien dont l'efficacité a été prouvée seront incorporés à large échelle dans les programmes d'activation (approche IAPT). De plus, certains pays prévoient d'augmenter les ressources financières dévolues au système de santé mentale (Suède). L'Autriche entend quant à elle renforcer la prévention en développant les prestations de conseil destinées aux employés en incapacité de travail (en congé maladie).

Enfin, certains rapports nationaux font état d'expériences menées à l'échelon régional et de projets pilotes entendant améliorer les services ciblant les jeunes handicapés. Il peut s'agir de programmes destinés aux jeunes d'âge scolaire et visant à augmenter leurs perspectives professionnelles (Autriche) ou de programmes mettant l'accent sur de nouvelles formes de coopération pluridisciplinaire au sein « d'équipes de réadaptation » (Autriche) ou de « bureaux de coordination » (Suède).



Rienk Prins

Docteur en sciences sociales, chercheur et consultant indépendant dans le domaine des assurances sociales et de la politique du handicap, Maarssen, Pays-Bas.
rienkprinsnl@gmail.com

L'ÉTUDE PRINS ET LE DÉVELOPPEMENT CONTINU DE L'AI Contrairement à la tendance que l'on observe de manière générale dans les rentes AI, dont le nombre a diminué à la suite des dernières révisions de l'AI, les nouvelles rentes octroyées à des jeunes restent toujours aussi nombreuses. Dans cette tranche d'âge, la plupart des nouvelles rentes concernent des maladies psychiques et lorsqu'une rente est

allouée, la probabilité que l'assuré entre ou retourne dans la vie active est faible. Le rapport de l'OCDE recommande donc d'envisager de restreindre l'accès des jeunes aux rentes AI (OCDE 2014, 185). Une autre étude s'est penchée sur le profil des jeunes atteints de troubles psychiques. Les chercheurs

Activation, accompagnement et temps sont essentiels pour renforcer la capacité de gain des personnes concernées.

ont analysé 500 dossiers AI et conclu entre autres que le diagnostic de schizophrénie est souvent tardif et le pronostic mauvais. Les rentes AI sont donc fréquemment allouées de manière précoce, sans épuiser au préalable les mesures d'intégration (Baer et al. 2015, 128s., 145s.). On observe la même chose pour les assurés souffrant de troubles affectifs et névrotiques et de troubles du développement. Les auteurs recommandent de relever de manière significative l'âge minimal d'octroi des rentes et d'allonger la durée des mesures de réadaptation (Baer et al. 2015, 148). Le rapport de synthèse de l'OCDE, qui procède à une comparaison pays par pays, fait également état de telles mesures : il cite l'exemple du Danemark, qui a fortement durci l'accès aux rentes des jeunes (âge minimal de 40 ans) et mis en place une politique de réadaptation pluridisciplinaire à large échelle (OCDE 2015, 170).

Plusieurs participants à la consultation sur le développement continu de l'AI ont demandé le relèvement de l'âge d'octroi des rentes, à l'instar de ce qui se fait au Danemark (Bigovic 2017, 28s.). L'étude Prins, réalisée à brève échéance sur mandat de l'OFAS, permet à ce dernier de mieux cerner les réformes mises en œuvre au Danemark et dans les pays confrontés à une problématique similaire, les ressources financières engagées par ces pays et l'impact de ces réformes.

L'analyse systématique des diverses réformes révèle un tableau nuancé. Toutes ont introduit des mesures et des ins-

truments privilégiant la formation et l'activité professionnelle des jeunes plutôt que l'octroi d'une rente. Tous les pays qui limitent l'accès aux rentes ont aussi mis en place des mesures de réadaptation médicale et professionnelle. Il est manifeste que les conditions générales et la mise en œuvre des ressources jouent ici un rôle crucial. Limiter l'accès aux rentes dans un seul objectif d'économies ne suffit pas, puisqu'il faudra trouver ailleurs les ressources nécessaires pour garantir le minimum vital. Si l'objectif avoué des réformes est de renforcer les perspectives professionnelles des jeunes, alors il faut mettre en place des mesures d'activation et d'accompagnement et prévoir suffisamment de temps pour leur mise en œuvre. Il est intéressant de constater que nombre des mesures citées dans l'étude coïncident avec les nouveautés apportées par la dernière révision de la LAI en Suisse, comme la collaboration interinstitutionnelle ou les mesures d'intégration et d'intervention précoce. Les propositions prévues dans le développement continu de l'AI viennent compléter et renforcer cette orientation. Le Conseil fédéral estime que mettre en œuvre de manière cohérente les outils d'intégration actuels est plus efficace que de relever l'âge d'octroi des rentes. ■

BIBLIOGRAPHIE

Bigovic, Adelaide (2017): «Développement continu de l'AI dans l'ensemble bien accueilli», dans *Sécurité sociale* CHSS n° 1/2016, p. 24-29.

Prins, Rien (2017): *Jeunes atteints dans leur santé: mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité. Aperçu des réformes menées, d'expériences faites et d'enseignements tirés dans cinq pays*; [Berne: OFAS]. Aspects de la sécurité sociale; rapport de recherche n° 3/17.

Baer, Niklas; Altwicker-Hámori, Szilvia; Juvalta, Sibylle; Frick, Ulrich; Rünsch, Peter (2015): *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten* (en allemand avec résumé en français); [Berne: OFAS]. Aspects de la sécurité sociale; rapport de recherche n° 19/15.

OCDE (2015): *Santé mentale et insertion professionnelle. De la théorie à la pratique*. Paris: OECD Publishing.

OCDE (2014): *Santé mentale et emploi: Suisse*; [Berne: OFAS]. Aspects de la sécurité sociale; rapport de recherche n° 12/13.

Tous les rapports de recherche sont disponibles sur www.ofas.admin.ch > Publications & services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.



Christina Eggenberger

Sociologue, co-directrice du programme de recherche national sur l'assurance-invalidité, domaine Assurance-Invalidité, OFAS.
christina.eggenberger@bsv.admin.ch



Martin Wicki

Philologue, co-directeur du programme national sur l'assurance-invalidité, Recherche et évaluation, OFAS.
martin.wicki@bsv.admin.ch