



*Face à l'augmentation des coûts liés à la prise en charge du handicap, les pouvoirs publics néerlandais, avec une série de réformes dont la dernière, de nature structurelle, date de janvier 2006, ont mis l'accent sur l'accès ou le retour à l'emploi des personnes handicapées, avec pour objectif connexe de limiter le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité.*

*En effet, la loi d'assurance contre l'incapacité (WAO) avait ouvert en 1967 un droit à pension très large en faveur des salariés devenus handicapés, quelle qu'en soit la cause, et en congé maladie depuis au moins un an, délai porté à deux ans en 2003.*

*En février 2004, le nombre total de bénéficiaires de pensions d'invalidité était de 975 000, dont 781 000 pour le dispositif WAO ; 40 % parmi ceux-ci avaient plus de 55 ans.*

*De 1984 à 2004, des réformes successives ont permis aux Pays-Bas de réduire le nombre de pensionnés d'invalidité par une stratégie alliant l'insertion dans l'emploi et la responsabilisation financière des employeurs, notamment à travers la prise en charge de la première année de congé maladie. Cette politique n'ayant obtenu que des résultats partiels, le gouvernement s'est engagé, avec la loi WIA dans une nouvelle réforme qui limite l'accès à l'invalidité et prend en compte les capacités de travail des personnes partiellement handicapées. Les mesures de réinsertion ont par ailleurs été pour partie confiées au secteur privé, et un budget personnalisé (PGB) est attribué à près de 70 000 personnes pour l'achat de services d'aide à la personne.*

## La prise en charge du handicap aux Pays-Bas

La réforme du régime d'invalidité qui est entrée en vigueur aux Pays-Bas le 1<sup>er</sup> janvier 2006 met l'accent sur l'accès ou le retour à l'emploi des personnes handicapées en modifiant les modalités de prise en charge traditionnellement généreuses de ce risque. 9 % de la population en âge de travailler bénéficiait en effet de ce dispositif en 2003, alors qu'à titre de comparaison cette proportion est de 4,1 % en Allemagne, 5 % en Espagne et 7,2 % au Danemark (graphique 1).

Face à l'augmentation des coûts liés à ces dispositifs, les pouvoirs publics néerlandais ont mis en œuvre plusieurs réformes importantes. Au cours des dernières années ces réformes se sont concentrées sur deux axes principaux : l'accès ou le retour dans l'activité économique des personnes handicapées, sur la base d'une limitation du nombre de bénéficiaires de prestations, et le recours au secteur privé pour assurer cette réinsertion.

Catherine FORT

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement  
Ministère de la santé et des solidarités  
Drees



## Un dispositif généreux de prise en charge du handicap

C'est en 1967 que la loi d'assurance contre l'incapacité (WAO) a ouvert un droit à pension très large en faveur de tout salarié âgé de moins de 65 ans et en congé maladie depuis au moins un an, ce délai ayant été porté à deux ans en 2003. Ce dispositif a pour partie constitué aux Pays-Bas une alternative à l'assurance chômage et attiré des effectifs toujours plus nombreux vers une inactivité professionnelle parfois définitive.

L'invalidité, telle que la définissait la loi WAO, pouvait en effet être reconnue non seulement aux travailleurs gravement affectés dans leur capacité de travail mais aussi aux personnes incapables de s'adapter aux exigences productives du moment. Jusqu'en 2004 le dispositif de prise en charge du handicap comprenait trois composantes : la loi WAO pour les salariés, la WAJONG pour les personnes atteintes d'un handicap précoce et la loi WAZ pour les travailleurs indépendants (encadrés 1 et 2). Les taux d'incapacité minimum permettant l'accès à une pension étaient peu élevés : 15 % pour la WAO et 25 % pour les deux autres dispositifs.

En février 2004, le nombre de bénéficiaires était de 975 000, dont 781 000 pour le dispositif concernant les salariés (WAO), 56 000 pour celui concernant les professions indépendantes (WAZ) et un peu moins de 139 000 pour les prestations destinées aux jeunes atteints d'un handicap (WAJONG). Plus de 40 % des bénéficiaires de la WAO étaient âgés de plus de 55 ans, ce qui laisse supposer que le dispositif a pu, pour une large part, constituer une modalité de sortie du marché du travail pour les salariés âgés (graphique 2).

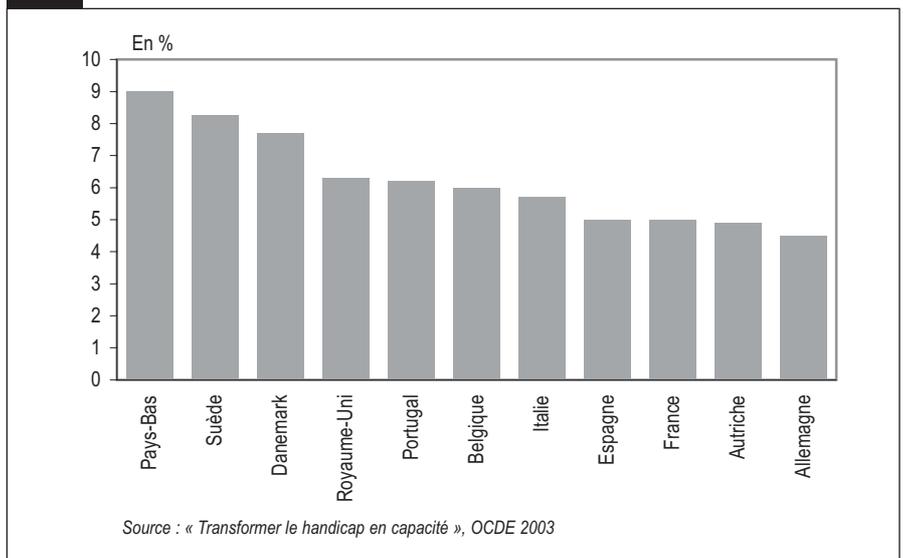
La générosité de ces différents dispositifs a conduit, entre 1980 et 1990, à une très forte augmentation du nombre de personnes bénéficiant de prestations et le total des bénéficiaires a pu représenter pendant cette période jusqu'à 25 % de la popula-

tion en âge de travailler<sup>1</sup>. Employeurs et employés reconnaissent avoir eu recours à ce dispositif d'invalidité comme alternative au système d'indemnisation du chômage, moins avantageux pour eux. Une proportion élevée de travailleurs licenciés avaient été ainsi autorisés à s'inscrire dans différents dispositifs de protection

sociale (retraite anticipée et programmes pour les chômeurs de 57 ans et plus, non astreints à la recherche d'un emploi...), mais aussi, très fréquemment, à faire reconnaître une invalidité. La pension perçue au titre de la WAO pouvait en effet aller, avant 1984, jusqu'à 100 % du salaire antérieur, et ce jusqu'à la retraite<sup>2</sup>.

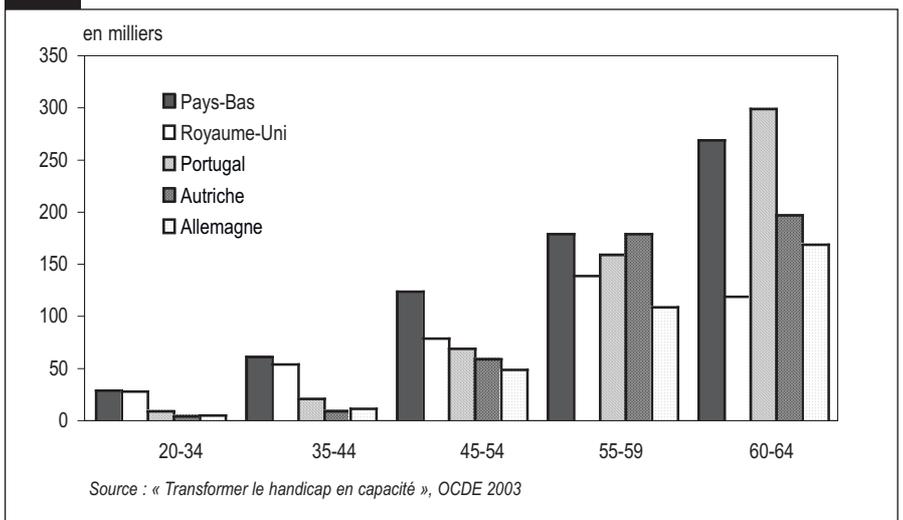
G  
•01

taux de bénéficiaires de pension d'invalidité parmi la population en âge de travailler dans quelques pays européens



G  
•02

nombre de bénéficiaires de pension d'invalidité par âge dans quelques pays européens



1. COHU S., LEQUET-SLAMA D., 2004, « Les politiques en faveur des personnes handicapées en Espagne, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède », *Études et Résultats*, n° 305, avril, Drees.  
2. voir WIERINK M., 2002, « La réforme du régime de l'incapacité au travail », *Chroniques internationales de l'IRES*, n°76, mars, Drees.

## E • 1

### Les prestations d'invalidité aux Pays-Bas : les dispositifs WAO, WAJONG et WAZ

Le dispositif WAO est resté, jusqu'en 2006, le principal régime d'invalidité et vise à assurer aux salariés, reconnus comme invalides, un revenu de remplacement qui compense financièrement la perte de revenu due à la réduction totale ou partielle de leur capacité de travail. Cette allocation ne peut être perçue qu'après deux ans de congés maladie pendant lesquelles les indemnités sont versées par l'employeur. Le taux d'incapacité reconnu du salarié était calculé en fonction de l'évaluation du « manque à gagner » réel ou supposé : il est fondé sur la différence entre son salaire antérieur et le revenu moyen dans l'emploi qu'il peut désormais occuper compte tenu de son incapacité. La durée et le montant de l'allocation versée dépendent de ce degré d'invalidité, de l'âge... Une nouvelle évaluation est faite un an après l'obtention de la WAO, puis tous les cinq ans. La pension pouvait être versée à partir d'un taux d'incapacité de 15 % et jusqu'à 100 % pour les personnes totalement handicapées. L'allocation maximale correspond à un revenu de remplacement égal à 70 % du salaire antérieur de l'allocataire. La WAO est financée par les cotisations versées par les employeurs à la Sécurité sociale, ces cotisations étant individualisées pour les entreprises en fonction du nombre de personnes « malades » ou en invalidité. Les employeurs ont, par ailleurs, la possibilité de souscrire des assurances privées pour couvrir ce risque.

Le dispositif WAJONG (loi sur l'incapacité de travail des jeunes handicapés) garantit une allocation financière minimale aux personnes handicapées de naissance ou qui le sont devenues avant leur 17<sup>e</sup> anniversaire, et aux personnes âgées de moins de 30 ans atteintes d'un handicap pendant leurs études, lorsqu'elles sont dans l'incapacité de travailler. La prestation ne peut être perçue avant l'âge de 18 ans. Le coût de cette allocation non contributive est supporté par l'État. Les bénéficiaires en sont donc des personnes plus jeunes que dans les deux autres dispositifs et la grande majorité des entrées (75 %) se fait avant l'âge de 24 ans. Selon les statistiques données par l'Office de Sécurité sociale (UWV), le handicap aurait majoritairement pour origine des problèmes psychiques (59 %), les autres causes en seraient des blessures (16,2 %), des problèmes innés ou héréditaires (6,4 %), des atteintes du système nerveux central (5,8 %) ou de l'appareil locomoteur (2,5 %). Un taux d'incapacité égal ou supérieur à 25 % est requis pour l'attribution de cette prestation dont le montant est calculé à partir du salaire minimum applicable aux jeunes, les bénéficiaires de la WAJONG n'ayant pour la plupart jamais travaillé.

Quant à l'allocation WAZ, qui était un dispositif public de prise en charge du handicap pour les travailleurs indépendants, elle a été supprimée en juillet 2004. Les travailleurs indépendants doivent depuis cette date s'assurer contre le risque d'invalidité auprès de compagnies d'assurances privées et ne sont plus couverts par les mécanismes d'assurances sociales. Cette réforme a un coût élevé pour les travailleurs indépendants puisque, d'une part, les primes d'assurance sont plus élevées que les primes moyennes qui étaient demandées au titre de la WAZ et que, d'autre part, elles ne couvrent que l'incapacité de travail totale et non plus l'incapacité partielle. En outre, comme il s'agit d'assurances privées, les primes ne sont plus liées au revenu de l'assuré. Enfin, les travailleurs indépendants ne sont pris en charge au titre de l'invalidité qu'après deux ans de congé maladie, alors que la WAZ les assurait après un an de maladie.

Enfin un minimum non contributif invalidité (loi de supplément TW) peut être attribué aux allocataires WAO, WAJONG et WAZ jusqu'à hauteur du minimum social lorsque leurs pensions ne leur permettent pas de disposer de moyens suffisant, en raison par exemple de leur situation familiale. D'autres allocations non contributives spécifiques apportent également un complément de ressources aux personnes âgées de plus de 50 ans et ayant une incapacité de travail partielle.

#### Nombre de bénéficiaires des dispositifs WAO, WAZ et WAJONG en février 2004\* selon l'âge, le genre et le taux d'incapacité

en milliers

	WAO		WAZ		WAJONG	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Âge</b>						
Moins de 24 ans	4,7	0,6	0,0		29,0	20,9
24 à 34 ans	60,3	7,7	0,9	1,7	36,0	26,0
35 à 44 ans	138,3	17,7	4,9	8,8	33,7	24,3
45 à 54 ans	236,2	30,3	14,0	25,2	25,9	18,7
55 ans et plus	341,1	43,7	35,8	64,3	13,9	10,0
<b>Sexe</b>						
Homme	421,5	54,0	38,5	69,1	76,3	55,1
Femmes	359,1	46,0	17,2	30,9	62,2	44,9
Total	780,6	100,0	55,7	100,0	138,5	100,0
<b>Taux d'incapacité</b>						
Moins de 25 %	56,8	7,3				
De 25 à 35 %	60,2	7,7	3,0 **	5,4**	0,4**	0,3**
De 35 à 45 %	48,4	6,2	3,6	6,5	0,6	0,4
De 45 à 55 %	47,4	6,1	5,3	9,6	1,5	1,0
De 55 à 65 %	24,2	31,0	4,0	7,2	0,4	0,3
De 65 à 80 %	23,0	2,9	5,0	9,1	0,4	0,3
De 80 à 100 %	520,5	66,7	34,6	62,2	135,4	97,7

\* données mensuelles

\*\* moins de 35 %

Source : Office de Sécurité sociale (UWV), Amsterdam avril 2004 et Bureau central des statistiques néerlandaises (CBS)

### Les lois relatives aux personnes handicapées aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, chaque « risque », voire chaque prestation, fait l'objet d'une loi spécifique, souvent désignée par son abréviation. Les principales mesures concernant les personnes handicapées sont décrites ici.

#### 1967

- Loi WAO (*Wet arbeidsongeschiktheid*) : loi sur l'assurance incapacité de travail, des salariés qui regroupe le régime d'assurance invalidité et le régime d'accident du travail, ce qui explique la générosité du dispositif, couvrant l'invalidité en général quelle qu'en soit la cause. La voie d'entrée dans le dispositif est le régime maladie ZW (*Ziektewet*, loi sur les indemnités maladie).

#### 1984

- Remplacement des 80 % (voir 100 %) du salaire par 70 % maximum.

#### 1992

- Loi TAV système de bonus/malus pour les employeurs afin d'éviter le recours aux congés maladie : leur cotisation maladie est augmentée s'il y a passage au dispositif WAO.

#### 1994

- Loi TZ réduction de l'absentéisme pour cause de maladie – transfert d'une grande partie des coûts des congés maladie des caisses d'assurance professionnelle à l'employeur.

#### 1996

- la loi WULBZ étend la responsabilité des indemnités maladies dues par l'employeur à 12 mois. Le passage à la WAO ne peut avoir lieu qu'après. Les entreprises peuvent assumer ou s'assurer pour ce risque.

- WSW (*Wet Sociale Werkplaatsen*) loi sur le travail protégé.

- Loi PEMBA : transfert de la totalité de la charge des indemnités maladie aux employeurs, qui doivent payer une cotisation de base et une cotisation modulable en fonction du nombre de salariés qui sont passés dans le dispositif WAO (obligation abolie en 2003 pour les entreprises de moins de 25 salariés). Un plan de réadaptation et de réinsertion doit être transmis à l'organisme de Sécurité sociale.

- Loi WAZ (*Wet arbeidsongeschiktheid zelfstandigen*), loi sur l'incapacité de travail des travailleurs indépendants, abrogée en juillet 2004.

- Loi WAJONG (*Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten*) sur l'incapacité de travail des jeunes handicapés, qui garantit une allocation financière notamment aux handicapés de naissance.

- Loi REA (*Wet op de reïntegratie arbeidsgehandicapten*) sur la réintégration professionnelle des handicapés, qui s'applique à tous les bénéficiaires potentiels des lois WAO, WAZ et WAJONG.

#### 2002

- La loi SUWI confie la gestion de l'assurance chômage et le placement des demandeurs d'emploi à deux organismes publics, l'Office central pour l'emploi (COWI) et l'Institut pour la gestion des assurances des salariés (UWV).

#### 2003

- WGB Loi « anti-discrimination », met la législation des Pays-Bas en conformité avec la directive européenne.

- Allongement de la durée de versement de 70 % du salaire par l'employeur à deux ans en cas de maladie (un an auparavant).

#### 2006

- Loi WIA qui réforme le dispositif WAO : l'accent est mis sur la capacité à travailler de la personne handicapée. Les personnes ayant une incapacité de 80 % et plus recevront l'allocation « IVA » (incapacité de travail totale et durable). Les personnes partiellement aptes au travail devront rester actives et toucheront un complément salarial au titre de la WGA.

Cette forte croissance des coûts a conduit les pouvoirs publics à mettre en œuvre un train continu de réformes de la législation néerlandaise sur l'invalidité. De très nombreuses lois ont été adoptées dans ce domaine entre le début des années quatre-vingt et aujourd'hui (encadré 2).

### De 1984 à 2004, des réformes visant à réduire le nombre de pensionnés d'invalidité par l'insertion dans l'emploi et la responsabilisation financière des employeurs

Dans un premier temps, approximativement jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix, ces réformes ont visé principalement à ajuster les paramètres du système « historique » de prise en charge du handicap, sans en modifier profondément l'architecture. Par exemple, le taux de remplacement du revenu a été ramené à 70 % en 1984 et les critères d'incapacité au travail ont été durcis (1993). En outre, la responsabilité des indemnités maladie a été transférée progressivement aux employeurs (loi TAV en 1992, TZ en 1994 et loi WULBZ en 1996, encadré 2), afin de les sensibiliser au coût de la prise en charge de l'invalidité pour la collectivité. Parallèlement, la législation sur le travail protégé (1997) et sur l'emploi des handicapés a été renforcée (1986, 1996).

Dès 1986 l'accroissement du nombre de bénéficiaires avait en outre conduit le gouvernement néerlandais à réorienter sa politique non seulement dans le sens d'une limitation d'accès aux prestations d'invalidité, mais aussi d'un effort vers la réadaptation à l'emploi : une loi sur l'emploi des travailleurs handicapés avait déjà donné à cette date obligation aux employeurs de favoriser l'égalité des chances en réduisant les difficultés rencontrées par les personnes handicapées par des aides, l'adaptation et l'aménagement des postes de travail.

Mais ce sont surtout les réformes mises en place en 1998 (lois PEMBA et REA) qui ont eu pour objectif d'endiguer plus radicalement le processus de sortie du marché du travail lié au dispositif d'invalidité, et qui ont introduit un ensemble de mesures adressées d'une part aux personnes handicapées et d'autre part aux employeurs afin de favoriser l'accès ou le retour à l'emploi (à temps complet ou partiel).

Pour les salariés, la mise en place de plans de réinsertion est ainsi prévue par la loi PEMBA ; des aides à l'insertion (formation, allocations de réintégration) sont également prévues par la loi REA. Un budget de réinsertion peut aussi être attribué à un salarié devenu invalide pour financer sa réinsertion.

Pour les employeurs de nombreuses incitations à embaucher ou à maintenir dans l'emploi un salarié invalide ont été mises en place par la loi REA : réduction des cotisations sociales lorsque l'entreprise embauche une personne handicapée ou la maintient dans son emploi ; « dispense de salaire » permettant de verser un salaire inférieur au minimum légal lorsque le travailleur handicapé présente une faible productivité, la différence de salaire étant compensée pour la personne handicapée par le maintien de tout ou partie de son allocation invalidité. Une exonération du paiement des indemnités maladie est également prévue si un travailleur embauché alors qu'il avait déjà été reconnu handicapé a de nouveau des problèmes de santé.

Ces politiques ont privilégié l'accès ou le maintien dans l'emploi en milieu ordinaire, sachant que le secteur du travail protégé est par ailleurs, aux Pays-Bas, l'un des plus importants d'Europe, mais qu'il est aussi soumis à de fortes tensions (encadré 3).

Parallèlement à ces incitations à l'emploi, les réformes de 1994 et 1998 ont visé à restreindre l'accès aux dispositifs de maladie et d'invalidité en contraignant les employeurs à prendre en charge le coût des indem-

nités maladie. Les entreprises sont désormais tenues de payer au moins 70 % du salaire des employés pendant la première année de leur congé maladie, tout en assumant la responsabilité de leur réinsertion. Le gouvernement néerlandais espérait ainsi les sensibiliser au coût de l'invalidité et les inciter à réduire leurs dépenses dans ce domaine. Les employeurs ont cependant largement préféré contracter une réassurance auprès d'assureurs privés contre ces nouveaux risques et les différents dispositifs n'ont donc pas apporté tous les effets escomptés. Si le nombre de bénéficiaires de pension d'invalidité a chuté au milieu des années 90, il a recommencé à augmenter à la fin de cette décennie. Les dépenses liées à la santé ont continué de croître, et la part des pensions d'invalidité est restée très importante.

### **Une nouvelle réforme structurelle en 2006 : la loi WIA**

Malgré sa continuité, cette politique n'a obtenu que des résultats

partiels dans l'amélioration de la maîtrise du nombre de bénéficiaires et des coûts des différents programmes. C'est pourquoi les réformes les plus récentes ont une portée de nature beaucoup plus structurelle. Elles visent notamment à modifier les comportements d'accès à l'emploi des personnes handicapées et à mobiliser le secteur privé en vue de leur réinsertion professionnelle.

Dernière réforme en date, la loi WIA transforme depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 le dispositif WAO (encadré 2). Les capacités de travail conservées par le travailleur présentant un handicap sont mises en avant, alors que le dispositif WAO était surtout fondé sur l'appréciation de l'incapacité. Comme précédemment, l'employeur continuera à verser 70 % du salaire pendant les deux premières années du congé maladie de son employé mais désormais employeur et employé seront responsables conjointement des actions visant au retour à l'emploi. La nouvelle loi s'applique à tous les salariés en congé pour invalidité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et prévoit

#### **E-3**

#### **L'emploi protégé aux Pays-Bas**

*Le nombre de personnes, travaillant aux Pays-Bas dans les ateliers protégés est l'un des plus élevé d'Europe. Un rapport du Conseil de l'emploi et des revenus (RWI) de mars 2003 estime à près de 93 000 le nombre de travailleurs qui bénéficient du dispositif (soit 22 % des travailleurs handicapés, trois fois plus qu'en France).*

*La loi sur le travail protégé (WSW) a été considérablement révisée en 1998 afin de tenter de résoudre le problème des listes d'attente de plus en plus longues (22 000 personnes en 1997). Les nouvelles procédures restreignent les conditions d'accès et prévoient des mesures de réorientation périodiques pour les personnes qui ont une place en atelier protégé. La commission d'orientation (composée d'un médecin, d'un psychologue, d'un spécialiste du travail et d'un prospecteur-placier) doit établir le degré d'autonomie du candidat, de sa capacité à travailler et de la gravité de son handicap. Si l'orientation vers le travail protégé est prononcée alors qu'aucune place n'est disponible, le candidat est inscrit sur une liste d'attente. L'orientation doit être revue au bout de deux ans.*

*Les « ateliers protégés » ont été créés aussi bien dans les domaines industriel et administratif que culturel et social. Le budget total du travail protégé a été fixé pour 2004 à 2 150 milliards d'euros. Il est composé d'une partie « décentralisée » gérée par les communes, correspondant au fonctionnement des unités de production qui représente l'essentiel des coûts, et d'une partie « centrale » à la charge de l'État (conventions de travail, coût de modernisation du travail protégé...).*

deux prestations distinctes (IVA et WGA) en fonction des capacités conservées par la personne en termes de travail productif : l'allocation pour « incapacité de travail totale et durable » (IVA) sera ainsi limitée aux personnes ayant une incapacité estimée entre 80 et 100 %, tandis que pour les personnes ayant un handicap partiel (estimé entre 35 % et 80 %) l'Organisme de Sécurité sociale devra vérifier à la fin des deux années de congé maladie que les deux parties ont engagé toutes les actions possibles pour permettre un retour à l'emploi. Ces personnes, considérées comme partiellement aptes au travail devront rester actives et toucheront un complément salarial au titre de la WGA. Toutefois, si le salarié n'a pas retrouvé de travail malgré ces actions, il pourra toujours bénéficier de la WGA. S'il a retrouvé un emploi, son employeur ne sera pas astreint à verser de salaire en cas de nouveau congé maladie durant les cinq années suivantes, l'Organisme de Sécurité sociale prenant alors en charge le versement du salaire dans le cas où l'employé serait de nouveau malade pendant cette période.

### Un recours accru au secteur privé sous l'égide des municipalités

C'est la loi dite SUWI (encadré 2), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002, qui délègue au secteur privé la réinsertion des travailleurs handicapés. Inspirée par le souci de privilégier le retour des demandeurs d'emploi à la vie professionnelle, de limiter leurs démarches et d'améliorer l'efficacité du système en réservant au secteur public les activités non concurrentielles (collecte des primes, paiement des allocations et évaluation des demandes de prestation), la loi SUWI confie la gestion de l'assurance chômage à deux organismes publics placés sous l'autorité du ministère des Affaires sociales : le COWI (Office central pour l'emploi) et l'UWV (Institut pour la gestion des assurances des salariés) à qui la loi donne mission de favoriser la réinsertion professionnelle.

Au niveau local, les centres pour l'emploi et les revenus (CWI) regroupent les structures locales de ces deux organismes. Ils fonctionnent comme des guichets uniques qui

accueillent toutes les personnes qui demandent une prestation, quelle que soit la raison de leur inactivité professionnelle (licenciement, handicap...), inscrivent les demandeurs d'emploi, constituent leur dossier de demande d'allocation et les aident à trouver un emploi. Pour cela ils peuvent conclure des conventions avec des prestataires privés. Chargés prioritairement du placement et du reclassement, les CWI servent également d'intermédiaires entre les intéressés et les organismes payeurs de prestations. Les municipalités deviennent parties contractantes dans le processus de réinsertion et utilisent les budgets de réinsertion qui leur sont alloués pour acheter des services de réinsertion. Pour ce faire, la municipalité organise une procédure d'appel d'offres et signe un contrat avec l'agence de placement privée retenue pour la fourniture de services de réinsertion.

L'introduction des CWI a donc à cet égard renforcé le rôle des municipalités. Celles-ci, par ailleurs, sont désormais tenues d'assurer les soins infirmiers dans le cadre des soins de longue durée.

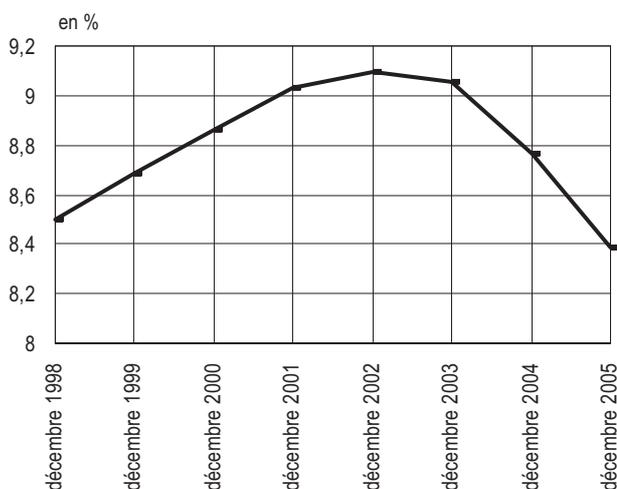
### Le budget personnalisé, une orientation mise en œuvre suite aux demandes des associations de personnes handicapées

Un dispositif de budget personnalisé a enfin été introduit en 1996 pour toute personne atteinte d'un handicap physique ou d'une maladie chronique lorsqu'elle réside à domicile et a besoin d'une assistance à long terme (plus de trois mois), que cette assistance soit médicale ou personnelle (soins infirmiers, travaux ménagers...). Réservé à sa création aux personnes nécessitant une assistance et aux personnes mentalement handicapées, le PGB (« *Personengebonden budget* ») est devenu en 2003 un système unique, attribué quelle que soit la nature de l'invalidité, pour permettre aux bénéficiaires d'acheter des services d'aide à la personne. Le PGB

6

G  
•03

taux de bénéficiaires de pension d'invalidité dans la population active



Source : Office néerlandais des statistiques et Eurostat 2005

est une somme attribuée par le « *zorgkantoor* », bureau de soins de santé régional, pour permettre à la personne handicapée d'acheter des soins ou une assistance auprès d'un établissement sanitaire ou d'un prestataire privé : services d'aide en institution ou à domicile, agences mandataires, agences d'infirmières. Les prestataires de services individuels peuvent être des amis, voisins, conjoint ou membre de la famille, les usagers étant entièrement libres de leur choix à condition qu'un contrat écrit soit établi, décrivant les tâches, les horaires et le salaire du prestataire. Il arrive fréquemment que l'utilisateur décide de recourir à la fois à une agence, à un ami et à une infirmière indépendante, par exemple, pour assurer différentes tâches d'assistance.

L'éligibilité de l'assuré et ses besoins sont exprimés en heures d'aide et sont appréciés par le bureau local : seule l'aide allant au-delà de

l'assistance « habituelle » donnée par la famille donne droit à ces prestations.

Début 2005, le nombre total de bénéficiaires du budget personnalisé était d'environ 70 000 (contre 10 410 en 1998)<sup>3</sup>, et représentait 4,5 % des dépenses au titre de la loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (ABWZ). Cependant, avec la volonté générale visant à maîtriser les dépenses, le budget destiné aux allocations personnalisées a été plafonné, ce qui fait craindre l'apparition de listes d'attente et la diminution du recours à cet instrument, depuis longtemps réclamé par les associations de personnes handicapées.

La succession de lois mises en œuvre depuis 1984 pour réformer le système de pensions d'invalidité, en faisant porter un poids financier accru à l'employeur, et en opérant une mobilisation croissante du secteur privé, assortie d'une régulation forte,

semble avoir eu un effet positif sur la diminution des entrées (graphique 3), en particulier en raison de critères plus restrictifs dans le dispositif WAO ainsi que sur le nombre de congés maladie. Cette stratégie semble voir porté ses fruits dans ces deux domaines. Cependant la nouvelle loi WIA tend à restreindre encore plus le recours aux prestations d'invalidité en le limitant aux personnes présentant un handicap de plus de 80 % afin d'atteindre l'objectif de 25 000 entrées par an pour les personnes présentant une incapacité permanente et totale. ●

3. WATERLAS L., SAMOY E., 2005, « L'allocation personnalisée : le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin, Drees.

# DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

## N° 4 OCTOBRE - DÉCEMBRE 2005

### *A paraître*

## LES REVENUS SOCIAUX EN 2004

Prix : 11,60 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé  
sont diffusés par la Documentation  
Française  
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

8

Renseignements,  
commande et abonnement annuel au :  
01 40 15 70 00

Commande en ligne :  
[www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)

*Derniers numéros parus :*

- Études diverses  
N° 3, juillet-septembre 2005
- Études diverses  
N° 2, avril-juin 2005
- Études sur les dépenses de santé  
N° 1, janvier-mars 2005
- Les revenus sociaux en 2003  
N° 4, octobre-décembre 2004

*au sommaire de ce numéro*

### **LES PRESTATIONS DE PROTECTIONS SOCIALES EN 2004**

*Julien BECHTEL et Michel DUÉE*

### **LES PRESTATIONS FAMILIALES ET DE LOGEMENT EN 2004**

*Nathalie BLANPAIN*

### **LES ALLOCATAIRES DE MINIMA SOCIAUX EN 2004**

*Marie AVENEL, en collaboration avec Cécile NABOS*

### **LES RETRAITES EN 2004 : PREMIERS ÉLÉMENTS SUR LA RÉFORME DES RETRAITES**

*Alexandre DELOFFRE,  
en collaboration avec Cécile NABOS*

Hors dossier

### **LES PLACES EN MAISONS DE RETRAITE ET UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE : UNE PROJECTION À L'HORIZON 2030**

*Nathalie DUTHEIL*

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 468 • février 2006

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Elisabeth HINI • Conseiller technique : Gilbert ROTBART •  
Secrétaires de rédaction : Catherine DEMAISON, Ezra DANIEL • Mise en page : Laurent OUARD •  
Impression : AIT du ministère de la Santé et des solidarités  
Internet : [www.sante.gouv.fr/html/publication](http://www.sante.gouv.fr/html/publication)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791