

Mieux comprendre l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité

Y. Saks^(*)

Introduction

Durant sa carrière professionnelle, un travailleur est susceptible de tomber malade pendant une durée plus ou moins longue. En Belgique, on établit une distinction entre la première année de maladie (incapacité primaire de travail) et les périodes de maladie plus longues (au-delà d'un an, on parle d'invalidité).

L'INAMI gère et contrôle l'assurance obligatoire en matière de soins de santé. À ce titre, l'Institut est notamment responsable du paiement des indemnités aux travailleurs du secteur privé qui sont déclarés en incapacité de travail.

La reconnaissance de l'invalidité est fixée par un médecin-conseil de l'INAMI sur la base d'un examen médical de l'assuré. Cette décision n'acquiert en principe jamais un caractère définitif. En effet, l'assuré peut être reconvoqué pour un nouvel examen après un certain temps, ou encore se réorienter professionnellement et reprendre le travail. Dans certains cas, l'invalidité peut être reconnue jusqu'à la date de la pension.

Au 31 décembre 2016, l'INAMI recensait plus de 390 000 personnes considérées comme invalides et bénéficiant à ce titre de prestations sociales, soit environ 366 000 personnes issues du régime des salariés du secteur privé et quelque 24 500 de celui des indépendants. Cela représente plus de 5 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans.

Ce nombre d'invalides est en augmentation continue depuis une vingtaine d'années. Le présent article vise à

ventiler cette hausse entre, d'une part, la proportion explicable, notamment par le vieillissement de la population et par l'évolution du taux d'activité, et, d'autre part, le résidu non imputable à de tels facteurs.

Dans la suite de l'article, nous nous concentrons sur les personnes qui étaient auparavant des salariés du secteur privé, car c'est surtout le nombre de ces bénéficiaires qui s'est accru. Le régime des indépendants se démarque de celui des salariés notamment par la durée de la période non indemnisée de maladie et par le montant des allocations. On ne prend pas non plus en considération les fonctionnaires bénéficiant d'un congé de maladie de longue durée ou mis à la retraite pour cause d'invalidité. Ces personnes relèvent d'un régime distinct propre à la fonction publique.

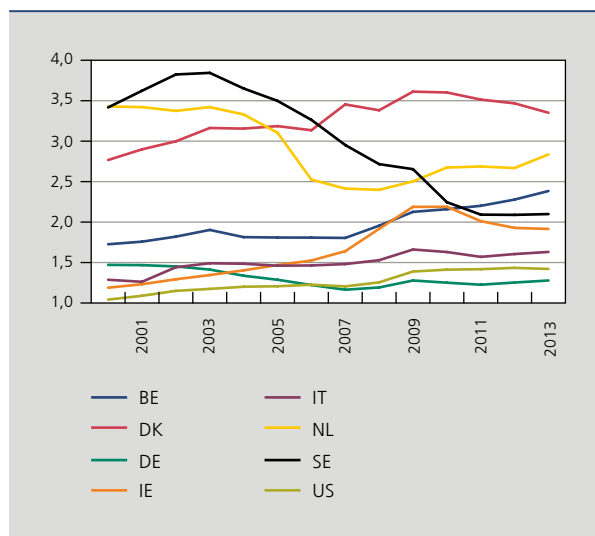
La première partie fait le point sur la situation actuelle de l'assurance-invalidité en Belgique. La deuxième propose une méthode simple pour examiner l'importance des différents facteurs directement observables. Les changements dans la composition des entrées en invalidité, de même que les déterminants économiques et institutionnels du système, sont également abordés. La troisième partie évoque quant à elle les mesures prises. Enfin, l'article se clôture par un résumé des principaux résultats des simulations et de leurs enseignements.

1. Évolution du nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité

L'assurance-invalidité est un dispositif permettant de garantir un revenu de remplacement en cas de maladie invalidante ou de handicap survenant durant la vie active. Pour permettre une comparaison internationale,

^(*) L'auteur souhaite remercier Tamara Malyster et ses collègues du Service des indemnités – Direction Finances et Statistiques de l'INAMI.

GRAPHIQUE 1 DÉPENSES PUBLIQUES RELATIVES À L'INVALIDITÉ⁽¹⁾ – PRESTATIONS EN ESPÈCES (pourcentages du PIB)



Source : OCDE.

(1) Dépenses engagées par les pouvoirs publics au titre de la maladie, du handicap et des accidents du travail. Elles comprennent principalement les prestations d'invalidité en espèces, qui regroupent les paiements effectués en raison d'une incapacité totale ou partielle du bénéficiaire d'exercer une activité professionnelle rémunérée, et les dépenses d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

nous utilisons les données statistiques de l'OCDE. Celles-ci ne distinguent pas l'incapacité primaire (moins d'un an de maladie) de l'invalidité (un an et plus) et incluent également les dépenses liées aux accidents du travail. Exprimées en pourcentage du PIB, les dépenses publiques destinées à offrir un revenu de remplacement aux malades et aux invalides sont en hausse dans de nombreux pays européens et aux États-Unis depuis la crise économique et financière de 2008. Les Pays-Bas et la Suède constituent des exceptions : dans ces pays, les régimes de maladie qui servaient de filières de retrait du marché du travail ont été profondément réformés (cf. infra). Ces statistiques agrégées illustrent également l'évolution de la situation belge.

Le nombre d'invalides au sein d'une population dépend de différents facteurs. Il s'agit d'un stock qui augmente avec les entrées en invalidité et diminue avec les sorties (retours à l'emploi, décès et retraites).

Le nombre d'entrées durant une année donnée dépend, d'une part, de la population couverte par l'assurance-invalidité et, d'autre part, du taux d'incidence de l'invalidité. La population couverte varie principalement en fonction de l'évolution de la population active.

En Belgique, la population active s'est accrue au cours des dernières décennies, en particulier sous l'effet de

la plus grande participation des femmes au marché du travail et, plus récemment, de l'allongement des carrières professionnelles.

L'âge légal de la retraite des femmes a graduellement été relevé entre 1997 et 2008, passant de 60 à 65 ans. Amener les femmes à être actives cinq années de plus ouvre aussi la couverture par l'assurance-invalidité durant cinq années supplémentaires, ce qui peut se traduire par davantage d'entrées en invalidité et, pour celles dans cette situation, par des périodes d'invalidité plus longues. Un phénomène similaire se produira lorsque l'âge légal de la pension sera porté à 66 ans en 2025 et à 67 ans en 2030. Quand elles atteignent l'âge légal de la pension, les personnes ne dépendent plus du dispositif de l'invalidité et deviennent des retraités, leurs allocations étant alors financées par le système des pensions.

Le taux d'incidence a également un effet direct sur les entrées. Ce taux varie notamment en fonction des caractéristiques des personnes. Il y a une relation monotone croissante entre l'incidence de l'invalidité et l'âge (cf. section 2.1). Autrement dit, même si le taux d'incidence était constant dans le temps, une population active vieillissante entraînerait, ceteris paribus, un plus grand nombre d'entrées en invalidité.

Le taux d'incidence de l'invalidité dépend aussi d'autres facteurs. Des études américaines (cf. Case et Deaton, 2017) montrent que le niveau de revenu et le niveau d'éducation du ménage ont une influence statistiquement significative sur la probabilité de tomber en invalidité, même en tenant compte de l'âge. La direction de causalité entre la santé (ou, dans un sens plus restreint, l'invalidité), d'une part, et le revenu ou le niveau d'éducation, d'autre part, est toutefois ambiguë. Les personnes dont le niveau d'éducation est plus élevé auraient en moyenne des habitudes de vie plus saines et seraient mieux informées quant à l'effet de leurs comportements sur leur santé (activité physique, alimentation saine, consommation de tabac ou d'alcool modérée, etc.). La direction de causalité peut aussi être inverse : des personnes en moins bonne santé rencontrent souvent des difficultés scolaires ou professionnelles. Ces différences d'état de santé en fonction du niveau d'éducation sont une source majeure d'inégalité car elles perdurent tout au long de la vie et se reflètent dans tous les domaines : perspectives professionnelles, revenus, mais éventuellement aussi situation conjugale et familiale.

Le taux d'incidence de l'invalidité varie également en fonction du contexte de vie. Une meilleure sécurité de l'environnement de travail, une moindre prépondérance des travaux manuels lourds et la tertiarisation de l'économie

contribuent à diminuer l'incidence de nombreuses causes d'invalidité (notamment les blessures et traumatismes physiques dans le cadre du travail). Par ailleurs, ces changements sociétaux auraient induit de nouveaux risques (stress, hyperconnectivité, etc.). Ils ne devraient toutefois pas nécessairement se traduire par une détérioration permanente des capacités de gains par le travail.

Un plus haut taux de sortie de l'invalidité contribue à une diminution du nombre d'invalides. Les sorties de l'invalidité sont de trois types : le recouvrement des capacités permettant de revenir sur le marché du travail, le passage vers le système des pensions et le décès. Les politiques et les mesures prises visent à aider à la récupération des capacités. Par la nature du système d'invalidité et la sélectivité à l'entrée, le taux de retour à l'activité est faible (cf. OCDE, 2010 et CSE, 2014).

2. Contributions des différents facteurs à la croissance de l'effectif des invalides en Belgique

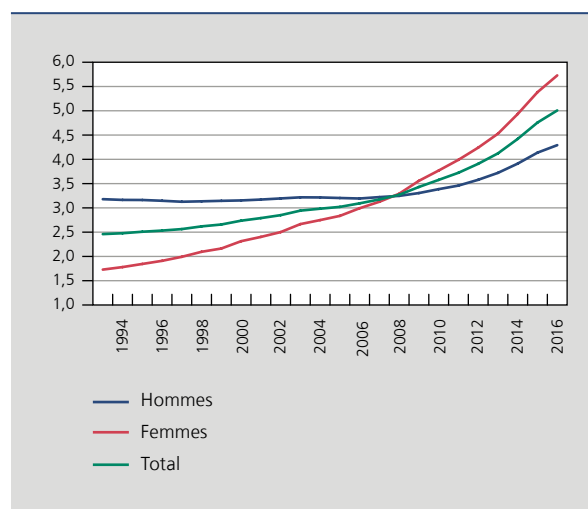
Le nombre d'invalides en Belgique au sein du régime des salariés est passé de 164 751 en 1993 à 366 293 en 2016. Le point de départ de notre analyse (1993) est arbitraire : il est dicté par la disponibilité des données au niveau de l'INAMI.

Le premier facteur d'évolution est la croissance de la population âgée de 15 à 64 ans. Celle-ci a cependant été bien moindre au cours de ces 23 années – soit 9 % au total – que celle de l'effectif des invalides, qui a plus que doublé – soit une progression de 122 %.

La majeure partie de l'augmentation ne s'explique donc pas par la seule croissance de la population. En rapportant le nombre d'invalides à la population âgée de 15 à 64 ans, on observe effectivement une hausse du taux d'invalidité à travers le temps. Ce sont surtout les femmes qui y ont contribué. La progression du nombre de bénéficiaires sur la période d'observation a été beaucoup plus rapide parmi celles-ci (il a triplé) que parmi les hommes (+47 %). Cette différence n'est pas due aux taux d'accroissement des populations féminine et masculine, qui ont été similaires au cours de cette période. Le taux de participation féminin croissant durant ces vingt dernières années et l'alignement de l'âge légal de la retraite sont indéniablement des facteurs qui ont lourdement influé sur l'ascension du nombre d'invalides de sexe féminin enregistrée sur la période.

(1) Cette enquête réalisée tous les cinq ans par l'Institut scientifique de santé publique vise à décrire l'état de santé de la population résidant en Belgique et à déterminer les besoins en la matière.

GRAPHIQUE 2 PART DE LA POPULATION ÂGÉE DE 15 À 64 ANS EN INVALIDITÉ⁽¹⁾
(pourcentages, Belgique)



Sources : DGS, INAMI.

(1) Invalides dans le cadre du régime des salariés du secteur privé.

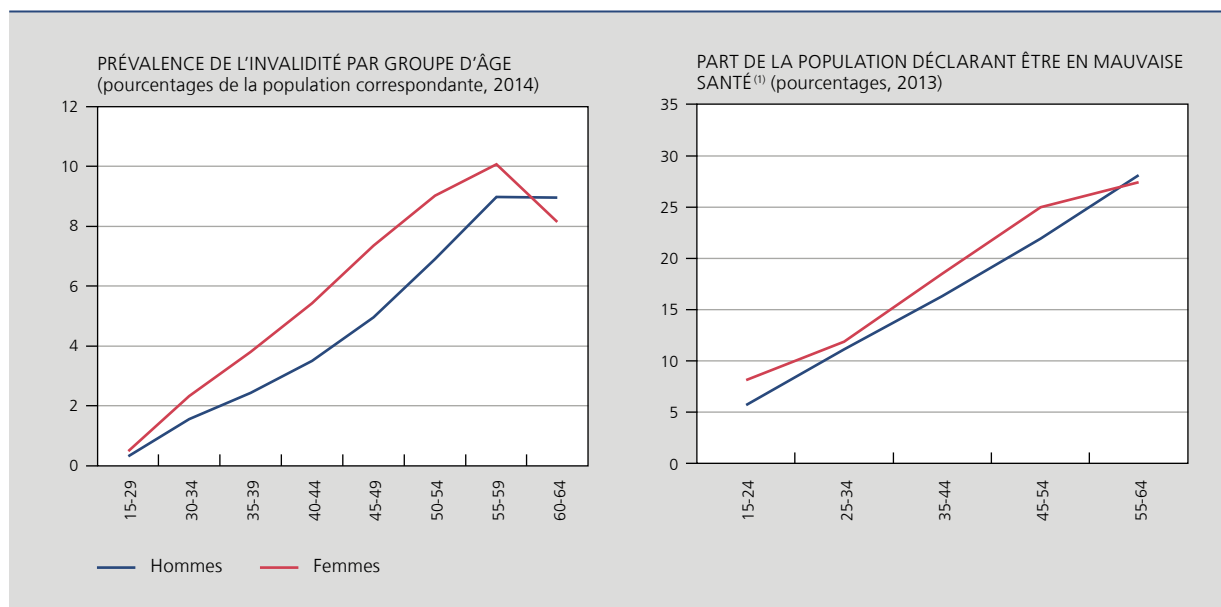
En outre, en se limitant à la seule population masculine, on note également une augmentation du taux d'invalidité, surtout à partir du début de la crise économique et financière de 2008.

Nous allons mettre en évidence les contributions respectives des changements aux niveaux de la distribution des groupes d'âge, de la population indemnisable et de la santé pour expliquer la hausse de l'invalidité dans notre pays, en se fondant sur l'approche simple développée par Duggan et Imberman (2009).

2.1 Changement dans la structure des âges

Le taux d'invalidité, mesuré ici comme le nombre d'invalides au sein d'un groupe d'âge rapporté à la population correspondante, progresse au fur et à mesure que l'âge s'accroît. La relation est très pentue ; ainsi, la prévalence de l'invalidité chez les hommes est quasi six fois plus élevée dans les groupes au-delà de 55 ans que dans la tranche d'âge des 30-34 ans. Cette dépendance de l'invalidité vis-à-vis de l'âge n'est pas surprenante, étant donné que de nombreux indicateurs de santé varient également en fonction de l'âge. Le panneau de droite du graphique 3 reprend ainsi la santé subjective en Belgique selon l'enquête de santé⁽¹⁾ la plus récente. Le taux d'invalidité des femmes est actuellement légèrement supérieur à celui des hommes, alors que dans le passé l'invalidité masculine était prépondérante.

GRAPHIQUE 3 INVALIDITÉ, SANTÉ SUBJECTIVE ET ÂGE EN BELGIQUE



Sources : DGS, INAMI, ISP.

(1) État de santé jugé moyen, mauvais ou très mauvais.

Pour quantifier l'impact du vieillissement de la population sur l'augmentation de l'invalidité, on procède à une analyse contrefactuelle. Par contrefactuel, on entend les scénarios du type « Que se serait-il passé si telle caractéristique observée avait été différente de celle qui prévalait à ce moment-là ? ». Les résultats du scénario sont ensuite comparés avec l'évolution réelle pour estimer l'impact de la variable étudiée.

Les résultats de la comparaison sont présentés dans le tableau 1, respectivement pour les hommes et pour les femmes. Les premières colonnes reprennent l'effectif des invalides en 1993 (année de base). En divisant le nombre de cas d'invalidité dans une tranche d'âge donnée par la taille de ce groupe d'âge au sein de la population correspondante, on obtient le taux de prévalence de l'invalidité. On constate que, en 1993, la prévalence était globalement plus importante pour les hommes. La ventilation par groupe d'âge montre des taux de prévalence plus élevés pour les femmes jusqu'à 40 ans, puis, au-delà, largement supérieurs pour les hommes. Ainsi par exemple, dans le groupe des 55-59 ans, les travailleurs masculins en invalidité étaient quasi deux fois plus nombreux (plus de 9 %) que leurs homologues féminins (4,6 %).

Les colonnes suivantes ont trait à la population ventilée par âge. Entre 1993 et 2016, on note un fort glissement au sein de la population en âge de travailler vers les classes d'âge supérieures pour toutes les tranches d'âge inférieures à 45 ans, et ce tant pour les hommes que pour les femmes. Cette structure démographique déséquilibrée s'explique par le vif rebond des naissances après la Seconde Guerre mondiale. La plupart des personnes issues de la génération du baby-boom avaient entre 30 et 45 ans en 1993.

L'effectif contrefactuel d'invalides se calcule en multipliant le taux de prévalence par âge de 1993 par les effectifs de population recensés en 2016. On obtient ainsi l'effectif attendu d'invalides. Pour les hommes, l'effectif simulé atteint ainsi 136 000 personnes, alors que, dans la réalité, les bénéficiaires ont été plus de 157 000.

Pour chiffrer l'impact du changement dans la structure des âges au sein de la population masculine, on compare la variation attendue de la prévalence, soit 0,53 % ($\Delta_{sim} = 3,70-3,17$), à la variation constatée de la prévalence, soit 1,11 % ($\Delta = 4,28-3,17$). Ainsi, le vieillissement explique quasi la moitié de la hausse observée du nombre d'invalides ($\Delta_{sim}/\Delta = 48\%$) parmi les travailleurs masculins entre 1993 et 2016⁽¹⁾.

Pour les femmes, il se pose le problème additionnel du changement réglementaire de l'âge de la pension. En 1993, l'âge de la pension était encore fixé à 60 ans, de

(1) Pour tester la robustesse de cet ordre de grandeur, d'autres simulations ont été réalisées en changeant la fenêtre d'observation. Ainsi, sur la période allant de 1993 à 2014, la variation de la prévalence expliquée par le vieillissement atteignait encore 68 %, contre 54 % sur la période allant de 1993 à 2015. Ce n'est qu'à partir de 2016 que la proportion chute sous la barre des 50 %. Les résultats de la décomposition sont inévitablement sensibles à l'année de base choisie.

TABLEAU 1 PART DE LA CROISSANCE DU NOMBRE DE CAS D'INVALIDITÉ PARMIS LES HOMMES ET PARMIS LES FEMMES EXPLIQUÉE PAR LE CHANGEMENT DANS LA STRUCTURE DES ÂGES

	Prévalence de l'invalidité en 1993		Population en 1993		Population en 2016		Effectif attendu d'invalides en 2016 (simulé)		Effectif réel d'invalides en 2016		Écart entre les effectifs observés et simulés
	Effectif	En % de la population	Effectif	En %	Effectif	En %	Taux de prévalence en 1993	Effectif simulé	Effectif	En % de la population	
Hommes											
De 15 à 29 ans	2 958	0,28	1 065 371	31,6	1 032 615	28,1	0,28	2 867	3 549	0,34	682
De 30 à 34 ans	4 362	1,06	412 104	12,2	362 449	9,9	1,06	3 836	6 192	1,71	2 356
De 35 à 39 ans	6 640	1,69	391 794	11,6	373 898	10,2	1,69	6 337	10 421	2,79	4 084
De 40 à 44 ans	9 248	2,54	364 372	10,8	372 133	10,1	2,54	9 445	14 647	3,94	5 202
De 45 à 49 ans	13 070	3,86	338 189	10,0	397 836	10,8	3,86	15 375	21 595	5,43	6 220
De 50 à 54 ans	16 780	6,41	261 875	7,8	412 524	11,2	6,41	26 433	31 528	7,64	5 095
De 55 à 59 ans	25 563	9,44	270 794	8,0	385 494	10,5	9,44	36 391	37 605	9,76	1 214
De 60 à 64 ans	28 294	10,45	270 747	8,0	337 933	9,2	10,45	35 315	31 745	9,39	-3 570
Total	106 915	3,17	3 375 246	100,0	3 674 882	100,0	3,70	135 999	157 282	4,28	21 283
Femmes											
De 15 à 29 ans	2 818	0,28	1 024 073	30,8	1 013 656	27,8	0,28	2 789	5 827	0,57	3 038
De 30 à 34 ans	4 616	1,16	397 822	12,0	363 135	10,0	1,16	4 214	10 199	2,81	5 985
De 35 à 39 ans	7 022	1,85	379 664	11,4	371 398	10,2	1,85	6 869	16 387	4,41	9 518
De 40 à 44 ans	8 743	2,49	351 625	10,6	364 132	10,0	2,49	9 054	22 482	6,17	13 428
De 45 à 49 ans	10 615	3,22	330 171	9,9	387 875	10,7	3,22	12 470	32 247	8,31	19 777
De 50 à 54 ans	10 617	4,04	262 843	7,9	404 432	11,1	4,04	16 336	42 420	10,49	26 084
De 55 à 59 ans	12 825	4,56	281 156	8,5	387 578	10,6	4,56	17 679	45 150	11,65	27 471
De 60 à 64 ans	14 925 ⁽¹⁾	5,05 ⁽²⁾	295 552	8,9	348 704	9,6	5,05	17 609	33 458	9,59	15 849
Total	72 181	2,17	3 322 906	100,0	3 640 910	100,0	2,39	87 020	208 170	5,72	121 150

Sources : DGS, INAMI.

(1) En 1993, l'âge légal de la retraite pour les femmes était de 60 ans. Le nombre observé de femmes invalides dans la tranche d'âge des 60-64 ans était quasi nul (187 personnes), la majorité d'entre elles relevant déjà du système de pension. L'effectif d'invalides est calculé dès lors sur la base de la population âgée de 60 à 64 ans et d'un taux de prévalence imputé.

(2) Le taux de prévalence de l'invalidité pour les femmes âgées de 60 à 64 ans en 1993 a été imputé à 5,05 % (soit 4,56 % x le taux de croissance observé pour la prévalence entre les tranches d'âge de 55-59 ans et de 60-64 ans pour les hommes).

sorte que le nombre de femmes invalides dans la tranche d'âge des 60-64 ans était quasi nul. Nous avons dès lors imputé un taux de prévalence fictif pour cette tranche d'âge, basé sur le taux de prévalence de la tranche précédente et de la progression de l'invalidité en fonction de l'âge. Le résultat obtenu pour les femmes est très différent de celui calculé pour leurs homologues masculins. En effet, la variation attendue de la prévalence est d'à peine 0,22 % ($\Delta_{sim} = 2,39-2,17$), alors que la variation observée est importante, à 3,6 % ($\Delta = 5,72-2,17$). La part expliquée par le seul changement dans la structure des âges s'élève donc à 6 % ⁽¹⁾ pour les femmes.

Ce qui a davantage varié entre les genres est le taux de couverture par l'assurance-invalidité, que nous examinons dans la prochaine section.

2.2 Changement dans la proportion de personnes éligibles à l'assurance

Même en l'absence de changements dans le cadre réglementaire, le degré de couverture de l'assurance-invalidité peut varier si, comme c'est généralement le cas, il existe des conditions d'éligibilité, comme le fait d'avoir (exercé) une activité salariée. Le dispositif est en effet conçu comme une assurance sociale; en d'autres termes, il faut avoir cotisé (c'est-à-dire avoir (eu) des revenus d'activité dont une partie a été prélevée sous la forme de cotisations sociales) pour ouvrir les droits à l'assurance.

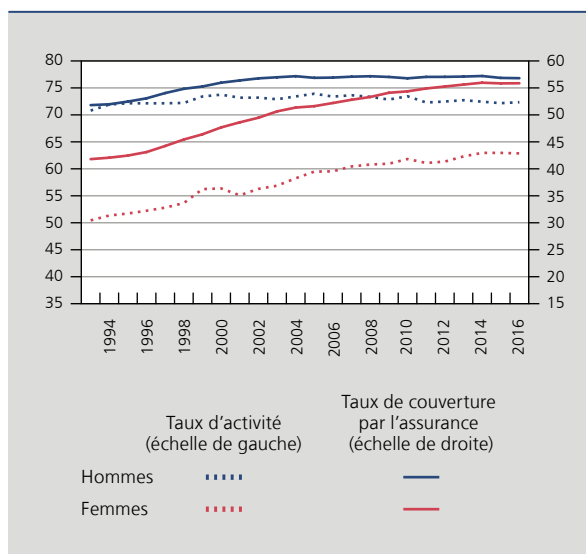
Dès lors, la forte augmentation du taux d'activité des femmes a très largement influencé la hausse du nombre d'invalides. Selon les enquêtes sur les forces de travail (EFT), ce taux est ainsi passé de 50,4 % en 1993 à 62,9 % en 2016, ce qui représente une progression de près de 13 points de pourcentage, alors que celui des hommes ne s'est que faiblement redressé au cours de cette même période, passant de 70,8 % en 1993 à 72,3 % en 2016.

Selon les statistiques administratives relatives au régime salarié de l'INAMI, les titulaires indemnisables (à savoir les personnes couvertes par l'assurance-invalidité) sont les travailleurs salariés du secteur privé et les demandeurs d'emploi inoccupés moins les prépensionnés chômeurs qui, en raison du complément payé par leur ancien employeur, n'ont en principe jamais intérêt à demander le statut d'invalidité et ne sont donc pas considérés comme indemnisables.

Nous utilisons ces données administratives pour procéder à une nouvelle simulation, en nous fondant sur les

(1) En modifiant la fenêtre d'observation, ce pourcentage reste du même ordre de grandeur, soit entre 6 et 8 %.

GRAPHIQUE 4 ÉVOLUTION DU TAUX D'ACTIVITÉ ET COUVERTURE PAR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ ⁽¹⁾
(pourcentages de la population en âge de travailler correspondante)



Sources : DGS, INAMI.

(1) Le taux de couverture par l'assurance-invalidité est le rapport entre la population de titulaires (potentiellement) indemnisables selon la définition de l'INAMI et la population d'âge correspondante.

mêmes principes que précédemment (cf. tableau 2). Pour les hommes, on note que le pourcentage de personnes indemnisables a globalement faiblement augmenté entre 1993 et 2016, à l'instar de l'évolution du taux d'activité masculin. En revanche, pour les femmes, on constate que le pourcentage de titulaires indemnisables a très sensiblement grimpé pour toutes les tranches d'âge à l'exception de celle des plus jeunes (15-29 ans).

Les effectifs simulés sont calculés en considérant pour 2016 les taux de prévalence de 1993, qu'on redresse pour tenir compte de l'expansion de la population indemnisable. La simulation corrige donc à la fois pour le changement de la structure par âge et pour la variation du degré de couverture de l'assurance.

Pour les hommes, l'accroissement de l'effectif simulé d'invalides dépasse l'accroissement effectif. Ce résultat s'explique par la large progression du taux d'activité dans les deux dernières tranches d'âge, de sorte que le redressement des taux de prévalence est substantiel. La simulation explique donc entièrement la hausse du nombre d'invalides masculins.

Pour les femmes, la variation attendue de la prévalence est de 3,0 % ($\Delta_{sim} = 5,21-2,17$), alors que la variation observée est plus élevée, soit 3,6 % ($\Delta = 5,72-2,17$). La part expliquée par le seul élargissement de la population de

TABLEAU 2 PART DE LA CROISSANCE DU NOMBRE DE CAS D'INVALIDITÉ PARMIS LES HOMMES ET PARMIS LES FEMMES EXPLIQUÉE PAR LA VARIATION DE LA POPULATION INDEMNISABLE

	Invalidité en 1993			Population en 1993			Population en 2016			Effectif d'invalides en 2016 (simulé)			Effectif d'invalides en 2016 (observé)			Écart entre les effectifs réel et simulé
	Taux d'invalidité (en % de la population totale)	Nombre d'invalides (en % des personnes indemnisables)	Effectif d'invalides	Effectif	Effectif des personnes indemnisables	Pourcentage de personnes indemnisables	Effectif	Effectif des personnes indemnisables	Pourcentage de personnes indemnisables	Taux d'invalidité simulé	Effectif d'invalides	Taux d'invalidité	Effectif d'invalides			
Hommes																
De 15 à 29 ans	0,28	0,62	2 958	1 065 371	480 057	45,1	1 032 615	403 969	39,1	0,24	2 489	0,34	3 549	1 060		
De 30 à 34 ans	1,06	1,60	4 362	412 104	273 367	66,3	362 449	269 642	74,4	1,19	4 303	1,71	6 192	1 889		
De 35 à 39 ans	1,69	2,76	6 640	391 794	240 288	61,3	373 898	268 941	71,9	1,99	7 432	2,79	10 421	2 989		
De 40 à 44 ans	2,54	4,22	9 248	364 372	218 958	60,1	372 133	258 540	69,5	2,93	10 920	3,94	14 647	3 727		
De 45 à 49 ans	3,86	6,41	13 070	338 189	203 917	60,3	397 836	271 752	68,3	4,38	17 418	5,43	21 595	4 177		
De 50 à 54 ans	6,41	11,31	16 780	261 875	148 377	56,7	412 524	275 849	66,9	7,56	31 196	7,64	31 528	332		
De 55 à 59 ans	9,44	21,07	25 563	270 794	121 342	44,8	385 494	228 961	59,4	12,51	48 235	9,76	37 605	-10 630		
De 60 à 64 ans	10,45	45,40	28 294	270 747	62 328	23,0	337 933	109 721	32,5	14,74	49 808	9,39	31 745	-18 063		
Total	3,17	6,11	106 915	3 375 246	1 748 634	51,8	3 674 882	2 087 375	56,8	4,67	171 800	4,28	157 282	-14 518		
Femmes																
De 15 à 29 ans	0,28	0,57	2 818	1 024 073	490 109	47,9	1 013 656	392 880	38,8	0,22	2 259	0,57	5 827	3 568		
De 30 à 34 ans	1,16	1,77	4 616	397 822	260 058	65,4	363 135	269 237	74,1	1,32	4 779	2,81	10 199	5 420		
De 35 à 39 ans	1,85	3,35	7 022	379 664	209 525	55,2	371 398	264 283	71,2	2,38	8 857	4,41	16 387	7 530		
De 40 à 44 ans	2,49	5,35	8 743	351 625	163 484	46,5	364 132	252 753	69,4	3,71	13 517	6,17	22 482	8 965		
De 45 à 49 ans	3,22	8,45	10 615	330 171	125 636	38,1	387 875	264 972	68,3	5,77	22 388	8,31	32 247	9 859		
De 50 à 54 ans	4,04	13,66	10 617	262 843	77 734	29,6	404 432	261 781	64,7	8,84	35 754	10,49	42 420	6 666		
De 55 à 59 ans	4,56	22,12	12 825	281 156	57 975	20,6	387 578	222 469	57,4	12,70	49 214	11,65	45 150	-4 064		
De 60 à 64 ans	5,05 ⁽¹⁾	50,00 ⁽²⁾	14 925 ⁽¹⁾	295 552	29 850 ⁽²⁾	10,1 ⁽²⁾	348 704	105 558	30,3	15,14	52 777	9,59	33 458	-19 319		
Total	2,17	5,10	72 181	3 322 906	1 414 371	42,6	3 640 910	2 033 933	55,9	5,21	189 545	5,72	208 170	18 625		

Sources : DGS, INAMI.

(1) Le taux de prévalence de l'invalidité pour les femmes âgées de 60 à 64 ans en 1993 a été imputé à 5,05 %, comme dans la simulation précédente.

(2) Pour neutraliser l'effet du relèvement de l'âge de la retraite pour les femmes, l'effectif de la population indemnisable a aussi été imputé pour les femmes âgées de 60 à 64 ans.

titulaires indemnisables représente près de 80 % de l'augmentation du nombre d'invalides de sexe féminin.

2.3 Changement dans l'état de santé moyen de la population

Nous avons mis en évidence que le vieillissement de la population et la plus grande participation au marché du travail permettent d'expliquer la totalité de l'augmentation du nombre d'invalides parmi les hommes et plus de 86 % de celle enregistrée parmi les femmes. Ces simulations ne tiennent cependant pas compte d'un autre facteur qui a également évolué, à savoir les progrès de la médecine au cours de cette période de 23 ans.

La probabilité de rester en bonne santé durant la vie active s'est indéniablement accrue durant la période d'observation. Nous présentons ici les taux de mortalité enregistrés, à savoir les nombres de décès rapportés aux effectifs de populations correspondantes.

Sur la période d'observation, les taux de mortalité par âge et par genre sont en moyenne en régression. La diminution de la mortalité des hommes dans les tranches d'âge les plus élevées de la population en âge de travailler⁽¹⁾ est sensible. Pour les femmes également, ces taux ont continué de s'amenuiser, fût-ce dans une moindre proportion.

(1) L'assurance-invalidité concerne les personnes âgées de 15 à 64 ans. La situation de santé pendant la retraite n'influe pas directement sur la dynamique du système.

Globalement, si le taux de mortalité constitue une bonne mesure de l'évolution (inverse) de la santé, cette évolution a probablement contribué à réduire l'incidence de l'invalidité à travers le temps. La dynamique du système d'assurance-invalidité est certes complexe, et on pourrait spéculer que le repli du taux de mortalité a pu avoir un effet pernicieux sur le niveau du stock d'invalides.

Il semble cependant vraisemblable que la tendance baissière du taux de mortalité se soit au moins partiellement traduite par un recul du taux de morbidité et par une amélioration des capacités fonctionnelles de la population d'âge actif.

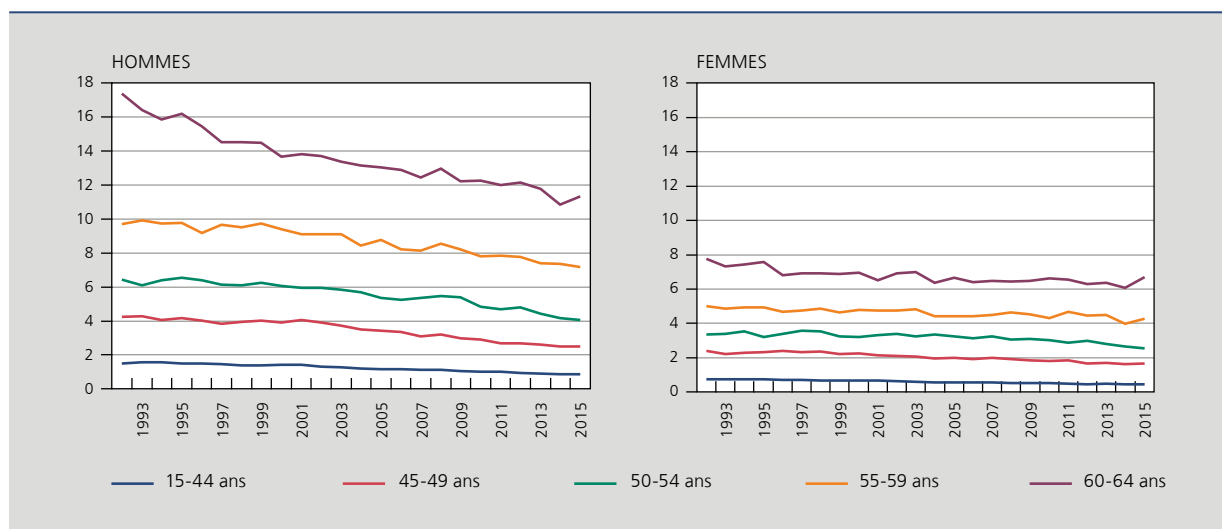
Dans la logique de nos simulations emboîtées et en considérant *prima facie* l'évolution des taux de mortalité enregistrés comme un indicateur de la progression de l'état de santé moyen, une nouvelle simulation a été réalisée, dans le cadre de laquelle les taux d'invalidité de 1993 ont été ajustés à la fois pour l'évolution du taux de couverture et pour les changements en termes de morbidité. Pour les hommes, l'effectif attendu d'invalides redevient inférieur à l'effectif observé et le résidu non expliqué est de 13 %. Pour les femmes, cette nouvelle simulation explique 81 % de la hausse, ce qui laisse non expliquée une part de 19 %.

2.4 Émergence de risques nouveaux et motifs d'invalidité

L'INAMI ventile les motifs d'entrée en invalidité par groupes de maladies. Deux catégories ont affiché une

GRAPHIQUE 5 TAUX DE MORTALITÉ ENREGISTRÉS EN BELGIQUE

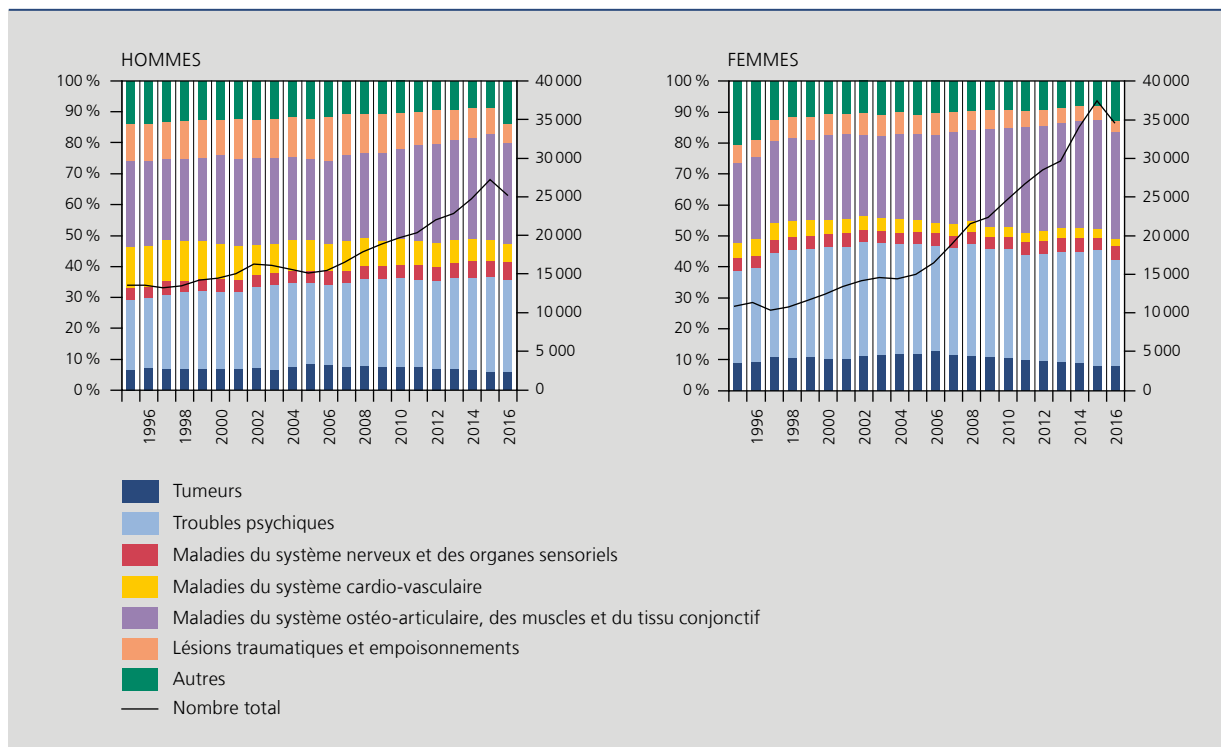
(nombre de décès par an en pour mille de la population correspondante)



Source : DGS.

GRAPHIQUE 6 ÉVOLUTION DES ENTRÉES ET MOTIFS

(entrées en invalidité en personnes, échelle de droite; en pourcentage du total des entrées, échelle de gauche)



Source : INAMI.

importance croissante au cours de la période allant de 1995 à 2016 : les maladies du système ostéo-articulaire (par exemple, le mal de dos et les douleurs apparentées) et les troubles psychiques.

Le pourcentage d'entrées en invalidité pour cause de maladie du système ostéo-articulaire est ainsi passé de 28 % en 1995 à 33 % en 2016 pour les hommes et de 26 à 34 % pour les femmes. Concernant les troubles psychiques, la progression a été de près de 8 points de pourcentage pour les hommes (de 22 % des entrées en 1995 à 30 % en 2016) et de plus de 4 points pour les femmes (de 30 % en 1995 à 34 % en 2016)⁽¹⁾.

L'importance des lésions traumatiques et des intoxications en tant que motifs d'invalidité a en revanche baissé sur la période : pour les salariés masculins, ces troubles représentaient plus de 12 % des cas en 1995, contre 6 % actuellement. Cela s'explique par le moindre poids de l'industrie dans l'emploi en Belgique, mais aussi par la meilleure sécurité des conditions de travail dont bénéficient les travailleurs par rapport au début des années 1990.

(1) Les motifs non classés sont nombreux en 2016.

Les progrès réalisés dans le domaine des sciences médicales et les mesures de santé publique (contre le tabagisme, par exemple) ont contribué à faire reculer les invalidités dues aux maladies du système cardio-vasculaire et au cancer, ce qui se reflète aussi dans l'évolution des taux de mortalité.

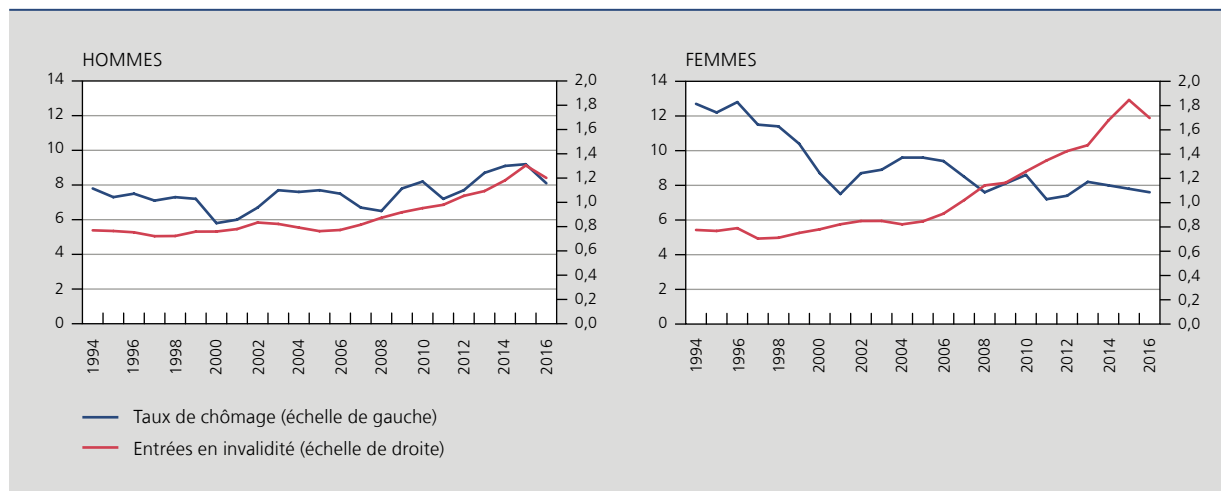
Les statistiques agrégées de l'INAMI ne montrent par contre pas de tendance à une diminution de l'âge des nouveaux invalides par rapport aux décennies précédentes. L'âge moyen d'entrée en invalidité a augmenté entre 2004 et 2016 (de 45 à 46 ans pour les hommes et de 43 à 45 ans pour les femmes).

2.5 Cycle économique et facteurs institutionnels

Depuis la crise économique et financière, on constate dans un certain nombre de pays une plus forte corrélation entre le nombre d'entrées en invalidité et la détérioration de l'activité économique. La composition des entrées pourrait également fluctuer avec le cycle, l'âge des personnes ayant en moyenne été inférieur durant la dernière récession (Coe et Rutledge, 2013).

GRAPHIQUE 7 ÉVOLUTIONS DES ENTRÉES EN INVALIDITÉ ET DU TAUX DE CHÔMAGE

(en pourcentage, respectivement, de la population indemnisable et de la population active âgée de 15 à 64 ans)



Sources : DGS, INAMI.

Sans procéder à une analyse économétrique formelle, on peut aussi remarquer dans les données belges un certain parallélisme entre l'évolution du taux de chômage et celle du taux d'entrée en invalidité, du moins pour les travailleurs masculins du secteur privé au cours de la période la plus récente.

Les changements réglementaires spécifiques à l'assurance-invalidité peuvent bien évidemment influencer son attractivité, par exemple si on augmente les taux de remplacement. Au cours de la période d'observation, il n'y a pas eu de réforme importante de la réglementation de l'invalidité dans le régime des salariés du secteur privé, de sorte que ce facteur peut a priori être exclu⁽¹⁾.

Par contre, l'attractivité relative de l'invalidité peut aussi être modifiée à la suite de changements survenant dans d'autres dispositifs de la sécurité sociale. La Belgique se situe très probablement dans ce cas de figure (Jousten et al., 2012). Comme cela a été observé aux Pays-Bas ou aux États-Unis, notamment, il existe un certain effet de « vases communicants » entre les différents dispositifs de retrait anticipé du marché du travail. L'invalidité ne fait pas formellement partie de ces dispositifs, mais on constate que le nombre d'invalides a grimpé ces dernières années, alors que, d'une part, les dispositifs de prépension et de « chômeur âgé » dispensé de recherche d'emploi sont peu à peu déconstruits par étapes successives depuis le début des années 2000 et l'accès au crédit-temps pour les travailleurs âgés est moins aisé et que, d'autre part, l'âge

de la retraite anticipée légale sera relevé, parallèlement à celui de l'âge légal de la retraite.

3. Mesures actuelles et futures

La progression du nombre de malades de longue durée (plus d'un an) et des coûts associés pour l'assurance-invalidité a amené le gouvernement fédéral à prendre une série de mesures visant, par un contrôle accru, à mieux prévenir la maladie, à faciliter le retour à l'emploi et à limiter les entrées en invalidité. Ainsi, la loi du 20 décembre 2016 portant des dispositions diverses en droit du travail liées à l'incapacité de travail a été adoptée, ainsi que de nouvelles mesures de surveillance de la santé des travailleurs, de manière à mieux organiser les trajets de réintégration durant un arrêt maladie. De telles mesures peuvent être efficaces, comme le montre le cas de Pays-Bas (cf. encadré).

En Belgique, les nouvelles mesures concernant les trajets de réintégration visant la réinsertion socioprofessionnelle des salariés malades sont entrées en vigueur en décembre 2016. Il n'est par conséquent pas encore possible d'en tirer un bilan. Au-delà des textes de lois et circulaires administratives, c'est leur mise en œuvre concrète qui permettra d'en assurer l'efficacité.

Les gouvernements régionaux ont pris des mesures similaires pour renforcer les possibilités de retour à l'emploi des demandeurs d'emploi en maladie. Une première évaluation a été réalisée pour ce groupe particulier (De Coninck et al., 2017). Parmi les personnes qui ont

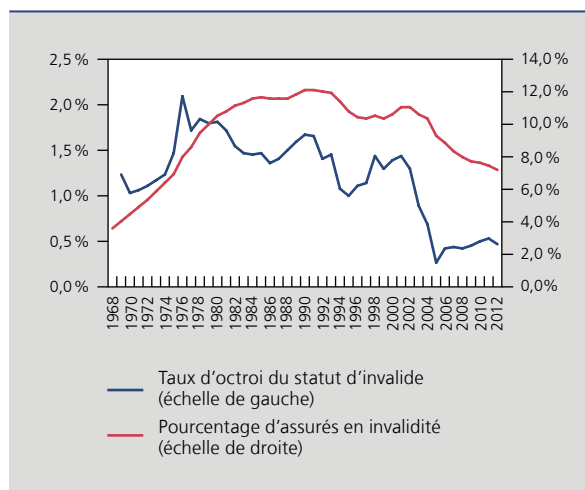
(1) L'harmonisation des statuts d'ouvrier et d'employé, qui se différenciaient notamment par certaines dispositions lors de l'incapacité primaire, mériterait d'être étudiée.

Encadré – Assurance-invalidité : le cas des Pays-Bas

Le nombre de bénéficiaires de l'assurance-invalidité aux Pays-Bas a enregistré une très vive progression entre les années 1970 et le milieu des années 1990, à partir desquelles une série de réformes ont été entreprises pour contrer les recours inappropriés à ce dispositif.

ÉVOLUTION DE LA PART DES INVALIDES ET DES NOUVEAUX ENTRANTS EN INVALIDITÉ AUX PAYS-BAS

(pourcentages)



Source : Koning et Lindeboom (2015).

L'assurance-invalidité aux Pays-Bas présente deux caractéristiques. D'une part, il s'agit d'une couverture très large : tous les salariés peuvent y prétendre, que la cause de la maladie ou de l'invalidité soit professionnelle ou non. D'autre part, les personnes dont le taux d'invalidité est relativement bas peuvent aussi percevoir des revenus du travail sans que cela n'affecte leurs indemnités d'assurance-invalidité. Si ce cumul peut être une manière d'éviter les pièges à l'inactivité, il a cependant donné lieu à certains abus aux Pays-Bas. Dans la plupart des autres pays, le cumul est interdit ou compensé par une perte équivalente d'allocations, ce qui incite les personnes faiblement invalides à se retirer du dispositif (self-screening), de sorte que seules les personnes grièvement malades y demeurent.

Outre par les caractéristiques institutionnelles propres au dispositif néerlandais, l'accroissement du nombre des bénéficiaires s'expliquait par l'attrait relatif qu'il exerçait par rapport à l'assurance-chômage, dans un contexte de forte détérioration du cycle économique (chocs pétroliers, etc.).

L'attrait du dispositif d'invalidité comparativement à celui du chômage s'expliquait par des facteurs concernant tant les travailleurs que les employeurs. S'agissant des travailleurs, les allocations d'invalidité n'étaient, contrairement à celles de l'assurance-chômage, pas limitées dans le temps. De plus, il n'y avait pas de contrôle des efforts de recherche d'emploi. Enfin, les montants perçus en cas d'invalidité pouvaient parfois être largement supérieurs à ceux des allocations de chômage, du moins dans certaines branches d'activité, où des conventions collectives de travail avaient prévu des versements supplémentaires en cas de maladie (top-up). Pour les employeurs, le fait que certains travailleurs soient en invalidité pouvait également être une solution moins onéreuse qu'un licenciement car ils ne devaient alors pas déboursier d'indemnités de licenciement. Ces dernières pouvaient en effet être importantes, surtout lorsqu'il s'agissait de personnel ayant une longue ancienneté. L'assurance-invalidité a donc fonctionné comme une filière de retrait anticipé du marché du travail.



À partir de 1996, les gouvernements néerlandais successifs se sont attelés à réformer cette assurance. Les différents trains de mesures se sont étalés et chevauchés dans le temps. On peut toutefois classer les réformes en trois grands groupes.

Responsabiliser davantage les employeurs

L'idée de ce type de réformes était de faire supporter par les employeurs les coûts liés à la mise sous certificat de leur personnel. Cela s'est fait, d'une part, en privatisant l'assurance-invalidité : les employeurs assument désormais en partie son financement et peuvent recourir à des assureurs privés pour leur fournir ce service. D'autre part, dès 1998, les contributions payées par les employeurs ont été adaptées en fonction du recours effectif de leur personnel à l'assurance-invalidité (experience-rating). L'idée était qu'introduire une modulation des cotisations sociales patronales en fonction du comportement de l'entreprise permettrait à terme de limiter les différences entre employeurs. Les règles d'une telle modulation sont souvent complexes (et donc difficiles à comprendre par les employeurs) car elles ne peuvent pas être uniformes et doivent notamment être adaptées pour les petites entreprises. Ce système a fonctionné aux Pays-Bas jusqu'à un certain point : lorsque les employeurs ont réalisé l'impact de ce système de tarification sur leurs coûts – ce qui a pris plusieurs années –, le système d'experience-rating a été totalement révisé et fortement raboté.

L'évaluation de ces réformes a montré qu'elles ont clairement contribué à réduire le nombre de nouveaux entrants dans le système, même si l'effet initial a été jugé plus faible qu'attendu.

Assurer un contrôle plus strict à l'entrée du dispositif

Cette réforme, introduite en 2002, est considérée comme étant celle qui a donné les meilleurs résultats. Comme on le voit sur le graphique, les entrées ont chuté dès qu'elle a été mise en œuvre. Le « protocole de garde-barrière » stipule quelles sont les actions attendues de la part de l'employeur et du travailleur malade dès les premières semaines d'absence, sans qu'il n'y ait d'intervention de l'assurance-invalidité, qui, à ce stade, agit simplement comme « garde-barrière ».

Durant les six premières semaines de maladie, l'employeur et le travailleur doivent fournir une première évaluation des limitations médicales et fonctionnelles. Un trajet de réintégration au sein de l'entreprise est ensuite mis au point, qui comporte une série d'étapes et prévoit une date de retour au travail. En l'absence d'un tel plan, le droit aux allocations d'invalidité ne s'ouvre pas. La période d'attente avant de pouvoir éventuellement bénéficier d'allocations d'invalidité était initialement d'un an. En 2004, elle a été prolongée d'une année supplémentaire. Ces trajets de retour au travail plus contraignants permettent d'éloigner du système les personnes qui ne devraient pas y avoir recours.

Le moindre flux d'entrées en invalidité a aussi pu se traduire en partie par des entrées dans le chômage plus nombreuses. D'après la revue de la littérature de Koning et Lindeboom (2015), les résultats des études ne sont pas unanimes en la matière.

Renforcer les critères d'éligibilité et les incitants au retour au travail

Indépendamment du succès des réformes limitant les entrées dans l'assurance-invalidité, le législateur néerlandais a voulu améliorer encore son efficacité, en tentant cette fois d'augmenter le taux de sortie de l'invalidité. En 2006, l'ancienne loi réglant l'invalidité (Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering – WAO) a été abrogée



et remplacée par une loi sur le travail selon ses capacités (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen – WIA). Cette loi introduit trois grands changements.

Premièrement, une distinction est opérée entre les invalidités complètes et permanentes et les autres types d'invalidité (temporaire et/ou partielle). Pour le premier groupe, le taux de remplacement a été majoré à 75 % du salaire perçu précédemment. De plus, les employeurs ne sont plus financièrement responsables des personnes relevant de cette catégorie. Deuxièmement, les critères d'éligibilité à l'invalidité pour les personnes dont le degré d'invalidité est faible (moins de 35 %) ont été durcis. De fait, ces personnes sont présumées pouvoir rester en emploi (éventuellement adapté) ou s'inscrire au chômage. Enfin, troisièmement, un système de subsides salariaux a été introduit pour encourager les personnes en incapacité partielle à exploiter pleinement leur potentiel sur le marché du travail.

achevé leur trajet de réintégration, le pourcentage de celles qui retrouvent un emploi à plein temps est de 14 %. Les chercheurs soulignent toutefois que, dans de nombreux cas, les trajets de réintégration sont abandonnés, de sorte que le taux de retour à l'emploi global est nettement plus faible. Cette étude montre également que les bénéficiaires les plus âgés ou en invalidité sont sous-représentés parmi les personnes qui achèvent leur trajet. Il appert aussi que la réussite du dispositif demande une grande coordination entre le demandeur d'emploi, le médecin-conseil et l'employeur. Des moyens supplémentaires devraient être prévus afin d'impliquer davantage les employeurs, voire le médecin traitant, dans ce type de tâches.

Conclusion

Sur la base de données publiques de l'INAMI, cet article a quantifié les différents facteurs ayant mené à l'augmentation du nombre d'invalides entre 1993 et 2016 en Belgique.

Nous établissons une distinction entre les hommes et les femmes car le relèvement du taux d'activité de ces dernières et l'alignement de leur âge légal de retraite ont eu un lourd impact sur cet accroissement.

Les simulations montrent que, au cours de la période d'observation, le vieillissement démographique et la hausse des taux d'activité expliquent 100 % de la progression du côté des hommes et plus de 86 % de celle du côté des femmes. Cependant, ces pourcentages ne tiennent pas compte de l'évolution de l'état de santé moyen, qui a également continué de s'améliorer. En ajustant les taux

d'invalidité historiques aussi pour ce dernier facteur, on constate qu'un peu plus de 10 % de la hausse des invalides hommes et 19 % de celle des invalides femmes resteraient inexpliqués sur la période allant de 1993 à 2016. Cette décomposition est inévitablement sensible à la fenêtre d'observation et aux hypothèses considérées.

Il est donc apparu qu'une part limitée de l'augmentation du nombre d'invalides tient à la plus grande attractivité relative du système ou à d'autres facteurs non observés. Cette partie inexpliquée de l'accroissement pourrait être imputable soit à des octrois du statut d'invalidé plus souples qu'auparavant, soit, plus probablement, au fait que les caractéristiques des personnes qui demandent une telle reconnaissance ont changé.

Au niveau des motifs d'entrée, on note d'ailleurs en Belgique, comme dans les autres pays (OCDE, 2010), un glissement structurel vers les maladies du système ostéo-articulaire et les troubles psychiques. Les statistiques agrégées belges n'affichent par contre pas de tendance quant à l'âge des nouveaux entrants. Les développements futurs de l'assurance-invalidité ainsi que l'analyse des effets des mesures qui ont été mises en place méritent de nouvelles études.

L'assurance-invalidité, comme l'assurance-chômage et la sécurité sociale en général, nécessite d'être conçue et de fonctionner en conciliant à la fois l'objectif de protéger les assurés et celui de minimiser les distorsions qu'elle génère en termes de participation au marché du travail. Les mesures prises pour assurer une réintégration plus rapide des malades tout en limitant les entrées en invalidité peuvent permettre à la fois d'améliorer le bien-être des personnes et de réduire les coûts budgétaires, renforçant l'efficacité du système.

Bibliographie

Case A. et A. Deaton (2017), *Mortality and morbidity in the 21st century*, Brookings Papers on Economic Activity Conference Drafts, March 23-24.

Coe N. et M. Rutledge (2013), *How Does the Composition of Disability Insurance Applicants Change Across Business Cycles?*, Center for Retirement Research at Boston College Working papers, 2013-5.

CSE (2014), *Rapport 2014 (Handicap)*, Bruxelles.

De Coninck A., F. De Wispelaere, J. Pacolet et M. Lamberts (2017), *Activering uit arbeidsongeschiktheid: hoe de dubbele handicap overwonnen wordt – maatschappelijke doelmatigheid in haar sociale en economische aspecten*, KU Leuven–HIVA.

Duggan M. et S. Imberman (2009), « Why are the Disability Rolls Skyrocketing? The Contribution of Population Characteristics, Economic Conditions, and Program Generosity », in: Cutler D. et D. Wise, eds, *Health at Older Ages: The Causes and Consequences of Declining Disability among the Elderly*, Chicago: University of Chicago Press.

INAMI (2015), *Absentéisme pour maladie en incapacité primaire de travail: analyse et facteurs explicatifs*, Bruxelles.

INAMI (2016), *Facteurs explicatifs de l'augmentation du nombre d'invalides: travailleurs salariés – indépendants*, Bruxelles.

Jousten A., M. Lefebvre et S. Perelman (2012), « Disability in Belgium: There is More than Meets the Eye », in: David A. Wise, ed., *Social Security Programs and Retirement around the World: Historical Trends in Mortality and Health, Employment, and Disability Insurance Participation and Reforms*, Chicago: University of Chicago Press, 251-276.

Koning P. et M. Lindeboom (2015), « The Rise and Fall of Disability Enrolment in the Netherlands », *Journal of Economic Perspectives*, 29:2, 151-172.

Liebman J. (2015), « Understanding the Increase in Disability Insurance Benefit Receipt in the United States », *Journal of Economic Perspectives*, 29:2, 123-150.

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail: Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Paris.