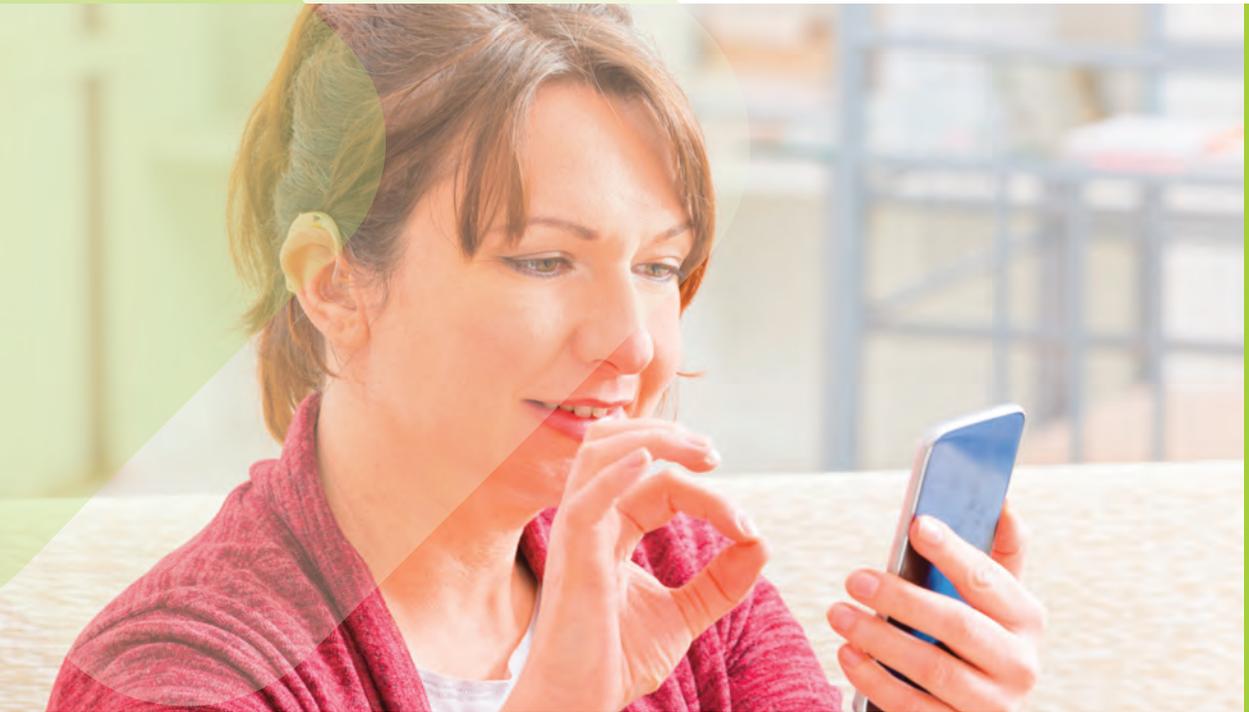


Qualité de vie

Situation sociale et professionnelle des personnes handicapées



Toute citation du présent rapport doit être accompagnée de la référence suivante:

Eurofound (2018), *Social and employment situation of people with disabilities [Situation sociale et professionnelle des personnes handicapées]*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Auteur: Daphne Ahrendt

Directeurs de recherche: Daphne Ahrendt et Robert Anderson

Projet Eurofound: Notes d'orientation fondées sur l'EQLS (180701)

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

La présente publication et tous les documents connexes sont disponibles en ligne à l'adresse suivante: <http://eurofound.link/ef18023>

© Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2018

Reproduction autorisée moyennant mention de la source.

Pour toute utilisation ou reproduction de photos ou d'autres contenus non couverts par le droit d'auteur d'Eurofound, il convient de solliciter l'autorisation directement auprès des titulaires du droit d'auteur.

Image de couverture: © Monika Wisniewska/Shutterstock

Autres images: p. 1 © belushi/Shutterstock; p. 2 © Chatchai Somwat/Shutterstock;
p. 5 © Sergey Rusanov/Shutterstock; p. 18 © DGLimages /Shutterstock;
p. 20 © Thomas Bethge/Shutterstock

Toute question relative au droit d'auteur doit être adressée par écrit à l'adresse suivante:
copyright@eurofound.europa.eu

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) est une agence tripartite de l'Union européenne dont le rôle est de diffuser les connaissances dans le domaine des politiques sociales et des politiques de l'emploi et du travail. Eurofound a été instituée en 1975 par le règlement (CEE) n° 1365/75 du Conseil, en vue de contribuer à la planification et à la conception de meilleures conditions de vie et de travail en Europe.

Version imprimée: ISBN: 978-92-897-1761-8 ISSN: 2599-8145 doi:10.2806/20717 TJ-AR-18-003-FR-C
PDF: ISBN: 978-92-897-1758-8 ISSN: 2599-8188 doi:10.2806/52158 TJ-AR-18-003-FR-N

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

Téléphone: (+353 1) 204 31 00

Courriel: information@eurofound.europa.eu

Site web: www.eurofound.europa.eu/fr

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.

Numéro gratuit*: 00 800 6 7 8 9 10 11

*Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès aux numéros 00 800 ou peuvent facturer ces appels.



Introduction

La présente note d'orientation dresse un état des lieux de la situation sociale des personnes handicapées dans l'UE. Elle aborde spécifiquement les changements intervenus entre 2011 et 2016 dans les domaines prioritaires suivants de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées:

- emploi;
- éducation et formation;
- participation (à la vie publique et sociale);
- protection sociale (promotion de conditions de vie décentes et lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale);
- soins de santé.

Elle examine également le bien-être subjectif des personnes présentant un handicap et les facteurs qui l'influencent.

Il ressort de l'enquête européenne sur la qualité de vie (EQLS) de 2011 que les personnes handicapées font invariablement état d'un niveau de vie inférieur à celui des personnes sans handicap, et constituent l'un des groupes les plus défavorisés de l'Union européenne (Eurofound, 2013a). La dernière édition de l'EQLS (2016) fait apparaître que la

qualité de vie de la population de l'UE en général s'est améliorée, certains paramètres ayant retrouvé leur niveau de 2007, antérieur à la crise. Toutefois, l'enquête révèle également que ces progrès ne s'appliquent pas à tous les groupes et souligne des inégalités persistantes concernant certains indicateurs (Eurofound, 2017). Il ressort de l'analyse des données de la dernière EQLS que les personnes handicapées sont l'un des groupes pour lesquels on enregistre de faibles résultats concernant les dimensions qui contribuent à la cohésion sociale, telles que la perception de l'exclusion sociale et la participation à la société (Eurofound, à paraître).

La présente note d'orientation utilise les données de l'EQLS pour étudier la situation sociale des personnes en âge de travailler (18-64 ans) qui déclarent souffrir d'un handicap, dans les 28 États membres de l'UE. L'objectif est d'évaluer les progrès accomplis par ce groupe en comparant les données de l'enquête 2016 avec celles de l'enquête 2011. Le présent document donne des indications à l'échelle de l'UE, car les échantillons de personnes handicapées ne sont généralement pas assez fournis pour permettre un suivi national des progrès.



Contexte politique

Avec l'adoption de la stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées, l'Union européenne promet l'inclusion active et la pleine participation des personnes handicapées à la société à travers huit domaines d'action prioritaires: l'accessibilité, la participation, l'égalité, l'emploi, l'éducation et la formation, la protection sociale, la santé et l'action extérieure. Alors qu'une évaluation des cinq premières années de la stratégie révèle quelques progrès, en particulier dans le domaine de l'accessibilité, les personnes handicapées restent généralement désavantagées dans de nombreux domaines de la vie (Commission européenne, 2017a).

Le socle européen des droits sociaux, créé en 2017, s'articule autour de trois thèmes principaux, tous importants pour les personnes handicapées: égalité des chances et accès au marché du travail, conditions de travail équitables, et protection et inclusion sociales (ANED, 2018). Il donne un nouvel élan à l'inclusion active des personnes handicapées, grâce au principe 17, qui énonce que «les personnes handicapées ont droit à un complément de ressources leur permettant de vivre dans la dignité, à des services leur permettant de participer au marché du travail et à la société, ainsi qu'à un environnement de travail adapté à leurs besoins».

La stratégie d'inclusion active de la Commission (2008) reste également pertinente. En encourageant les mesures qui permettent à chaque citoyen de participer pleinement à la société, cette stratégie vise à accroître la participation des personnes handicapées au marché de l'emploi et à faciliter l'accès des personnes aptes au travail à des emplois durables et de qualité. Les progrès accomplis par les États membres dans la réalisation de cet objectif sont évalués grâce à la méthode ouverte de coordination, dans le cadre du semestre européen.

Un cadre permanent est fourni par la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CRPD) de 2006, qui a introduit un changement radical en matière de vie autonome et d'inclusion. L'UE est l'unique organisation internationale qui soit partie à la CRPD, et les 28 États membres ont tous ratifié la convention.

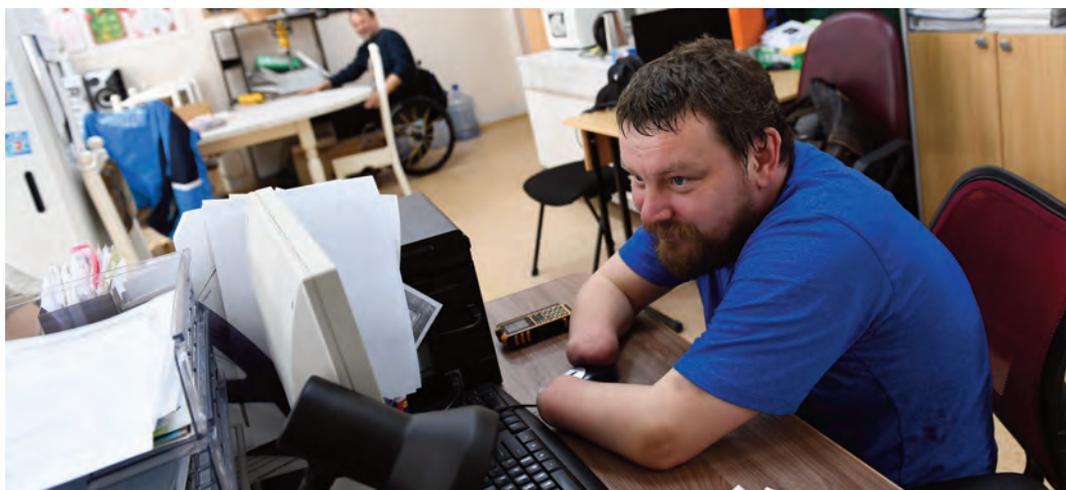
Dans un avis récent, le Comité économique et social européen (CESE) note que l'Union européenne et ses États membres «manquent de données cohérentes et comparables et d'indicateurs des droits de l'homme pour ce qui est des femmes et des filles handicapées, ainsi que de recherches touchant à leur situation sur son territoire» (CESE, 2018, p. 6). Il appelle les agences européennes, notamment Eurofound, le Centre européen

pour le développement de la formation professionnelle (Cedefop), l'Agence des droits fondamentaux (FRA) et l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (EIGE), à « prendre particulièrement en compte la situation des femmes et le fait que l'intersectionnalité peut conduire à de multiples formes de discrimination ». Le CESE

formule également la recommandation suivante: «toutes les recherches menées sur les droits des personnes handicapées devraient comporter une dimension de genre et il conviendrait que celles concernant les femmes et les filles prennent en compte la dimension du handicap.» (CESE, 2018, p. 6).

Principales conclusions

- En 2016, le nombre de personnes handicapées déclarant occuper un emploi était supérieur à celui de 2011, tandis que le nombre de personnes handicapées déclarant être inaptes au travail en raison de leur handicap était inférieur.
- Bien que les taux d'emploi aient progressé à la fois pour les hommes et pour les femmes handicapés, le chiffre est plus élevé pour les hommes (55 %) que pour les femmes (47 %).
- Le taux d'emploi des personnes présentant un handicap reste inférieur à celui des personnes sans handicap, mais l'écart en matière d'emploi entre les deux groupes a diminué entre 2011 et 2016.
- Entre 2011 et 2016, l'écart entre le taux d'achèvement des études supérieures s'est encore creusé entre personnes handicapées et personnes sans handicap. Ce constat est particulièrement préoccupant, étant donné que l'écart en matière d'emploi est nettement plus faible parmi les personnes handicapées diplômées de l'enseignement supérieur que parmi celles dont le niveau d'instruction est inférieur.
- Davantage de personnes handicapées participent à des activités sociales et sportives qu'auparavant. Il n'y a plus de décalage dans les taux de participation sociale entre les personnes handicapées et non handicapées.
- En 2016, les personnes présentant un handicap ont été moins nombreuses qu'en 2011 à faire état d'un sentiment d'exclusion de la société.
- Le sentiment d'exclusion de la société des personnes handicapées varie considérablement selon qu'elles occupent ou non un emploi. Celles qui travaillent déclarent nettement moins souvent se sentir exclues de la société que les chômeurs de longue durée handicapés ou les personnes inaptes au travail en raison de leur handicap.
- Les personnes handicapées étaient plus satisfaites de leur niveau de vie en 2016 qu'en 2011, et moins susceptibles de faire état de fins de mois difficiles. Dans l'ensemble, les désavantages affectant ce groupe persistent, mais sont désormais moins répandus.
- Les niveaux de satisfaction envers les médecins généralistes et les services hospitaliers sont similaires pour les personnes handicapées et non handicapées.
- Selon l'indice de bien-être de l'OMS (WHO-5), 46 % des personnes handicapées en moyenne sont exposées à un risque de dépression, contre 16 % des personnes non handicapées. Cet indice est le meilleur indicateur de satisfaction à l'égard de la vie pour les personnes handicapées en âge de travailler.
- Dans l'ensemble, les personnes handicapées font état d'un niveau de bien-être subjectif nettement inférieur à celui des personnes non handicapées.



Analyse des données disponibles

Suivi des questions relatives au handicap

Un objectif important de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées consiste à surveiller la situation de ces dernières en recourant à diverses enquêtes sociales. La FRA a noté que de nombreux facteurs empêchaient une évaluation systématique des progrès réalisés, notamment le manque de comparabilité des données au sein des États membres et entre eux (FRA, 2017). L'EQLS offre l'avantage de poser les mêmes questions dans tous les États membres de l'UE, conformément aux lignes directrices relatives aux enquêtes interculturelles, ce qui améliore la comparabilité des données. Elle fournit également des données sur les tendances, ce qui permet d'examiner les évolutions dans les pays et de fournir un moyen de contrôle supplémentaire des influences culturelles.

L'EQLS est un outil bien établi qui permet de suivre et d'analyser la qualité de vie des Européens et présente un tableau pluridimensionnel de la qualité de vie en Europe. Elle mesure à la fois les circonstances objectives de la population (conditions de vie, revenu et privation matérielle par exemple) et ses sentiments et perceptions subjectifs (satisfaction à l'égard de la vie, bien-être et sentiment d'exclusion sociale par exemple). Il s'agit d'une enquête représentative

transversale, qui a été réalisée à quatre reprises, en 2003, 2007, 2011 et 2016, auprès de personnes âgées de 18 ans au moins vivant dans l'UE. Lors de l'édition de 2016, près de 37 000 personnes ont été interrogées dans les 28 États membres de l'UE et les cinq pays candidats.

En 2016, près de 3 personnes sur 10 dans l'UE (28 %) ont déclaré souffrir de longue date d'un problème de santé physique ou mentale, d'une maladie ou d'un handicap. Les trois quarts d'entre elles (74 %) ont indiqué que cette affection les limitait, gravement ou partiellement, dans leurs activités quotidiennes. Les problèmes de santé chroniques augmentent avec l'âge et près de la moitié (48 %) des répondants âgés de 65 ans et plus présentent de tels problèmes. Ce rapport s'intéresse toutefois à la population en âge de travailler, c'est-à-dire aux personnes âgées de 18 à 64 ans. Parmi celles-ci, une sur cinq souffre d'un problème de santé chronique (21 %), qui, dans la majorité des cas (71 %), la limite gravement ou partiellement dans ses activités.

Dans le présent rapport, les personnes handicapées sont définies comme des personnes présentant un problème de santé physique ou mentale chronique (ou de longue durée), qui les limite dans leurs activités quotidiennes. Ce lien entre les problèmes de santé chroniques et la limitation des activités quotidiennes représente l'approche retenue

pour mesurer le handicap dans les enquêtes transnationales¹. Au total, l'EQLS de 2016 a interrogé 3 741 répondants âgés de 18 à 64 ans, souffrant d'un handicap et vivant dans l'UE.

Emploi

Grâce à la stratégie en faveur des personnes handicapées, mais aussi aux lignes directrices pour l'emploi et au socle européen des droits sociaux, l'UE vise à accroître l'emploi des personnes handicapées en favorisant un marché de l'emploi et des environnements de travail ouverts, inclusifs et accessibles.

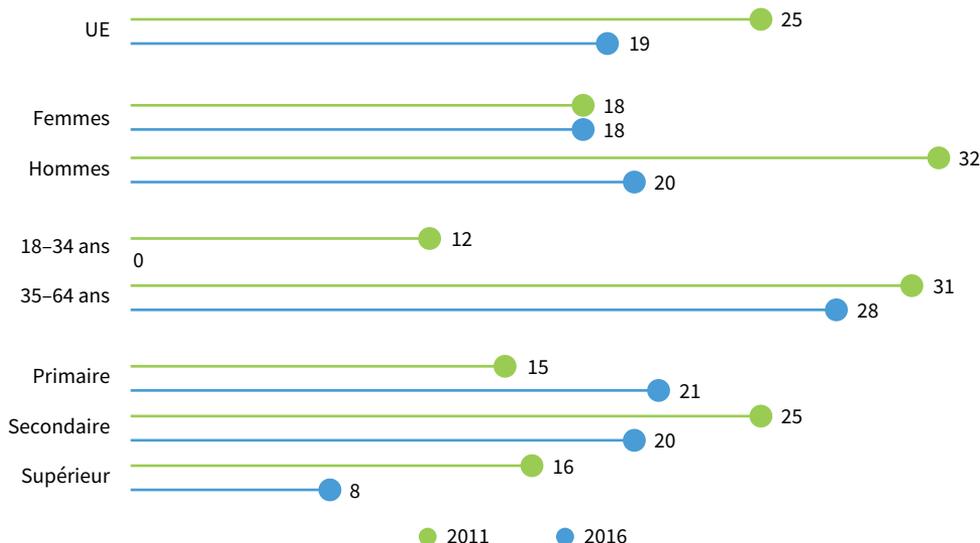
La moitié des personnes présentant un handicap dans l'UE travaillent. La proportion d'hommes est supérieure à celle des femmes (55 % contre 47 %, respectivement, en 2016), de même que la proportion de jeunes par rapport aux personnes plus âgées (56 % des jeunes de 18 à 34 ans contre 49 % des 35-64 ans). Le taux d'emploi varie fortement selon le niveau d'études: 26 % seulement des

personnes handicapées qui ont uniquement achevé leurs études primaires occupent un emploi; ce pourcentage atteint 46 % pour les personnes qui ont suivi des études secondaires et 72 % pour celles qui ont achevé leurs études supérieures.

Les données de l'EQLS montrent que l'emploi a augmenté plus fortement dans ce groupe que chez les personnes sans handicap entre 2011 et 2016. En effet, le taux d'emploi est passé de 41 % en 2011 à 50 % en 2016 parmi les personnes handicapées, à comparer avec la hausse de 66 % à 70 % parmi les personnes non handicapées.

L'écart en matière d'emploi lié au handicap, qui est la différence (en points de pourcentage) entre le taux d'emploi des personnes handicapées et celui des personnes non handicapées, s'est réduit (figure 1). L'amélioration la plus forte a été observée chez les jeunes de 18 à 34 ans, parmi lesquels l'écart en matière d'emploi lié au handicap n'existe plus, et une forte baisse a par ailleurs été observée chez les hommes.

Figure 1: Écart en matière d'emploi lié au handicap, par genre, âge et niveau d'études, UE, 2011 et 2016



Remarque: l'écart en matière d'emploi lié au handicap correspond à la différence en points de pourcentage entre le taux d'emploi des personnes handicapées et celui des personnes non handicapées.

eurofound.link/0048

¹ Eurostat présente un aperçu intéressant de la méthode utilisée pour mesurer le handicap dans les enquêtes sur sa page web d'introduction aux statistiques sur le handicap: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_introduced

La figure 1 illustre de manière synthétique la divergence croissante entre les personnes handicapées ayant des niveaux d'instruction différents dans l'UE. Si l'écart en matière d'emploi a diminué de moitié parmi les diplômés de l'enseignement supérieur, il a augmenté de 6 points de pourcentage parmi les personnes qui n'ont pas dépassé l'enseignement primaire.

La proportion de personnes handicapées qui déclarent être incapables de travailler en raison d'une maladie de longue durée ou d'un handicap a diminué (tableau 1). La majorité (environ les deux tiers) de ces personnes sont âgées de 50 ans ou plus. Tandis que la proportion d'hommes de cette tranche d'âge affirmant être inaptes au travail a diminué (passant de 21 % en 2011 à 15 % en 2016), la proportion est restée inchangée pour les femmes (13 %).

Comme le montre le tableau 1, l'emploi a augmenté à la fois pour les hommes et les femmes handicapés en âge de travailler. La hausse accentuée parmi les hommes (+ 16 points de pourcentage) peut, dans une certaine mesure, être attribuée au fait que moins de répondants masculins déclarent être inaptes au travail en raison d'un handicap (- 6 points de pourcentage). Étant donné que les deux tiers des personnes de cette catégorie sont âgées de 50 ans et plus, des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour déterminer si les politiques visant à prolonger la vie active ou les possibilités de conserver un

emploi ciblaient davantage les hommes que les femmes. Il est également possible que les politiques de relance aient joué un rôle.

De plus, moins de personnes handicapées en âge de travailler ont déclaré être à la retraite en 2016 qu'en 2011 (13 % contre 18 % respectivement, voir le tableau 1). Bien que cela puisse être dû aux politiques visant généralement à prolonger la vie active, il est également probable que les personnes handicapées plus âgées aient simplement eu la possibilité de conserver plus souvent leur emploi.

Le taux de chômage de longue durée des personnes handicapées, relativement stable entre 2011 et 2016, est resté plus élevé chez les hommes que chez les femmes (12 % contre 6 %, respectivement). La répartition par genre des personnes au foyer dans l'échantillon de personnes handicapées en âge de travailler reflète celle de la population générale.

Les travailleurs handicapés de sexe masculin ne diffèrent pas de leurs homologues non handicapés par le nombre d'heures travaillées, les deux groupes travaillant en moyenne 42 heures par semaine. Les femmes handicapées ont toutefois une durée de travail inférieure (33 heures), que ce soit en comparaison avec les travailleuses non handicapées (36 heures) ou avec les travailleurs masculins handicapés. Ces chiffres ont relativement peu évolué entre 2011 et 2016.

Tableau 1: Statut professionnel des personnes handicapées (%), par genre, 2011 et 2016

	2011	2016	Hommes		Femmes	
			2011	2016	2011	2016
Employés	41	50	39	55	42	47
Chômeurs de courte durée	4	3	4	3	4	4
Chômeurs de longue durée	8	9	10	12	6	6
Personnes inaptes au travail en raison d'une maladie ou d'un handicap	17	14	21	15	13	13
Retraités	18	13	20	13	16	13
Personnes au foyer	7	8	1	1	14	14
Étudiants	3	2	4	2	2	3
Autres	2	1	1	1	2	1

Remarque: la somme des totaux peut ne pas atteindre exactement 100 % car les chiffres sont arrondis. Les cellules vertes indiquent un changement positif significatif sur le plan statistique.

Bien que l'augmentation de l'emploi des personnes handicapées constitue évidemment une évolution positive, il est démontré qu'elles continuent d'avoir des conditions d'emploi moins favorables que les travailleurs non handicapés. Selon l'EQLS, la part des travailleurs sans handicap ayant un contrat à durée indéterminée (CDI) a augmenté de manière significative entre 2011 et 2016, passant de 74 % à 83 %. En revanche, aucun changement significatif n'a été observé parmi les personnes handicapées: 78 % d'entre elles ont un CDI. Inversement, la probabilité d'un contrat à durée déterminée (de 12 mois ou plus) a nettement augmenté pour les travailleurs handicapés (de 5 % à 9 %), mais est restée au même niveau pour les travailleurs non handicapés (5 %).

Éducation et formation

L'objectif spécifique de la stratégie en faveur des personnes handicapées est de garantir que «les personnes handicapées bénéficient, au sein du système d'enseignement général, de l'accompagnement nécessaire pour faciliter leur éducation», et que «des mesures d'accompagnement individualisé efficaces soient prises dans des environnements qui optimisent le progrès scolaire et la socialisation, conformément à l'objectif de pleine intégration». De plus, le cadre «Éducation et formation 2020», qui encourage

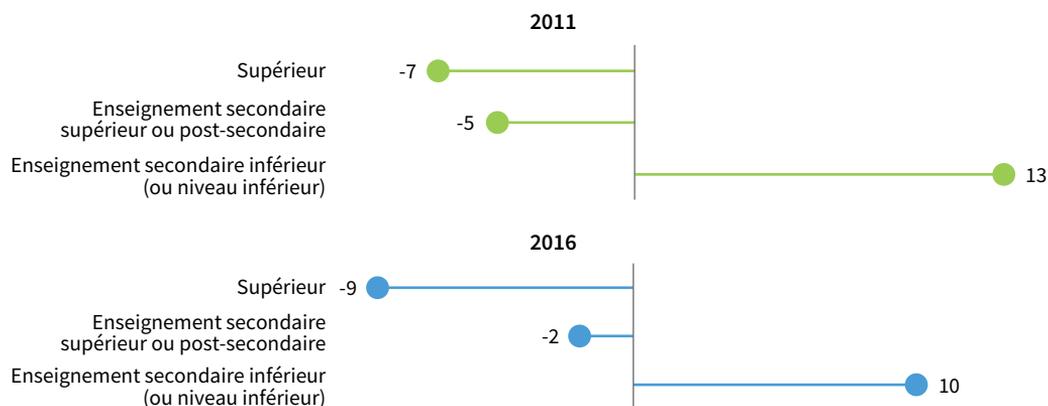
la coopération dans le domaine de l'éducation et de la formation, comprend quatre objectifs communs à l'échelle de l'UE pour relever les défis dans les systèmes d'éducation et de formation d'ici à 2020. Deux d'entre eux, faire en sorte que l'éducation et la formation tout au long de la vie et la mobilité deviennent une réalité, et favoriser l'équité, la cohésion sociale et la citoyenneté active, concernent également la situation des personnes handicapées².

Entre 2011 et 2016, l'UE a enregistré une augmentation de la proportion de personnes handicapées qui ont suivi des études supérieures (de 19 % à 21 %), mais cette augmentation a été plus forte parmi les personnes non handicapées (de 26 % à 30 %). En d'autres termes, comme le montre la figure 2, l'écart entre les personnes handicapées et non handicapées diplômées de l'enseignement supérieur s'est creusé, passant de 7 à 9 points de pourcentage.

L'écart est plus prononcé parmi les personnes âgées de 35 à 49 ans, atteignant 9 points de pourcentage, comme l'illustre la figure 3. Parmi les personnes handicapées de ce groupe d'âge, 20 % ont suivi des études supérieures (contre 29 % parmi les personnes non handicapées).

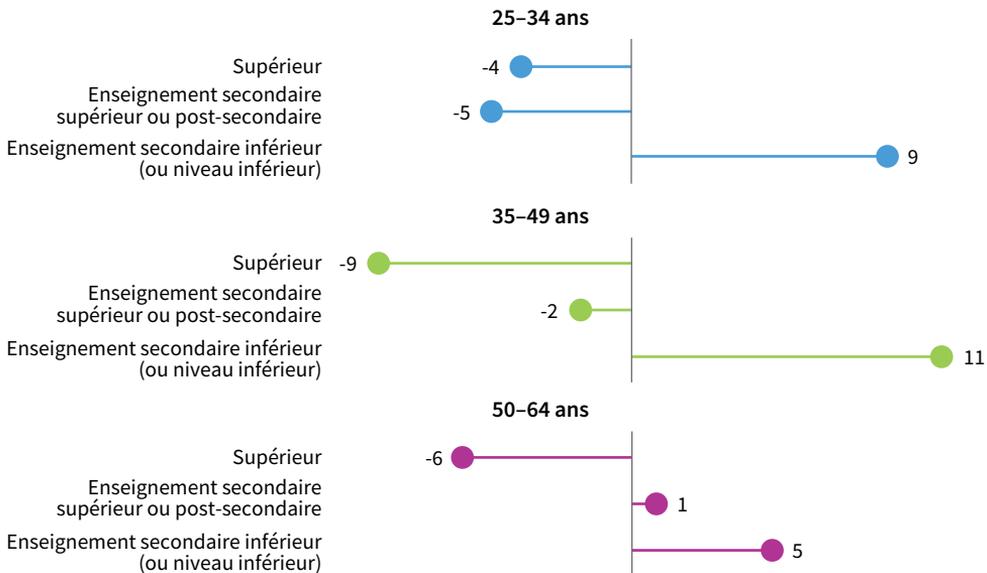
Dans la tranche d'âge des 50-64 ans, 17 % des personnes handicapées ont achevé leurs études supérieures, contre 23 % des personnes non handicapées.

Figure 2: Différence, en points de pourcentage, entre les niveaux d'instruction des personnes handicapées et non handicapées, UE, 2011 et 2016



2 Voir: http://ec.europa.eu/education/policy/strategic-framework_en.

Figure 3: Différence, en points de pourcentage, entre les niveaux d'instruction des personnes handicapées et non handicapées, par tranche d'âge, UE, 2016



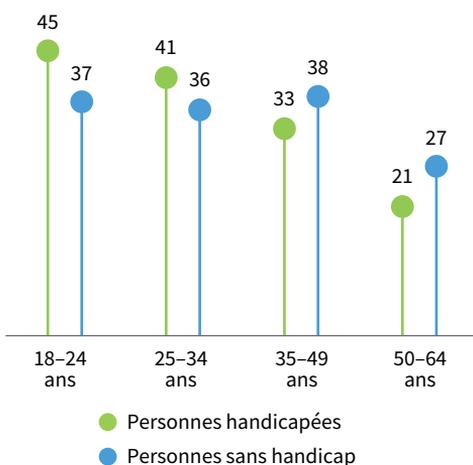
Une évolution favorable a toutefois été observée parmi les jeunes handicapés âgés de 25 à 34 ans. Une proportion plus élevée d'entre eux ont achevé des études supérieures (29 %), et l'écart avec les personnes du même âge non handicapées est plus faible (- 4 points de pourcentage).

L'écart entre les niveaux d'instruction des hommes et des femmes handicapés ne devient

apparent que lorsque l'âge est pris en compte. Parmi les personnes âgées de 18 à 34 ans, les femmes handicapées devanent les hommes handicapés de 10 points de pourcentage: le taux d'achèvement des études supérieures atteint 27 % chez les femmes, contre 17 % chez les hommes.

Il n'existe pas de différences significatives sur le plan statistique entre les personnes handicapées et non handicapées en ce qui concerne la participation à une formation ou à des cours non professionnels. Toutefois, si l'on s'intéresse à la participation à des formations ou à des cours pour des raisons professionnelles ou liées au travail, les personnes handicapées âgées de 35 ans et plus sont sous-représentées, tandis que les personnes handicapées plus jeunes déclarent suivre des formations plus souvent que les non handicapés de leur âge (figure 4).

Figure 4: Participation à la formation professionnelle des personnes handicapées et non handicapées (%), par groupe d'âge, UE, 2016

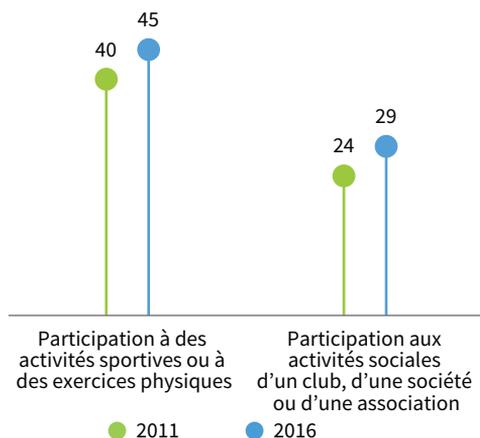


Participation à la société

Afin de garantir l'égalité des chances pour les personnes présentant un handicap et leurs familles en ce qui concerne la pleine participation à tous les aspects de la vie sociale et économique, un objectif spécifique de la stratégie en faveur des personnes handicapées est le droit de prendre pleinement part à des activités culturelles, récréatives et sportives.

En 2016, davantage de personnes handicapées ont déclaré avoir participé à des activités sportives ou à des exercices physiques qu'en 2011 (figure 5). Il était également plus probable qu'elles prennent part aux activités sociales d'un club, d'une société ou d'une association. Il n'y a pas de différence entre les genres en ce qui concerne la participation des personnes handicapées à des activités physiques et sociales.

Figure 5: Participation à des activités physiques et sociales parmi les personnes handicapées (%), UE, 2011 et 2016



Alors que l'EQLS de 2011 faisait apparaître un écart entre les taux de participation sociale des personnes handicapées et non handicapées, cet écart n'existait plus en 2016. La participation aux activités physiques demeure moins fréquente pour les personnes handicapées que pour les non handicapés (45 % contre 55 % respectivement), même si la différence entre les deux groupes est passée de 13 points de pourcentage en 2011 à 10 points de pourcentage en 2016.

Bien qu'elle ne soit pas spécifiquement évoquée dans la stratégie en faveur des personnes handicapées, la participation politique des personnes handicapées est également intéressante. Il existe des différences minimes entre les personnes handicapées et non handicapées dans ce domaine: 39 % des personnes handicapées n'ont participé à aucune des six activités politiques énumérées dans l'EQLS, contre 36 % des personnes sans handicap.

La stratégie en faveur des personnes handicapées vise également à réduire l'exclusion sociale par un soutien ciblé à travers des actions concrètes par l'intermédiaire du Fonds social européen.

L'ampleur du sentiment d'exclusion sociale des personnes présentant un handicap n'a pas évolué. L'EQLS utilise un indice – l'indice d'exclusion sociale – pour mesurer à quel point les citoyens se sentent déconnectés de la société. En 2011 et en 2016, la note moyenne était de 2,5 (sur une échelle de 1 à 5) pour les personnes handicapées, un résultat supérieur à celui des personnes non handicapées (2,1).

L'indice d'exclusion sociale se compose de quatre éléments. L'un d'entre eux mesure si les personnes se sentent exclues de la société. Si la situation des personnes handicapées ne s'est pas améliorée au niveau de l'indice, des progrès ont été accomplis en ce qui concerne cet élément spécifique: la part des personnes handicapées se sentant exclues de la société est passée de 18 % en 2011 à 15 % en 2016 (tableau 2). Par rapport aux trois autres points, qui ont peu évolué depuis 2011, cette évaluation est très fortement liée à l'objectif de la stratégie en faveur des personnes handicapées, qui vise à promouvoir l'inclusion active de ces dernières.

L'importance d'une action ciblée est soulignée par l'écart entre les proportions de personnes handicapées actives et sans emploi qui se sentent exclues de la société. La part des personnes qui se sentent exclues de la société

Tableau 2: Proportion de personnes handicapées qui étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec les éléments de l'indice d'exclusion sociale (%), UE, 2011 et 2016

Éléments de l'indice d'exclusion sociale	2011	2016
Je me sens exclu de la société.	18	15
La vie est devenue tellement compliquée aujourd'hui que je ne parviens presque que pas à trouver ma voie.	29	27
J'ai l'impression que les autres ne reconnaissent pas la valeur de ce que j'accomplis.	29	31
Certaines personnes me méprisent en raison de ma situation professionnelle ou de mes revenus.	28	27

Remarque: les cellules vertes indiquent un changement positif significatif sur le plan statistique.

est bien plus faible parmi les personnes qui ont un emploi (8 %) que parmi les chômeurs de longue durée (31 %) ou les personnes se déclarant inaptes au travail en raison de leur handicap (25 %). Les différences entre les hommes et les femmes (16 % contre 14 %) sont faibles et moins prononcées qu'en 2011, date à laquelle 21 % des hommes et 16 % des femmes se sentaient exclus.

Protection sociale

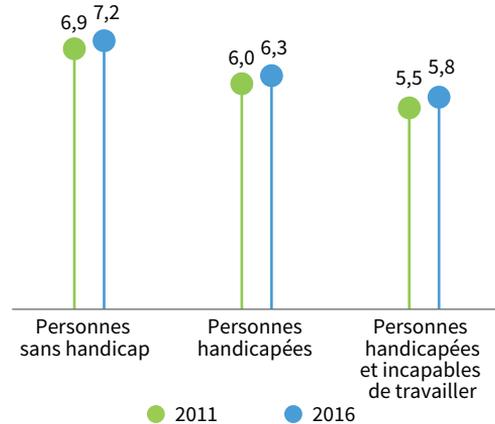
Dans le domaine de la protection sociale, la stratégie en faveur des personnes handicapées vise à garantir des conditions de vie décentes pour les personnes handicapées: accès aux systèmes de protection sociale et programmes de réduction de la pauvreté, aide aux handicapés, programmes de logement public, et programmes en matière de retraite et de prestations sociales.

La situation financière des personnes handicapées en âge de travailler est plus précaire que celle de leurs homologues non handicapés, mais les choses se sont améliorées depuis 2011. Plus de la moitié (52 %) des personnes handicapées font état de fins de mois difficiles, contre 37 % des personnes sans handicap. Toutefois, l'écart entre les personnes handicapées et non handicapées est désormais plus faible (15 points de pourcentage) qu'en 2011 (19 points de pourcentage). En effet, la proportion de ménages rencontrant des fins de mois difficiles a diminué plus fortement parmi les répondants handicapés que parmi les personnes non handicapées. Le groupe des personnes handicapées inaptes au travail en raison d'une maladie de longue durée ou d'un handicap est plus défavorisé: 68 % de ces personnes déclarent avoir des fins de mois difficiles.

La satisfaction des personnes à l'égard de leur niveau de vie constitue une autre mesure pertinente dans ce contexte. Comme l'illustre la figure 6, les personnes handicapées étaient nettement moins satisfaites de leur niveau de vie (6,3 sur une échelle de 1 à 10) que leurs homologues non handicapés en 2016 (7,2). Le niveau de satisfaction était encore plus faible chez les personnes incapables de travailler en raison de leur handicap.

Toutefois, les personnes handicapées, tout comme le reste de la population (voir Eurofound, 2017), sont plus satisfaites de leur niveau de vie aujourd'hui qu'en 2011.

Figure 6: Satisfaction envers le niveau de vie, parmi les personnes handicapées et non handicapées, UE, 2011 et 2016



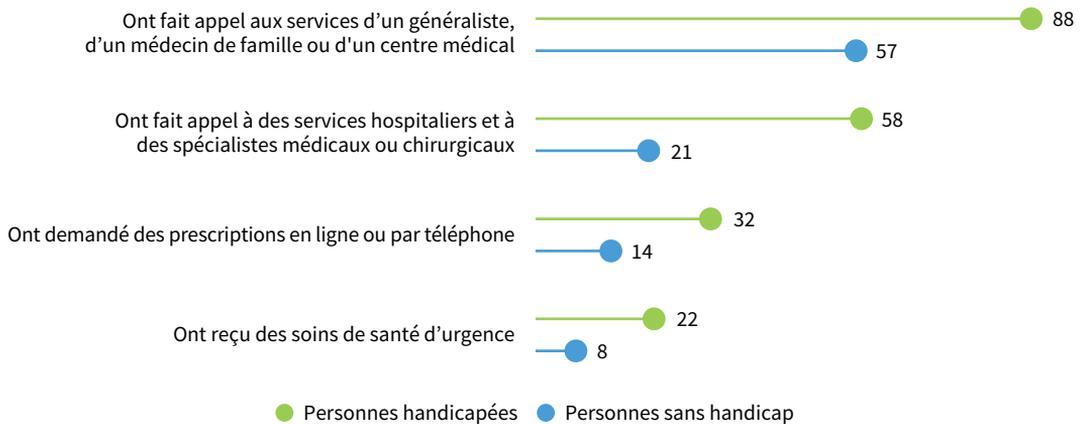
Remarque: la satisfaction envers le niveau de vie est mesurée sur une échelle de 1 à 10.

Soins de santé

La stratégie en faveur des personnes handicapées vise à leur garantir une égalité d'accès aux soins de santé, y compris aux soins préventifs, et à des services de santé de qualité et abordables.

Dans l'ensemble, selon les EQLS, les services de santé sont légèrement mieux notés par les personnes sans handicap (6,7 sur une échelle de 1 à 10) que par les personnes handicapées (6,5), mais l'écart est faible. L'évaluation des deux groupes a été plus favorable en 2016 qu'en 2011 (augmentation de 0,5 point pour chaque groupe). Il n'y a pas de différence entre les personnes handicapées et non handicapées dans la notation des soins primaires et des services des hôpitaux ou des spécialistes. Les deux groupes attribuent une meilleure note aux services de soins de santé primaires (7,3 pour chaque groupe) qu'aux services hospitaliers ou aux spécialistes (6,7 pour les personnes handicapées et 6,9 pour les personnes sans handicap).

Figure 7: Utilisation de différents services médicaux au cours des 12 derniers mois par des personnes handicapées et non handicapées (%), UE, 2016



eurofound.link/0049

Ces résultats sont quelque peu surprenants, compte tenu du fait que les personnes handicapées utilisent beaucoup plus les services de santé que les personnes sans handicap, et que les utilisateurs des services de santé sont généralement plus satisfaits que ceux qui n'y ont pas recours (Eurofound, 2017). La figure 7 souligne les grandes différences d'utilisation entre les deux groupes.

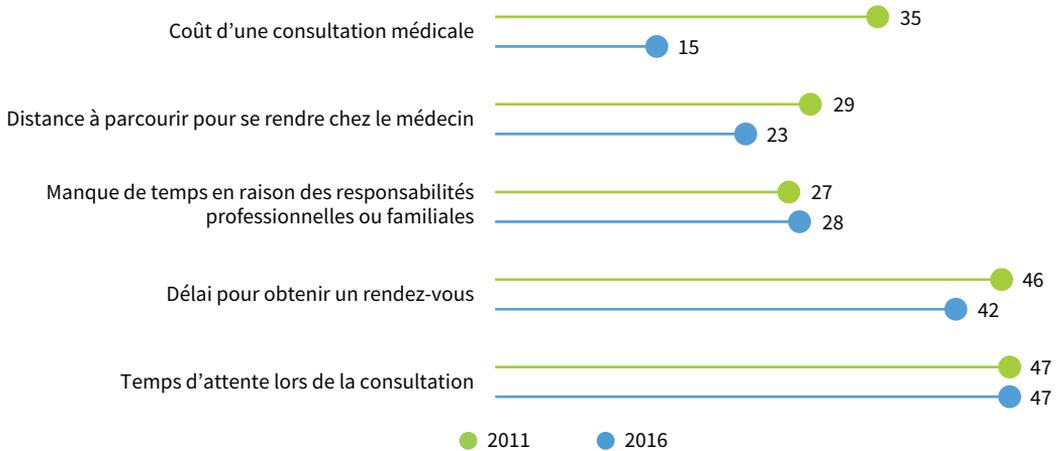
L'EQLS fournit également des informations sur un objectif de la stratégie en faveur des personnes handicapées: exploiter le potentiel des consultations médicales en ligne pour les personnes handicapées. Comme l'illustre la figure 7, le recours à des prescriptions médicales en ligne ou par téléphone est beaucoup plus fréquent chez les personnes handicapées.

Par rapport à 2011, les personnes handicapées signalent moins souvent des difficultés à accéder aux services de soins primaires, notamment en ce qui concerne le coût d'une consultation médicale (voir la figure 8, p. 18). Une évolution similaire a été observée pour la population générale, qui a elle aussi beaucoup moins souvent mentionné le coût d'une consultation médicale en 2016 (Eurofound, 2017)³. Toutefois, aucune amélioration n'a été constatée en ce qui concerne le temps d'attente, jugé problématique par près de la moitié des personnes handicapées.

L'accès est plus problématique pour les personnes handicapées que pour les personnes non handicapées, qu'il s'agisse de la distance (écart de 6 points de pourcentage entre les deux), du temps d'attente (écart de 4 points) et du délai pour obtenir un rendez-vous (écart de 3 points).

³ La question posée en 2011 concernait l'accès à un «médecin ou spécialiste médical», alors que la question de 2016 se limitait explicitement aux services de soins primaires. Comme indiqué dans le rapport de synthèse de l'EQLS, «ceci peut expliquer la moindre importance du coût en tant qu'obstacle à la consultation d'un médecin, le coût des services de soins primaires pouvant être inférieur à celui d'autres types de soins dispensés par un médecin spécialiste» (Eurofound, 2017, p. 52).

Figure 8: Proportion de personnes handicapées rapportant diverses difficultés d'accès aux soins primaires (%), UE, 2016 et 2011

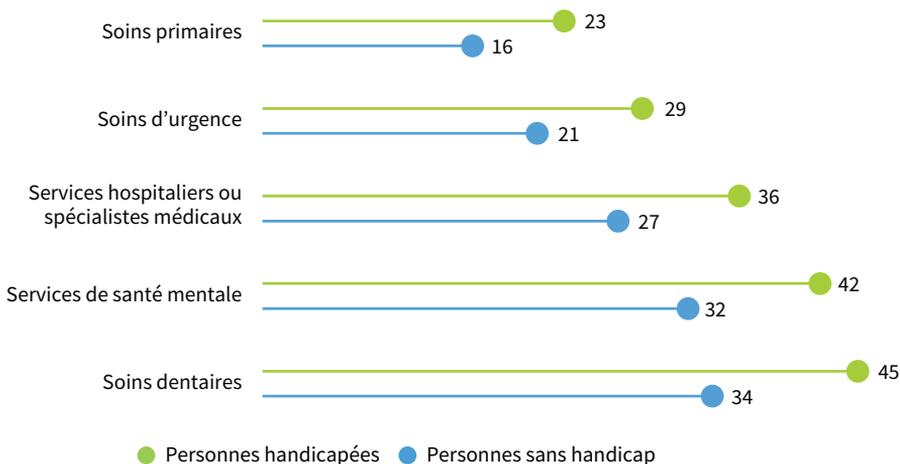


eurofound.link/0049

Toutefois, les personnes présentant un handicap sont moins susceptibles de signaler des difficultés à trouver du temps pour consulter un médecin (écart de 6 points de pourcentage). Et s'il est vrai qu'elles considèrent moins souvent le coût d'une consultation médicale comme un problème (écart de 3 points), elles signalent plus fréquemment qu'il leur serait difficile de faire face à différents types de frais médicaux inattendus (figure 9).

Comme le montre la figure 9, les frais des soins dentaires imprévus sont non seulement les plus difficiles à honorer, mais aussi les dépenses pour lesquelles l'écart avec les personnes non handicapées atteint son niveau maximal. Si l'on tient compte du statut professionnel – un indicateur de la situation économique – des différences subsistent entre les personnes handicapées et non handicapées, même si l'écart entre les deux groupes est légèrement plus faible.

Figure 9: Proportion de personnes handicapées et non handicapées qui rencontrent des difficultés face à des dépenses médicales imprévues (%), UE, 2016



eurofound.link/0049

Il existe très peu de différences entre le niveau de satisfaction des personnes handicapées et celui des personnes non handicapées à l'égard des médecins généralistes et des services hospitaliers (figure 10). Les utilisateurs, handicapés ou non, sont généralement satisfaits de la qualité des équipements, de l'expertise et du professionnalisme du personnel, de l'attention reçue, ou encore d'avoir été informés ou consultés au sujet de leurs soins, avec des notes moyennes allant de 7,5 à 8 sur une échelle de 1 à 10 pour les différents services.

Incidence du handicap sur le bien-être subjectif

Quel est l'incidence d'un handicap sur la qualité de vie d'une personne? Il est possible de répondre à cette question en comparant le bien-être subjectif des personnes handicapées avec celui de leurs homologues non

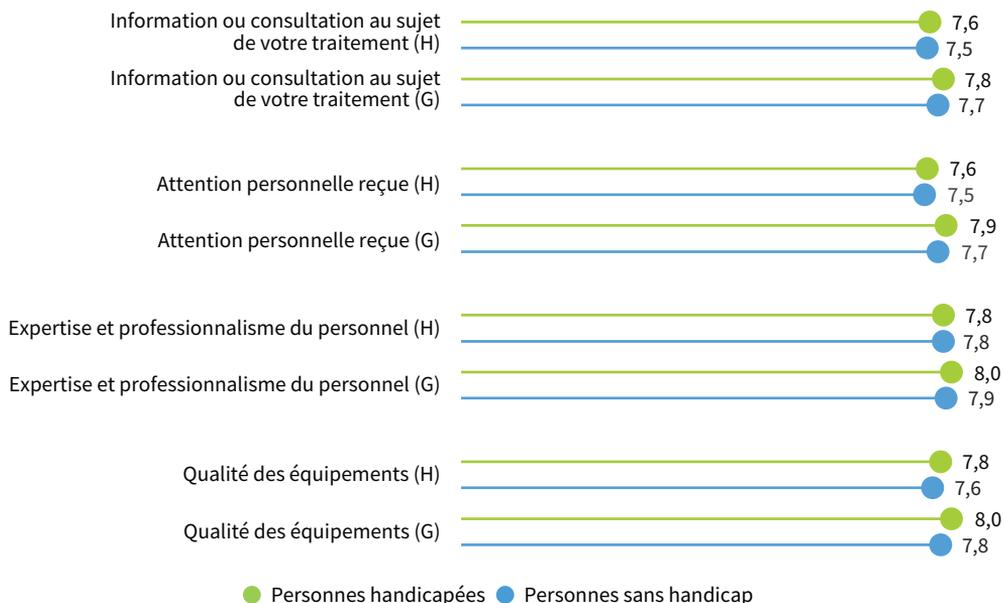
handicapés. Cette dernière section examine brièvement les différences entre les personnes handicapées et non handicapées en ce qui concerne les aspects suivants de la qualité de vie: état de santé autoévalué, santé mentale, satisfaction envers la vie, et satisfaction dans divers domaines.

Santé

Parmi les personnes en âge de travailler, les personnes handicapées sont beaucoup plus nombreuses à déclarer être en mauvaise santé (27 %) que les personnes sans handicap (1 %).

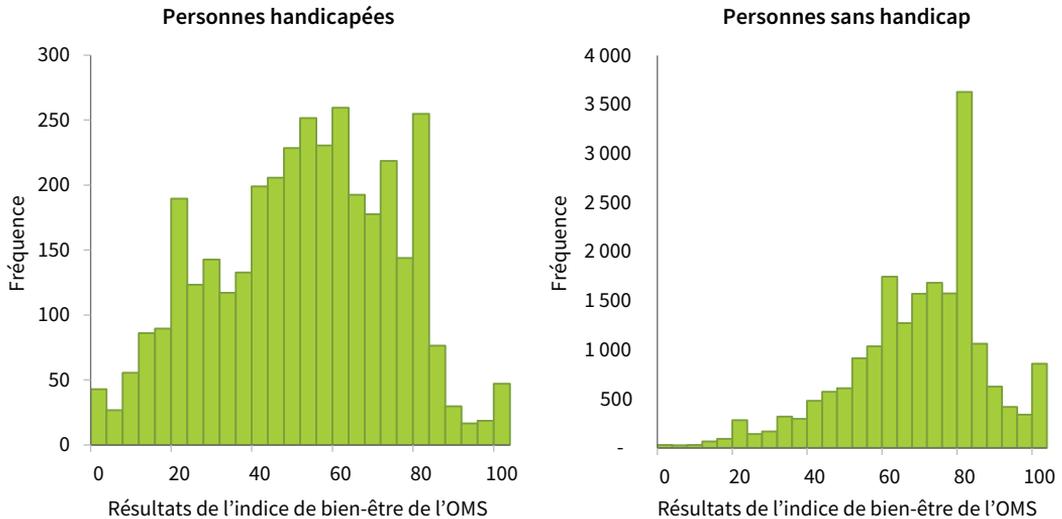
Jusqu'à la cinquantaine, les hommes handicapés déclarent plus souvent être en bonne santé que les femmes handicapées, puis la situation s'inverse: dans le groupe d'âge des 50-64 ans, par exemple, 35 % des hommes handicapés et 30 % des femmes handicapées déclarent être en mauvaise santé.

Figure 10: Taux de satisfaction moyen des personnes handicapées et non handicapées qui utilisent les services des généralistes et les services hospitaliers, UE, 2016



Remarque: les résultats concernent les personnes qui ont utilisé le service en question au cours des 12 mois précédents, et se réfèrent à la dernière utilisation du service. La satisfaction des utilisateurs est mesurée sur une échelle de 1 à 10. H = services hospitaliers/G = généralistes.

Figure 11: Indice du bien-être (WHO-5) chez les personnes handicapées et les personnes non handicapées, 2016, UE



Santé mentale

Les personnes présentant un handicap sont beaucoup plus exposées au risque de dépression que leurs homologues non handicapés. En ce qui concerne l'indice de bien-être WHO-5, la note moyenne des personnes handicapées est de 51 sur 100 (une note inférieure ou égale à 50 indique un risque de dépression). Cette note atteint 68 pour les personnes sans handicap.

Si l'on utilise cet indice pour évaluer le risque de dépression, 46 % des personnes handicapées en moyenne sont menacées, contre 16 % de leurs homologues non handicapés⁴. Pour souligner la situation particulièrement vulnérable des personnes handicapées, la figure 11 montre la ventilation des résultats de l'indice de bien-être pour les personnes handicapées (histogramme gauche) et pour les personnes sans handicap (histogramme droit). Alors que la majorité des résultats sont supérieurs à 50 pour les personnes sans handicap, de nombreux résultats sont inférieurs à 50 pour les personnes handicapées.

Satisfaction à l'égard de la vie

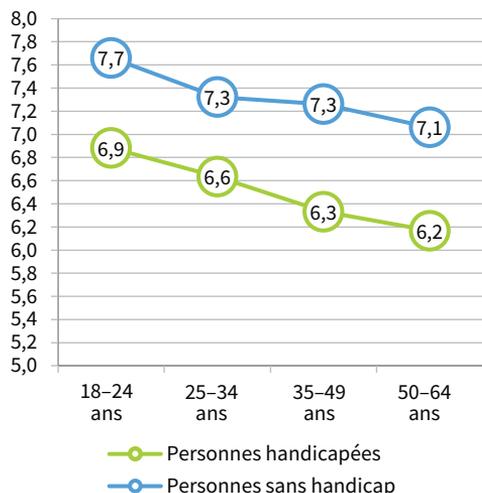
Les personnes handicapées font état d'une satisfaction à l'égard de la vie nettement inférieure (6,3 sur une échelle de 1 à 10) à celle de leurs homologues non handicapés (7,3). Comme l'illustre la figure 12, l'écart entre les personnes handicapées et non handicapées existe pour toutes les tranches d'âge, et culmine parmi les personnes âgées de 35 à 49 ans.

Le fait d'être fortement limité dans ses activités quotidiennes en raison d'une maladie ou d'un handicap est considéré comme un facteur associé à une faible satisfaction à l'égard de la vie (Eurofound, 2013b). Cette note d'orientation n'a fait jusqu'ici aucune distinction entre ceux qui se sentent quelque peu limités et ceux qui déclarent souffrir de graves limitations. La satisfaction à l'égard de la vie des personnes qui déclarent souffrir de graves limitations s'établit à 5,7.

L'emploi est associé de manière positive à la satisfaction à l'égard de la vie: les personnes handicapées qui occupent un emploi ont des

⁴ Ce résultat n'est pas totalement surprenant, étant donné que la définition du handicap utilisée dans le présent rapport inclut les problèmes de santé mentale chroniques. Malheureusement, la formulation de la question ne permet pas d'établir une distinction entre les problèmes de santé physique et mentale.

Figure 12: Satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées et non handicapées, par tranche d'âge, UE, 2016



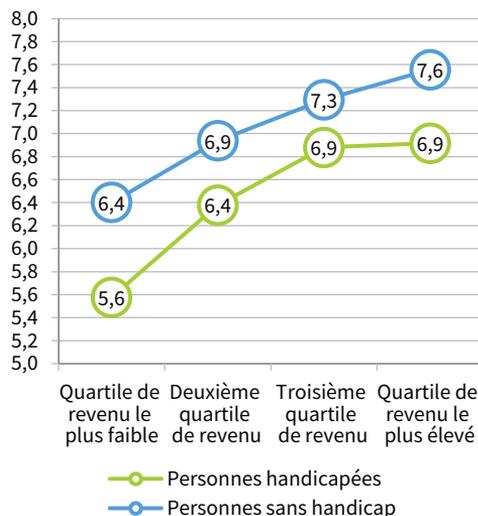
Remarque: la satisfaction à l'égard de la vie est mesurée sur une échelle de 1 à 10.

eurofound.link/0050

résultats en matière de satisfaction à l'égard de la vie nettement supérieurs (6,8) à ceux des chômeurs de longue durée (4,9), des chômeurs depuis moins de 12 mois (5,5) ou des personnes inaptes au travail en raison de leur handicap (5,7). Comme pour les personnes sans handicap, la satisfaction à l'égard de la vie augmente avec le revenu relatif. Il existe toutefois deux types de différences entre les deux groupes (figure 13). En premier lieu, l'écart entre le quartile de revenu le plus faible et le deuxième quartile est beaucoup plus grand pour les personnes handicapées que pour les personnes non handicapées. En second lieu, il n'y a pas de différence entre les niveaux de satisfaction à l'égard de la vie correspondant aux troisième et quatrième quartiles de revenu parmi les personnes handicapées, tandis que l'augmentation de la satisfaction est continue entre ces quartiles au sein de la population sans handicap. Ces variations soulignent qu'un faible revenu a une incidence supérieure sur la satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées, et que des revenus élevés ont moins d'effets positifs sur leur satisfaction que sur celle des personnes sans handicap.

Comme c'est généralement le cas, les femmes handicapées font état d'une plus grande satisfaction à l'égard de la vie (6,4) que leurs homologues masculins (6,2).

Figure 13: Satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées et non handicapées, par quartile de revenu, UE, 2016



Remarque: la satisfaction à l'égard de la vie est mesurée sur une échelle de 1 à 10.

eurofound.link/0050

Satisfaction à l'égard de divers domaines de la vie

Il a été précédemment relevé dans la présente note que les personnes présentant un handicap étaient nettement moins satisfaites de leur niveau de vie que leurs homologues non handicapés. Comme l'illustre le tableau 3, la même distinction s'applique à d'autres domaines de la vie, et s'étend même à la sphère de la vie familiale.

Meilleurs indices

Certains facteurs permettent-ils de mieux prédire la satisfaction à l'égard de la vie que d'autres et, dans l'affirmative, diffèrent-ils entre les personnes handicapées et les personnes sans handicap? Pour répondre à cette question, 24 facteurs provenant de l'ensemble de données de l'EQLS de 2016 ont été analysés. En ce qui concerne les personnes handicapées, neuf facteurs ont des incidences significatives sur la satisfaction à l'égard de la vie, et la somme de ces facteurs explique 35 % de la variation totale de leur satisfaction (le tableau 4 en dresse la liste par ordre d'importance). Cette analyse a été reproduite pour l'échantillon de personnes non handicapées. Dans leur cas, 15 des indicateurs testés expliquent 27 % de la variation de la satisfaction à l'égard de la vie.

Tableau 3: Satisfaction des personnes handicapées et non handicapées dans divers domaines de la vie, UE, 2016

	Éducation	Emploi	Niveau de vie	Logement	Vie familiale
Personnes handicapées	6,8	6,8	6,3	7,2	7,7
Personnes sans handicap	7,4	7,5	7,2	7,7	8,2

Remarque: tous les domaines sont mesurés sur une échelle de 1 à 10.

Comme l'illustre le tableau 4, l'indice de bien-être WHO-5 est le meilleur indicateur de satisfaction à l'égard de la vie pour les personnes handicapées, et explique 19 % des variations de la satisfaction personnelle. Le deuxième indice le plus important est l'exclusion sociale, à l'origine de 6 % des variations. Il est suivi de la mauvaise santé rapportée par les répondants (3 %). En ce qui concerne l'échantillon des personnes sans handicap, l'ordre des deux premières variables est inversé: l'exclusion sociale est un meilleur indicateur de satisfaction à l'égard de la vie que le risque de dépression. Les incidences de l'exclusion sociale sur la satisfaction envers la vie dans les deux groupes révèlent clairement l'importance des mesures qui permettent à chaque citoyen de participer pleinement à la société.

Le fait de considérer que l'on est en mauvaise ou en très mauvaise santé a une incidence négative sur la satisfaction à l'égard de la vie dans le groupe des personnes handicapées, mais ne joue pas de rôle pour les personnes sans handicap. Le modèle indique également que le fait d'être au chômage affecte la satisfaction de manière similaire pour les deux groupes. Tel est aussi le cas de la participation sociale. L'appartenance à la catégorie des revenus les plus faibles a un effet négatif limité. Des recherches antérieures ont mis en évidence le rôle des services publics dans l'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population (Eurofound, 2013a). La présente note va plus loin, en montrant que la qualité des services de santé a un effet significatif sur la satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées.

Tableau 4: Indices de satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées et non handicapées, UE, 2016

Indice de satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées	Variation expliquée par le facteur (%)	Indice de satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées	Variation expliquée par le facteur (%)
Indice de bien-être WHO-5	19,3	Indice d'exclusion sociale	13,7
Indice d'exclusion sociale	5,7	Indice de bien-être WHO-5	6,1
Mauvaise ou très mauvaise santé	3,4	Chômage	2,4
Chômage	2,4	Qualité des services de santé	1,9
Qualité des services de santé	1,4	Participation sociale	1,0
Participation sociale	1,2	Éducation de base	0,7
Quartile de revenu le plus faible	0,7	Vie avec un partenaire et des enfants	0,3
50-64 ans	0,4	35-49 ans	0,3
Femme	0,4	Études supérieures achevées	0,2
Variation totale expliquée (%)	35	Co-habite avec un partenaire	0,2
		Femme	0,1
		Quartile de revenu le plus faible	0,1
		50-64 ans	0,1
		Participation sociale	0,1
		Deuxième quartile de revenu	0,1
		Variation totale expliquée (%)	27



Orientations politiques

L'EQLS offre un aperçu de l'évolution dans plusieurs domaines prioritaires de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées, en examinant de nombreux aspects de la vie et du travail, entre 2011 et 2016. Dans l'ensemble, les faits démontrent que, malgré des améliorations, le fait de souffrir d'un handicap désavantage systématiquement les personnes concernées. À titre d'exemple, l'accès à des soins de qualité et leur disponibilité ont progressé, mais les personnes handicapées continuent de rencontrer plus de difficultés que leurs homologues non handicapés.

Favoriser l'emploi

- Il reste encore beaucoup à faire pour que les personnes handicapées puissent bénéficier pleinement de leur droit de travailler. En ce qui concerne la population handicapée en âge de travailler, les décideurs devraient accorder une attention particulière à la situation professionnelle des femmes et des personnes qui n'ont pas dépassé l'enseignement primaire (ces deux catégories se recoupant souvent).
- En 2016, le nombre de personnes handicapées diplômées de l'enseignement supérieur était plus élevé qu'en 2011, mais l'écart avec le taux d'achèvement des études supérieures des personnes sans handicap s'était encore creusé. Ce constat est particulièrement inquiétant, étant donné que l'écart en matière d'emploi est nettement plus faible parmi les personnes handicapées diplômées de l'enseignement supérieur que parmi celles dont le niveau d'instruction est plus limité. Les taux d'achèvement de l'enseignement supérieur sont inférieurs à un sur cinq chez les personnes handicapées de 35 ans et plus, ce qui souligne la nécessité de mettre l'accent sur l'employabilité des nombreuses personnes handicapées dont le niveau d'instruction est plus faible.
- Il est également possible de réduire l'écart en matière d'emploi en investissant dans le groupe des personnes inaptes au travail en raison de leur handicap, qui représente 14 % de la population handicapée totale en âge de travailler. En comparaison avec 2011, le nombre d'hommes dans ce groupe a diminué, alors qu'aucune amélioration n'a été constatée parmi les femmes. Étant donné que l'incapacité de travailler liée à un handicap est plus fréquente chez les personnes plus âgées, la réduction observée du nombre d'hommes dans ce groupe soulève la question de savoir si les politiques visant à prolonger la vie active et à permettre aux personnes de conserver leur emploi ou de retrouver du travail ont suffisamment ciblé les femmes handicapées.

Prendre en compte le genre et l'âge

- Entre 2011 et 2016, l'augmentation du taux d'emploi a été plus forte pour les hommes handicapés que pour les femmes. Ceci souligne le désavantage supplémentaire provoqué par le fait d'être une femme: l'exclusion du marché de l'emploi reste plus fréquente pour les femmes que pour les hommes. Mais le désavantage subi par les femmes n'est pas évident dans tous les domaines, et les jeunes femmes handicapées, par exemple, obtiennent de meilleurs résultats que leurs homologues masculins en ce qui concerne l'achèvement des études supérieures. En d'autres termes, la qualité de vie des personnes handicapées varie en fonction du genre et de l'âge. Toute mesure politique visant à intégrer la dimension de genre dans la politique en faveur des personnes handicapées devrait également tenir compte de l'âge.

Améliorer l'inclusion et le bien-être

- L'importance de l'emploi est soulignée par le fait que les personnes handicapées se sentent plus ou moins exclues de la société selon qu'elles occupent ou non un emploi. Les personnes qui travaillent déclarent moins souvent se sentir à l'écart de la société que les chômeurs de longue durée ou les personnes inaptes au travail en raison de leur handicap. La participation sociale peut jouer un rôle dans l'amélioration du sentiment de bien-être et d'appartenance.
- Le fait d'exercer un emploi est également lié de manière positive au bien-être subjectif: la satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées qui travaillent est nettement supérieure à celle des chômeurs de longue durée, des personnes sans emploi depuis moins de 12 mois, ou des personnes inaptes au travail en raison de leur handicap.
- La satisfaction à l'égard de la vie augmente avec les revenus, mais cette note d'orientation a révélé que, pour les personnes handicapées, la différence de satisfaction entre le quartile de revenu le plus faible et le deuxième quartile était nettement plus importante que pour les personnes sans handicap. L'analyse n'a par ailleurs décelé aucune variation des niveaux de satisfaction pour les troisième et quatrième quartiles de revenu. Selon ces deux constats, un revenu faible a un effet plus important sur la satisfaction à l'égard de la vie des personnes handicapées, mais le degré de satisfaction de ces dernières n'augmente pas au-delà du troisième quartile de revenu, contrairement à la satisfaction des personnes sans handicap. En conséquence, bien que l'élimination du risque de pauvreté et la garantie d'un niveau de vie suffisant pour les personnes handicapées soient des priorités politiques importantes, ce groupe a également besoin (peut-être plus encore que la population non handicapée) de mesures de soutien non monétaires.
- Le bien-être mental est un domaine qui mérite une attention particulière. Comme l'a montré la présente note, le risque de dépression est nettement plus élevé chez les personnes handicapées que chez les personnes sans handicap: 46 % des personnes handicapées sont menacées, contre 16 % des personnes non handicapées. Bien que cette série de données transversales ne permette pas d'étudier le lien de causalité, de tels chiffres justifient à eux seuls d'accorder une attention accrue au bien-être mental des personnes handicapées.



Ressources

Toutes les publications d'Eurofound sont disponibles à l'adresse suivante:

www.eurofound.europa.eu

Les résultats de l'EQLS par pays et les principales ventilations sont disponibles en ligne à l'adresse suivante: <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-quality-of-life-survey>

Les résultats de l'EQLS par pays et les principales ventilations sont disponibles en ligne à l'adresse suivante:

<https://www.eurofound.europa.eu/fr/data/european-quality-of-life-survey>

ANED (Réseau d'études européen d'experts dans le domaine du handicap) (2018), *Mainstreaming disability rights in the European Pillar of Social Rights – A compendium*, ANED.

CESE (Comité économique et social européen) (2018), *La situation des femmes handicapées*, avis exploratoire demandé par le Parlement européen, SOC/579, Bruxelles.

Eurofound (2013a), *Troisième enquête européenne sur la qualité de vie – Qualité de vie en Europe: les inégalités sociales*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Eurofound (2013b), *Troisième enquête européenne sur la qualité de vie – Qualité de vie en Europe: le bien-être subjectif*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Eurofound (2017), *Enquête européenne sur la qualité de vie 2016: qualité de vie, qualité des services publics et qualité de la société*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Eurofound (à paraître), *Social cohesion and well-being*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Commission européenne (2017a), *Rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées 2010-2020*, document de travail des services de la Commission, SWD (2017) 29 final, Bruxelles.

Commission européenne (2017b), *Mise en place d'un socle européen des droits sociaux*, COM(2017) 250 final, Bruxelles.

FRA (2017), *From institutions to community living Part III: outcomes for persons with disabilities*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg.

Jones, M. (2016), «Disability and labor market outcomes», *IZA World of Labor*, n° 253.

Comité des droits des personnes handicapées des Nations unies (2016), *Observations finales sur le rapport initial de l'Union européenne*, CRPD/C/EU/CO/1.

Les personnes handicapées font partie des groupes les plus défavorisés de l'UE. Cette note d'orientation examine la situation sociale des personnes handicapées en âge de travailler, en utilisant les données des éditions 2011 et 2016 de l'enquête européenne sur la qualité de vie (EQLS). La présente note examine les changements survenus au cours de cette période dans les domaines prioritaires de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées: emploi, éducation et formation, participation à la société, protection sociale et soins de santé. Elle étudie également le bien-être subjectif de ce groupe d'Européens et les facteurs qui l'influencent. Dans sa section dédiée aux orientations politiques, la présente note souligne les efforts qui doivent être consentis pour améliorer la situation des personnes handicapées en matière d'emploi.

La Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) est une agence tripartite de l'Union européenne dont le rôle est de diffuser les connaissances dans le domaine des politiques sociales et des politiques de l'emploi et du travail. Eurofound a été instaurée en 1975 par le règlement (CEE) n° 1365/75 du Conseil, en vue de contribuer à la planification et à la mise en place de meilleures conditions de vie et de travail en Europe.