

**4**  
4e trimestre  
**2006**  
48e année

**4**  
4e trimestre  
**2006**  
48e année

La Revue belge de sécurité sociale est un instrument du système social belge dont l'objectif est l'information au sujet de la protection sociale en Belgique dans un contexte européen. Elle offre un forum multidisciplinaire pour l'échange d'informations et d'idées en la matière en vue d'un développement permanent des connaissances et de l'élaboration d'une politique sociale satisfaisante et légitime. Dans cette optique, la Revue s'adresse aux nombreux acteurs et personnes intéressées dans les divers domaines de la protection sociale.

La Revue paraît chaque trimestre en deux versions : l'une française et l'autre néerlandaise. La Revue peut être consultée sur internet:  
<http://socialsecurity.fgov.be/bib/rbss.htm>

Het Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid is een instrument van het Belgisch sociaal systeem om te informeren over de sociale bescherming in België binnen een Europese context. Het biedt een multidisciplinair forum voor het uitwisselen van informatie en ideeën terzake, met het oog op een permanente uitbouw van kennis en van een toereikend en legitiem sociaal beleid. Het Tijdschrift richt zich daarbij tot de vele actoren en geïnteresseerden in de diverse domeinen van de sociale bescherming.

Het Tijdschrift verschijnt ieder trimester in twee versies: de ene in het Nederlands, de andere in het Frans. Het Tijdschrift kan ook worden geraadpleegd op het internet:  
<http://socialsecurity.fgov.be/bib/rbss.htm>

Service public fédéral Sécurité sociale  
Rue de la Vierge noire 3c – B-1000 Bruxelles

ISSN : 0035-0834

R e v u e b e l g e d e  
**SECURITE SOCIALE**

R e v u e b e l g e d e  
**SECURITE SOCIALE**

.be

ISSN 0035-0834

Les travaux signés ou reproduits sous le couvert d'une indication de source dans cette publication n'engagent que la responsabilité de leur auteur et ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion du Service public fédéral Sécurité sociale.

# SOMMAIRE

## L'ÉTAT DE L'ÉTAT-PROVIDENCE DANS L'UE EN 1992 ET DIX ANS PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES

### INTRODUCTION

<b>L'ÉTAT DE L'ÉTAT-PROVIDENCE DANS L'UE EN 1992 ET DIX ANS PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES : CHAMP D'APPLICATION DE LA CONFERENCE</b>	485
JOZE PACOLET	

### PARTIE 1: LES ETATS-PROVIDENCE EUROPEENS : A LA RECHERCHE DES TENDANCES SUR TOILE DE FOND ECONOMIQUE ET SOCIOPOLITIQUE

<b>ÉTAT DE L'ÉTAT-PROVIDENCE DANS L'UE ANNO 1992 ET DIX ANS PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES. IDENTIFICATION DES TENDANCES AU SEIN DE L'ÉTAT-PROVIDENCE</b>	497
JOZE PACOLET et VERONIQUE COUDRON	

<b>L'ÉLARGISSEMENT ENTRAINE-T-IL UN DEMANTELEMENT SOCIAL?</b>	541
FILIP ABRAHAM	

<b>MAINTENIR ET AMELIORER LA QUALITE SOCIALE DE L'EUROPE. SOMMES-NOUS PRETS ?</b>	565
JAN RENDERS	

<b>MAINTENIR UNE EUROPE SOCIALE EN RENFORCANT LE MODELE SOCIAL A L'ECHELON NATIONAL : L'EXEMPLE BELGE</b>	571
JEAN-MARC CLOSE	

<b>PRIORITES ET OPPORTUNITES DU MOUVEMENT SYNDICAL EUROPEEN</b>	579
GABRIELLE CLOTUCHE	

### PARTIE 2: LE BEAU VISAGE DE L'ÉTAT-PROVIDENCE BELGE ET SES PRINCIPAUX PARTENAIRES COMMERCIALS : TOUS D'INSPIRATION BISMARCKIENNE ?\*

<b>SITUATION DE L'ÉTAT-PROVIDENCE EN BELGIQUE EN 2005</b>	591
JOZE PACOLET et VERONIQUE COUDRON	

<b>LE DECLIN SILENCIEUX DU REGIME DE PENSION DES MEMBRES DU PERSONNEL DU SECTEUR PUBLIC LOCAL EN BELGIQUE</b>	625
JAN GYSEN	

\* "Le beau visage": selon le titre d'un livre de l'historienne Britannique Patricia Carson 'The Fair Face of Flanders'.

**LA REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 1982-2003** 635 |  
LEI DELSEN

**L'ETAT-PROVIDENCE EN 2005 : LA SITUATION DU LUXEMBOURG** 669 |  
FRANZ CLEMENT

**L'ETAT-PROVIDENCE EN FRANCE DEPUIS LA FIN DES ANNEES '90** 691 |  
SANDRINE DUFOUR-KIPPELEN et MARIE-EVE JOEL

**L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE EN ALLEMAGNE** 717 |  
ROLAND EISEN

**PARTIE 3.**  
**LE BEAU VISAGE DE TROIS AUTRES TYPES D'ETATS-PROVIDENCE EUROPEENS**

**LA SITUATION DE L'ETAT-PROVIDENCE AU DANEMARK A LA FIN DES ANNEES 1990 ET AU DEBUT DES ANNEES 2000** 743 |  
EIGIL BOLL HANSEN

**L'ETAT-PROVIDENCE EN ESPAGNE ENTRE 1998 ET 2003** 771 |  
GREGORIO RODRIGUEZ CABRERO

**SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE AU ROYAUME-UNI EN 2005 : EVOLUTION POSITIVE** 797 |  
HOWARD GLENNERSTER

**ABSTRACTS**

821 |

**L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE  
DANS L'UE EN 1992  
ET DIX ANS PLUS TARD  
AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES**

**sous la direction scientifique de professeur Jozef Pacolet,  
Hoger Instituut voor de Arbeid  
Katholieke Universiteit Leuven**

# INTRODUCTION

**L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE DANS L'UE EN 1992 ET DIX ANS  
PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES : CHAMP  
D'APPLICATION DE LA CONFERENCE**

---

485 |

# L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE DANS L'UE EN 1992 ET DIX ANS PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES : CHAMP D'APPLICATION DE LA CONFERENCE

PAR **JOZEF PACOLET**

HIVA Hoger Instituut voor de Arbeid, Katholieke Universiteit Leuven

*'Ecclesia de dunes est quasi mons argenteus indeficiens si tamen a sapientibus gubernetur'*

*'L'Abbaye des Dunes est une montagne d'argent qui ne disparaîtra jamais, pourvu qu'elle soit bien gérée'.*

*Abbé Nicolaas van Belle au 13e siècle, l'âge d'or de l'Abbaye des Dunes située à Koksijde, Flandre.*

*Nous, Athéniens, nous prenons seuls nos décisions politiques ou les soumettons à des discussions adéquates : en effet, nous ne pensons pas qu'il existe une incompatibilité entre les mots et les faits ; la pire chose est de se précipiter à agir avant d'avoir débattu correctement des conséquences.*

*Notre constitution... est appelée une démocratie parce que le pouvoir n'est pas dans les mains de quelques-uns, mais du plus grand nombre. Thucydides (460-400 av. J.-C.) –*

*Oraison funèbre de Périclès, citée par l'Athenian Policy Forum APF.*

Ce volume spécial de la Revue belge de sécurité sociale comporte une sélection des contributions apportées à une étude comparative européenne et un colloque européen étalé sur deux jours, organisé les 17 et 18 octobre 2005 à Louvain et ayant pour thème « L'état de l'Etat-providence en 1992 et dix ans plus tard avec les nouveaux Etats membres » organisé par le Hoger Instituut voor de Arbeid HIVA de la Katholieke Universiteit Leuven (1).

## 1. HISTORIQUE DU PROJET ET SERIE DE CONFERENCES

A partir de 1995, le HIVA a organisé une série de trois conférences quinquennales sur l'état de l'Etat-providence (1995-2000-2005), qui a toutefois débuté avec un prologue, notamment en 1992.

### 1.1. LE POINT DE DEPART : 1992

En 1992, sur la base de recherches effectuées par la Commission européenne (Pacolet, J., Gos, E. et O'Shea, E., 1993), le Hoger Instituut Voor de Arbeid, HIVA a organisé une conférence pour le Centre européen des travailleurs (Europäisches Zentrum für Arbeitnehmerfragen, EZA) relative à l'Union économique et monétaire (UEM) et à la protection sociale, en réunissant toute une série d'experts en matière d'économie et de protection sociale (Pacolet J. (éd.), 1996). Depuis lors, l'EZA a invité le HIVA à mettre sur pied un réseau d'instituts de recherche chargés d'étudier dans quelle mesure l'Europe sociale réussissait – ou non – à progresser. L'EZA a initié un projet de recherche européen abordant le thème de l'état de l'Etat-providence en 1992 et après.

---

(1) La réalisation de ce projet comparatif européen et la publication des résultats n'ont été possibles que grâce au soutien financier de la Commission européenne, octroyé à partir du Centre européen pour les travailleurs EZA. Nous remercions ces instances d'avoir soutenu notre ambition de prouver la vitalité et la viabilité de l'Etat-providence grâce à une enquête scientifique. Cette conférence a également été reprise dans la série de conférences internationales de l'Athenian Policy Forum qui souhaitait encourager davantage le débat scientifique relatif à la politique économique. Au niveau du contenu, nous avons pu compter sur les experts de 25 Etats membres, qui ont apporté leur contribution au colloque et ont autorisé la publication de leurs contributions, dont une partie figuret dans ce volume spécial. Les experts nationaux sont les suivants : J. Pacolet, V. Coudron, (Belgique), Juhani Lehto (Finlande), E.B. Hansen (Danemark), L. Delsen (Pays-Bas), F. Clément (Luxembourg), M.-E. Joël, S. Dufour-Kippelen (France), H. Glennerster (Royaume-Uni), B. Kennelly (Irlande), R. Eisen (Allemagne), J. Wöss (Autriche), F. Maino, I. Madama (Italie), G. Rodriguez Cabrero (Espagne), P. Côte-Real, P. Pita Barros (Portugal), Y. Yfantopoulos (Grèce), J. Edling (Suède), A. Kumar (Slovénie), J. Troisi, (Malte), L.N. Christofides (Chypre), F. Rajevska (Lettonie), V. Karpuskiene (Lituanie), J. Kõre (Estonie), J. Fidrmuc, A.Klein (République slovaque et République tchèque), M. Grabowski (Pologne), G. Juhász (Hongrie).

Nous remercions également le président du HIVA, J. Renders, le président du ACW (MOC Flamand) et le vice-président du HIVA, F. Abraham, vice-recteur de la Katholieke Universiteit Leuven, et J.M. Close, J. Gysen et G. Clotuche de leur contribution supplémentaire au débat organisé lors du colloque et dans ce numéro spécial. Enfin, nous tenons à remercier tout particulièrement le SPF Sécurité sociale et la Revue Belge de Sécurité sociale pour la traduction et la publication de cette sélection de contributions, et plus particulièrement Hendrik Larmuseau et Roland Van Laere.



1992 a été une année importante pour le processus d'intégration européenne : des étapes importantes ont dû être franchies afin d'aboutir à un établissement du 'marché intérieur'. Toutefois, les efforts consentis en ce sens ont suscité des préoccupations quant à la création d'une Europe sociale qui, à plusieurs égards, se développait à un rythme plus lent. La concrétisation de l'UEM imposait de nouvelles contraintes aux systèmes nationaux de protection sociale.

#### 1.2. **1995 : PREMIERE CONFERENCE SUR « L'ÉTAT DE L'ÉTAT-PROVIDENCE EN 1992 »**

En 1995, nous avons organisé une première conférence avec ce groupe de chercheurs, sur « L'état de l'Etat-providence en 1992 » pour le Centre européen des travailleurs (EZA). Douze groupes de recherche ont été rassemblés pour décrire, dans un format similaire, la condition de l'Etat-providence aux alentours de 1992, époque où un nouvel élan fut insufflé à la poursuite de l'intégration dans l'UE. L'objectif consistait à évaluer la description de l'Etat-providence et de l'économie à ce moment et de se rencontrer de nouveau cinq ans plus tard afin d'analyser l'évolution de l'Etat-providence sous l'influence de cette intégration accrue. En 1995, ces 12 aperçus nationaux ainsi que la comparaison effectuée à l'échelon européen ont été présentés (Pacolet, J. et Versieck, K. (éds.), 1997, 3 volumes).

#### 1.3. **2000 : DEUXIEME CONFERENCE SUR « L'ÉTAT DE L'ÉTAT-PROVIDENCE EN 1992 » : CINQ ANS PLUS TARD**

Exactement 5 ans plus tard, en 2000, nous avons organisé une nouvelle conférence sur « L'état de l'Etat-providence en 1992 : cinq ans plus tard ». Tous les documents nationaux avaient été actualisés et une nouvelle synthèse comparative avait été établie (Pacolet, J. (éd.), 2003).

En organisant cette 'chronique' de l'Etat-providence à travers l'intégration économique future, nous estimons contribuer à une meilleure compréhension de notre orientation. Cette démarche peut orienter les mouvements sociaux ayant ordonné cette recherche, si telle est la manière dont ils entendent procéder.

#### 1.4. **2005 : TROISIEME CONFERENCE SUR « L'ÉTAT DE L'ÉTAT-PROVIDENCE EN 1992 » : DIX ANS PLUS TARD AVEC LES DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES**

Comme annoncé dans les projets précédents, l'intention était non seulement de décrire l'impact de l'intégration européenne sur la protection sociale pendant la période entourant 1992 et cinq ans plus tard, mais également de réitérer cette étude et ces débats entre les chercheurs et les mouvements sociaux encore cinq ans plus tard et d'analyser l'évolution réelle du phénomène. Les rapports de 1992 reflétaient jusqu'alors un impact assez limité sur la protection sociale. Cela peut s'expliquer par le fait que le marché intérieur était trop récent et que les effets de la concurrence accrue, par exemple, ne se faisaient pas encore sentir. Par ailleurs, l'application des critères de convergence de Maastricht n'est devenue évidente qu'en 1992 et son impact allait probablement se faire sentir seulement des années plus tard, tant

au niveau des mesures directes qu'indirectes en raison de son influence sur le débat politique. En 2000, les Etats-providence semblaient être solides et à même de faire face au déclin, mais un nombre toujours croissant d'indices de transformations paradigmatiques est apparu.

Depuis le projet initial, l'UE s'est élargie pour passer de 12 à 15 Etats membres et lors de la deuxième conférence, des contributions ont été programmées pour les nouveaux Etats membres. Depuis lors, l'Union européenne a accédé à l'union monétaire visible avec l'introduction des billets et des pièces d'euros en 2002. En 2004, 10 nouveaux pays de l'Europe centrale et orientale ont adhéré à l'UE. Le 18 juin 2004, le Conseil européen a accepté un projet de 'Traité établissant une Constitution pour l'Europe', qui attend toujours une ratification. En outre, depuis 1<sup>er</sup> janvier 2007, de nouveaux Etats membres ont rejoint l'UE. Il s'agit là de changements révolutionnaires de la scène économique, politique et sociétale de l'Europe, de sorte que dix ans plus tard, en octobre 2005, une troisième conférence sur « L'état de l'Etat-providence en 1992 et dix ans plus tard dans l'UE et les dix nouveaux Etats membres de l'UE » s'est avérée être plus qu'appropriée.

En 2005, nous avons eu l'occasion d'évaluer l'expérience de plus de cinq années déjà de fonctionnement de la Zone euro. En outre, nous pouvons observer que le débat relatif au marché intérieur n'atteint que maintenant les domaines des soins de santé et de la protection sociale, et que dix nouveaux Etats membres expérimentent leur propre transition des Etats-providence, influençant également le reste de l'UE.

Depuis le premier colloque, les préoccupations relatives à la viabilité de l'Etat-providence dans un contexte d'intégration économique et de concurrence croissantes n'ont pas disparu. De nouvelles menaces se sont matérialisées, telles que la préoccupation croissante quant à l'impact budgétaire du vieillissement de la population et à la viabilité de l'Etat-providence, la transition paradigmatique opérée dans les systèmes de sécurité sociale survenue dans les nouveaux Etats membres, la pression croissante du marché intérieur sur l'organisation des services publics sociaux, etc.

D'autre part, des incitants politiques remarquables ont été introduits à l'échelon européen afin de maintenir et de développer à un haut niveau la croissance et la protection sociale. La 'stratégie de Lisbonne', la stratégie commune pour l'emploi, la méthode ouverte de coordination appliquée aux pensions, la politique d'inclusion sociale et désormais les soins de santé également, peuvent tous exercer une influence considérable sur l'évolution de la protection sociale. Néanmoins, il n'est ni clair, ni certain que le niveau de protection sociale se développera proportionnellement au développement économique global.

Tous les domaines de l'Etat-providence ont des implications au niveau de la création, de l'affectation et de la distribution du revenu national. Certains débats publics ont surestimé l'impact négatif des dépenses de l'Etat-providence sur le niveau de

concurrence d'une économie. Initialement, le réseau de recherche entendait procéder à une analyse critique de ce raisonnement. Il était également question d'examiner la manière dont l'Etat-providence pouvait être maintenu et pouvait éviter la confrontation avec la stratégie de croissance économique qui sous-tend la création du marché intérieur et l'UEM ainsi que la poursuite de la stratégie du Livre Blanc sur la 'Croissance, concurrence et emploi' et la plus récente 'stratégie de Lisbonne' consistant à 'accroître la concurrence en visant le plein-emploi et la promotion de l'inclusion sociale'. Sont donc touchées non seulement les tendances nationales, mais également l'influence de l'intégration européenne, les conditions de l'UEM et la pression des objectifs européens sur les choix opérés à l'échelon national.

Actuellement, l'élargissement est également considéré comme une cause de délocalisations, de dumping social et de fléchissement de la concurrence par les produits, services, personnes et capitaux mobiles internationaux. Nous commencerons de nouveau par inviter également les collègues des nouveaux Etats membres à évaluer de manière empirique la situation actuelle et à se réunir de nouveau d'ici cinq ans afin d'examiner si l'adhésion à l'UE a amélioré ou dégradé la situation des Etats-providence dans ces nouveaux Etats membres.

## **2. DEFINITION ET CHAMP D'APPLICATION DES NOTIONS DE 'PROTECTION SOCIALE' ET DE L'ETAT-PROVIDENCE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE : 'IDENTIFICATION DE LA TENDANCE DE L'ETAT-PROVIDENCE'**

La définition et le champ d'application des notions de protection sociale et de l'état-providence sont en théorie assez vastes. Elles incluent le niveau global de dépenses sociales. Dans ce projet, une attention particulière est accordée, déjà depuis le début, à la santé et aux pensions, systèmes influencés tout particulièrement par le défi du double vieillissement à venir de la population. Un point étroitement lié à ce volet est le problème des soins de longue durée, que nous ajoutons à la liste. Comme illustré dans notre document comparatif ci-après, ces questions se sont avérées être hautement résistantes dans le temps, étant donné qu'elles sont liées, par exemple, à l'impact direct de la réalisation du marché intérieur de 1992, permettant une concurrence et une privatisation des services publics sociaux, y compris de l'assurance maladie. Nous avons invité les parties à se focaliser sur l'évolution particulière de ces systèmes mis sous pression en raison du vieillissement de la population.

Nous l'appellerons 'identification de la tendance sociale', avec l'ambition de détecter en temps utile si ces systèmes que nous affectionnons tant empruntent la direction adéquate, de manière à ce que 'l'identification de cette tendance' puisse agir comme un système d'avertissement précoce pour les différents mouvements sociaux et les décideurs politiques.

La principale question à analyser est la suivante : dans quelle(s) direction(s) les systèmes de protection sociale évoluent-ils et de quelle manière cette évolution est-elle influencée par des forces et un raisonnement économiques ?

L'approche de base du projet repose sur une analyse économique du débat relatif à la protection sociale et à l'impact de l'intégration européenne sur cette protection. Nous avons dès lors convié tout particulièrement des personnes intéressées par cette approche. Il s'agit pour la plupart de collègues issus de départements économiques de leurs universités, mais un intérêt et une approche similaires ont été apportés par d'autres disciplines sociales. Le principal point d'attention demeure l'analyse économique du débat et la confrontation de l'intégration économique et de ses processus avec les faits et les décisions prises au sujet de l'Etat-providence. Nous avons invité de préférence des collègues d'autres universités, étant donné que l'objectif de l'EZA, bien que le projet fût organisé pour et orienté vers les mouvements sociaux et ouvriers, consiste à stimuler la recherche et le débat scientifique.

### **3. STRUCTURE DE CE VOLUME SPECIAL**

---

Dans ce volume spécial, nous présentons une première partie des procédures de cette conférence ; le volume complet pour les 25 Etats membres sera publié ultérieurement (Pacolet, J. (éd.), 2007).

Premièrement, nous présentons un aperçu comparatif comportant des faits et des chiffres ainsi qu'une sélection propre des tendances majeures que nous pouvons déduire des rapports nationaux. Nous appelons cela 'l'identification de la tendance de l'Etat-providence'. Dans le reste de la première partie de ce volume, il est procédé à une autre évaluation économique de la viabilité de la protection sociale, y compris spécialement les conditions de travail primaire et secondaire, à la lumière de l'intégration européenne (contribution de F. Abraham ci-après). Ce n'est pas un hasard si, par la suite, trois acteurs nationaux et européens présentent leurs attentes et ambitions quant au développement futur de l'Etat-providence. En effet, c'est précisément vers ces participants, mouvements sociaux et décideurs politiques que cette recherche est orientée.

Dans la deuxième partie, la sélection des contributions nationales est limitée aux anciens Etats-membres. Nous avons choisi avant tout ce que l'on appelle les Etats-providence continentaux de type bismarckien, étant donné qu'il s'agit là du type d'Etat-providence que nous avons développé en Belgique et qui s'avère être également le système de nos voisins dans ce que l'on appelait jadis les 'Pays Bas' et qui est devenu le Benelux, et nos autres voisins ainsi que nos principaux partenaires commerciaux que sont l'Allemagne et la France. Ces évolutions nous intéressent tout particulièrement, étant donné qu'une comparaison permanente existe avec nos principaux partenaires commerciaux en Belgique. Pour la Belgique, un cas spécifique est également présenté au niveau de la protection sociale du secteur public local (J. Gysen, ONSSAPL).

En vue d'élargir le champ d'application, nous avons sélectionné plus loin trois exemples typiques dans les anciens Etats membres d'autres types d'Etats-providence, l'Etat-providence selon le modèle de Beveridge du R.-U., le modèle scandinave (de Beveridge) au Danemark et le modèle méditerranéen (bismarckien) de l'Espagne.

#### 4. POURQUOI PROCEDER DE CETTE MANIERE ?

A-t-on constaté des changements après ces trois conférences sur l'Etat-providence ? Je vous invite à lire la chronique précédente, étant donné qu'elle illustre les changements intervenus ou non. A la page 9 (Pacolet, J. (éd.), (2003)) j'ai pu lire qu'en 1998, une vive discussion s'était déroulée au sujet des pensions en Italie, tandis qu'en Belgique, l'on assistait à une grève en faveur de la retraite anticipée à 55 ans au lieu de 57. Au début de la conférence, en octobre 2005, une grève générale initiée par un syndicat en Belgique avait été organisée contre les nouveaux projets du gouvernement belge d'augmenter, dans le contexte du pacte des générations, l'âge de la retraite anticipée de 58 à 60 ans. Les choses ont-elles évolué ? Oui, effectivement. L'âge pour laquelle on discute change de 55 à 60. Lorsque nous avons souligné, lors de la conférence de 2000 sur l'Etat-providence belge autour de 1997, les différences majeures existant au niveau régional sur le plan du chômage et les niveaux extrêmement élevés de chômage parmi les immigrants, nous avons conclu que la Belgique « devait être à même d'aller vers le plein emploi » (Pacolet, J. (éd.), (2003) p. 278). A l'heure actuelle, la conclusion est tout aussi tranchante qu'en 1997. Les choses ne changent pas suffisamment vite.

Cette identification de la tendance sociale ne peut mettre en exergue que des éléments que de nombreux observateurs ont constatés et établis ailleurs. Sa principale contribution permet de conscientiser davantage les différents acteurs quant aux problèmes et solutions possibles. Nombre de ces tendances et informations comparatives, notamment en raison des initiatives politiques de la Commission européenne, sont de plus en plus documentées, alors que les indicateurs et les points de référence affichent une amélioration constante. La force de nos séries de conférences réside dans le fait qu'elles combinent les informations macro-économiques et de politique sociale grâce à une évaluation critique propre non partisane, mais intéressée d'experts académiques nationaux. Nous espérons que la répétition des conclusions nous convaincra des problèmes réels de l'Etat-providence et de la nécessité de renforcer les politiques socioéconomiques afférentes. L'organisation d'une troisième conférence sur « L'état de l'Etat-providence dans l'UE » a offert à cette communauté de recherche l'occasion de réconcilier ces développements et de les confronter à un groupe cible de mouvements sociaux et de décideurs politiques pour lesquels cette conférence avait été organisée. Cette publication entend soumettre les conclusions du réseau de recherche aux organisations sociales et à leurs décideurs, de manière à contribuer à leurs processus décisionnels politiques.

Quelques semaines avant la conférence d'octobre 2005, j'ai visité le musée de l'Abbaye des Dunes à Koksijde, à la côte belge. J'ai pu lire cette phrase devant le musée « Ecclesia de dunes est quasi mons argenteus indeficiens si tamen a sapientibus gubernetur » (L'Abbaye des Dunes est une montagne d'argent qui ne disparaîtra jamais, pourvu qu'elle soit bien gérée) prononcée par l'abbé Nicolaas van Belle au 13<sup>e</sup> siècle, âge d'or de cette abbaye (2).

Cette phrase m'a fait penser aux systèmes de sécurité sociale qui sont comme une montagne d'argent qui ne disparaîtra jamais, pourvu qu'elle soit bien gérée.

Derrière ce musée se trouvent les ruines de cette abbaye. Nous devons maintenir la sécurité sociale comme une montagne d'argent en la gérant intelligemment (3). Nous espérons que cette identification de la tendance sociale y contribuera et agira comme un système d'avertissement précoce pour les mouvements sociaux, les décideurs politiques et l'administration sociale.

Notre conférence s'intégrait dans une série de conférences du Forum Politique Athénien (APF), qui entend stimuler à l'échelon international le débat scientifique relatif à la politique économique. Dans leurs activités, ils font référence à Thucydides : « Nous, Athéniens, nous prenons seuls nos décisions politiques ou les soumettons à des discussions adéquates : en effet, nous ne pensons pas qu'il existe une incompatibilité entre les mots et les faits ; la pire chose est de se précipiter à agir avant d'avoir débattu correctement des conséquences ». L'APF a récemment ajouté une deuxième citation : « Notre constitution... est appelée une démocratie parce que le pouvoir n'est pas dans les mains de quelques-uns, mais du plus grand nombre ». Telle était précisément la phrase avec laquelle commençait l'un des projets de Constitution européenne. Nous espérons que la lecture de cet aperçu comparatif et des récits de chaque Etat membre nous éclaire sur le chemin de croissance commun, avec sans doute des différences liées au temps ou aux instruments, et qu'elle nous permette de voir que nous sommes parfois en retard ou en avance dans notre propre pays. Nous comprendrons alors le 'sens de cohérence' et percevrons la cohésion, contribuant ainsi à l'intégration européenne et à la construction d'une Europe sociale et des valeurs qu'elle défend, évitant ainsi le scepticisme qui gagne un peu trop de terrain en ce moment.

---

(2) Nous remercions l'Abbaye des Dunes pour le texte et la traduction de cette citation.

(3) Cette gestion adéquate est faisable, comme illustré lors de la conférence des 17-18 octobre 2005 organisée dans le splendide Convent de Chièvres du Grand Béguinage à Louvain, reconnu patrimoine mondial de l'UNESCO. La construction du Béguinage avait commencé pendant la même période de 1230 ; le convent date de 1560. Il semble être géré correctement, et au cours de ces dernières décennies, par la Katholieke Universiteit Leuven.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Pacolet, J., Gos, E. et O'Shea, E., *EMU, Social Protection, Social Charter and Regional Social Cohesion*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1993.

Pacolet, J. (éd.), *Social Protection and the European Economic and Monetary Union*, Aldershot, Avebury, 1996.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of the Welfare State Anno 1992*, Volume 1 : Comparative Report, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1997.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of the Welfare State Anno 1992*, Volume 2 : Rapport sur les Etats membres, UE 12 B, D, DK, E, F, G, I, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1997.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of the Welfare State Anno 1992*, Volume 3 : Rapport sur les Etats membres, UE 12 IRL, L, NL, P, UK; EU 15 A, FIN, SWE, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1997.

Pacolet, J. (éd.), *The state of the welfare state anno 1992 and five year later*, APF-Press, HIVA-K.U. Leuven, ETUI, Toronto, 2003.

Pacolet, J. et Claessens, E., (éds.), *Trade, Competitiveness and Social Protection*, APF-Press, HIVA-K.U. Leuven, ETUI, Toronto, 2003.

Pacolet, J. (éd.), *The state of the welfare state anno 1992 and ten year later with ten new member states*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 2007.

---

## TABLE DES MATIERES

### **L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE DANS L'UE EN 1992 ET DIX ANS PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES : CHAMP D'APPLICATION DE LA CONFÉRENCE**

<b>1. HISTORIQUE DU PROJET ET SERIE DE CONFERENCES</b>	486
1.1. LE POINT DE DEPART : 1992 . . . . .	486
1.2. 1995 : PREMIERE CONFERENCE SUR « L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE EN 1992 » . . . . .	487
1.3. 2000 : DEUXIEME CONFERENCE SUR « L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE EN 1992 » : CINQ ANS PLUS TARD . . . . .	487
1.4. 2005 : TROISIEME CONFERENCE SUR « L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE EN 1992 » : DIX ANS PLUS TARD ET AVEC LES DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES . . . . .	487
<b>2. DEFINITION ET CHAMP D'APPLICATION DES NOTIONS DE 'PROTECTION SOCIALE' ET DE 'L'ETAT-PROVIDENCE' ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE : 'IDENTIFICATION DE LA TENDANCE DE L'ETAT-PROVIDENCE'</b>	489
<b>3. STRUCTURE DE CE VOLUME SPECIAL</b>	490
<b>4. POURQUOI PROCEDER DE CETTE MANIERE ?</b>	491
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	493



**PARTIE 1 :  
LES ETATS-PROVIDENCE EUROPEENS :  
A LA RECHERCHE DES TENDANCES SUR TOILE DE FOND  
ECONOMIQUE ET SOCIOPOLITIQUE**

**ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE DANS L'UE ANNO 1992 ET DIX ANS PLUS TARD  
AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES. IDENTIFICATION DES TENDANCES  
AU SEIN DE L'ETAT-PROVIDENCE** 497

JOZE PACOLET et VERONIQUE COUDRON

**L'ELARGISSEMENT ENTRAINE-T-IL UN DEMANTELEMENT SOCIAL ?** 541

FILIP ABRAHAM

**MAINTENIR ET AMELIORER LA QUALITE SOCIALE DE L'EUROPE, SOMMES-  
NOUS PRETS ?** 565

JAN RENDERS

**MAINTENIR UNE EUROPE SOCIALE EN RENFORCANT LE MODELE SOCIAL  
A L'ECHELON NATIONAL : L'EXEMPLE BELGE** 571

JEAN-MARC CLOSE

**PRIORITES ET OPPORTUNITES DU MOUVEMENT SYNDICAL EUROPEEN** 579

GABRIELLE CLOTUCHE

# ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE DANS L'UE ANNO 1992 ET DIX ANS PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES. IDENTIFICATION DES TENDANCES AU SEIN DE L'ETAT-PROVIDENCE

PAR **JOZEF PACOLET** et **VERONIQUE COUDRON**

Hoger Instituut voor de Arbeid, Katholieke Universiteit Leuven

## 1. INTRODUCTION

La principale question de l'étude s'énonce comme suit : vers quoi évoluent les systèmes de protection sociale et comment leur marche est-elle influencée par les forces économiques et par le raisonnement économique (1) ? L'influence de l'intégration économique européenne (l'intensification du marché intérieur depuis 1992, l'Union européenne économique et monétaire, le pacte de stabilité et de croissance, l'élargissement de l'EU) mérite particulièrement notre attention. Dans l'aperçu statistique et dans la synthèse comparative entre pays des articles nationaux, nous résumons le développement de l'Etat-providence jusqu'à ce jour et dans un avenir proche.

La portée de la recherche réside dans l'analyse des principales tendances (Pacte de stabilité et de croissance, marché intérieur, privatisation, selectivité, ...) influant (et menant à sa décentralisation) sur la sécurité sociale européenne traditionnelle et sur les systèmes de protection sociale.

---

(1) Le présent article a bénéficié de l'aide financière de la Commission européenne accordée par le Centre européen des travailleurs EZA dans le cadre du projet 'L'état de l'Etat-providence en l'an 1992 et dix ans plus tard avec dix nouveaux Etats membres'. En 2005 ont contribué au projet en tant qu'experts nationaux : J. Pacolet, V. Coudron, (Belgique), Juhani Lehto (Finlande), E.B. Hansen (Danemark), L. Delsen (Pays-Bas), F. Clément (Luxembourg), M.-E. Joël, S. Dufour-Kippelen (France), H. Glennerster (Royaume-Uni), B. Kennelly (Irlande), R. Eisen (Allemagne), J. Wöss (Autriche), F. Maino, I. Madama (Italie), G. Rodriguez Cabrero (Espagne), P. Côte-Real, P. Pita Barros (Portugal), Y. Yfantopoulos (Grèce), J. Edling (Suède), A. Kumar (Slovénie), J. Troisi, (Malte), L.N. Christofides (Chypre), F. Rajevska (Lettonie), V. Karpuskiene (Lituanie), J. Kõre (Estonie), J. Fidrmuc, A.Klein (République Slovaque et République Tchèque), M. Grabowski (Pologne), G. Juhász (Hongrie). Nous les remercions tous pour leur contribution au projet, sans oublier l'UE et l'EZA pour nous avoir donné l'opportunité d'organiser pour la troisième fois cette conférence sur l'état de l'Etat-providence.

En tout premier lieu, nous livrons ici, sous forme d'une comparaison, les dernières données statistiques sur l'Etat-providence et présentons les premières conclusions de l'« identification des tendances en matière de protection sociale » telles que nous pouvons les extraire des rapports nationaux.

## **2. LES CONCLUSIONS DES DEUX PREMIERS RAPPORTS**

Nous concluons notre premier rapport de 1995 en déclarant que le processus du marché intérieur de 1992 et le pas vers l'union monétaire ne permettaient pas encore de mettre en avant le moindre effet. L'Etat-providence s'affirmait 'bien vivant et avait la pêche' et de nouvelles initiatives étaient prises pour développer d'autres systèmes tels que l'aide à l'enfance, la réconciliation de la vie privée et du travail et les soins de longue durée. Quelques tendances – sélectivité, réduction de l'éligibilité, examen des ressources, responsabilité – émergeaient et certains craignaient un risque de dualisation. Un débat était né autour du fait de savoir si le problème majeur n'était pas le chômage massif dû aux baby-boomers, qui entraînent par cohortes entières sur le marché de l'emploi. Aucune décision structurelle n'avait été prise pour faire face au problème du chômage. D'aucuns prévoyaient même des pénuries. Il aura fallu attendre jusqu'en novembre 1997 (Sommet de Luxembourg) pour que l'UE lance une stratégie européenne de l'emploi afin de mettre la question du chômage en tête de son agenda. Cependant, était-elle trop timide et trop tardive ?

Aux alentours de l'an 2000, tous les EM étaient engagés dans le processus de mise en place de l'Union monétaire; la majorité avait adhéré, en 1999, à l'Union économique et monétaire. Malgré les disparités économiques, nous avons pu conclure à la stabilité des régimes de l'Etat-providence. Nous voulions tester l'hypothèse d'une voie de croissance "stop – go" en direction de la protection sociale. Aucun pas vers une expansion nouvelle des régimes d'Etat-providence n'eut lieu, et les inquiétudes augmentaient quant à son développement futur, compte tenu des besoins démographiques à affronter. L'introduction d'un système à trois piliers, d'une plus grande concurrence, plus de coassurance, la priorité donnée à la lutte contre la pauvreté, le financement fiscal au lieu d'un financement par des cotisations – tous ces éléments auraient pu substantiellement changer le système de demain. Le consensus croissant pour une participation accrue au marché de l'emploi n'était pas assorti d'une offre comparable de nouveaux emplois. Comment ces tendances se sont-elles réalisées et concrétisées ultérieurement ? A nous de le découvrir aujourd'hui, 5 ans plus tard. La question est de savoir si plusieurs – de ce qu'il est convenu d'appeler – des changements paramétriques ont impliqué au bout du compte des bribes de changement paradigmatique. Ou bien, faut-il considérer comme un changement, l'absence d'adaptation ?

### 3. **PREOCCUPATION ACCRUE POUR LA CROISSANCE, LA COMPETITIVITE ... ET LA PROTECTION SOCIALE ?**

Le ralentissement de l'économie européenne dans le courant des années quatre-vingt-dix a mené à une ambition réaffirmée de l'UE : renforcer son économie, améliorer sa compétitivité, sa capacité de créer des emplois et sa cohésion sociale (Stratégie de Lisbonne de 2000 pour la décennie à suivre). Des rapports récents de groupes d'experts de haut niveau comme ceux de Sapir (2003) et Kok (2004) confirment le diagnostic de la nécessité de restimuler la compétitivité et le défi de la combiner avec le Modèle Social Européen. De larges directives de politique économique tentent de stimuler l'économie via des instruments tant macroéconomiques que microéconomiques. Une attention croissante (entre autres au sein du Comité de Politique Economique) est également accordée à l'impact du vieillissement de la population sur la durabilité des finances publiques et sur le développement économique. Un Comité de Protection Sociale a été instauré. La stratégie européenne de l'emploi a été mise en place depuis 1997 (certainement trop tardive, espérons toutefois qu'elle n'était pas trop peu ambitieuse) et, à partir de 2001, la MOC (Méthode Ouverte de Coordination) a été lancée dans plusieurs domaines de la protection sociale (pensions, inclusion sociale et, aujourd'hui aussi, dans le champ des soins de santé et des soins de longue durée). Simultanément, les nouveaux EM se préparaient à entrer dans l'UE et, en 1999, l'Euro était lancé, à la suite du processus de convergence dès 1992 avec les critères de Maastricht et son renforcement en 1997 avec le Pacte de Stabilité et de Croissance.

Ci-après, nous fournissons une illustration du calendrier des points de repère décisifs. Il s'agit d'une sélection très incomplète, combinant une multitude d'événements plus ou moins importants. Le fait même de mentionner les décisions sur la rationalisation de la MOC et sur les rapports qui en découlent, illustre sans doute l'impact réel du niveau européen. Mais, la question est de savoir si ladite 'régulation douce' est susceptible d'influencer le résultat.

Il aura fallu deux décennies pour qu'en 1992 à Maastricht, un Protocole Social ne soit ajouté au traité (sans toutefois y être intégré). Le Traité d'Amsterdam a élargi le socle des compétences de politique sociale, entre autres en intégrant le protocole. La réalisation du marché intérieur se focalisait sur la croissance. En 2000, la stratégie de Lisbonne y ajoutait la croissance, l'emploi et la cohésion. En 2002, le Traité de Nice formalisait le Comité de Protection Sociale établi par le Conseil sur la base des conclusions du Conseil européen de Lisbonne, dans le but de développer une vision plus équilibrée de l'avenir de l'Europe. Ce Comité, qui dispose d'un statut consultatif, avait été institué en vue de promouvoir la coopération dans le domaine des politiques de protection sociale entre Etats membres et la Commission. La Constitution européenne se réfère en fin de compte à l'Europe comme étant une « économie sociale de marché ».

**TABEAU 1 : QUELQUES POINTS DE REPERE INSTITUTIONNELS PERTINENTS AU SEIN DE L'UNION EUROPEENNE QUI CONTEXTUALISENT LE PRESENT ARTICLE**

1985	La Commission adresse au Conseil européen un Livre Blanc sur la « Réalisation du marché intérieur » (pour 1992)
Février 1986	Acte unique européen
Février 1992	Traité de Maastricht (7 février 1992), en combinaison avec le Protocole sur la Politique Sociale
1992	Finalisation du processus d'abolissement des ultimes barrières au marché intérieur
1993	Le Marché Unique européen prend effet
1995	L'Autriche, la Finlande et la Suède élargissent l'UE à 15 Etats
1996	Pacte de stabilité renforçant la convergence
Octobre 1997	Le Traité d'Amsterdam, intégrant le Chapitre Social au Traité, a élargi le rôle de l'UE dans les domaines de la santé, et a initié la Stratégie Européenne de l'Emploi
Janvier 1999	Début de l'UEM dans 11 Etats membres (zone Euro)
2000	Stratégie de Lisbonne pour la croissance, l'emploi et la cohésion sociale
2000	Adaptation du Premier Agenda Social 2000-2005
Janvier 2001	La Grèce est le 12 <sup>ème</sup> Etat membre à entrer dans la zone Euro
2001	Début de la MOC sur les pensions et sur l'inclusion sociale
7 décembre 2000	Charte des Droits Fondamentaux de l'Union européenne, Conseil européen de Nice
Décembre 2001	Installation de la Convention sur l'avenir de l'Europe
1er janvier 2002	Introduction des billets et des pièces de monnaie Euro
2002	Traité de Nice : a formalisé le Comité de Protection Sociale
2003	Annnonce de la rationalisation de la MOC en matière de pensions, d'inclusion sociale, de santé et des soins de longue durée aboutissant à partir de 2005 à un rapport conjoint sur la protection sociale
2004	Démarrage de la MOC sur la santé et les soins de longue durée
Mai 2004	Nouvel élargissement de l'UE avec 10 nouveaux Etats membres
Octobre 2004	Proposition d'une Constitution européenne
Février 2005	Adoption de l'Agenda Social 2005-2010
2006-2008	Rationalisation profonde des grandes orientations politiques économiques, la stratégie européennes sur l'emploi et MOC protection sociale

Ce bref résumé du récent contexte institutionnel de l'UE illustre l'extrême pertinence de la période et des sujets de notre évaluation des changements et du débat relatif à ceux-ci dans les Etats-providence nationaux. La référence accrue à la dimension sociale devrait nous inciter à l'optimisme. La question est de savoir quel en sera le véritable effet sur la protection sociale.

La recherche souhaite identifier les initiatives prises dans le cadre de ces tendances, mesurer leurs conséquences sur le financement des systèmes sociaux et leurs dépenses et alimenter la discussion politique sur ces thèmes (en particulier l'opinion des mouvements sociaux). En se focalisant sur les soins de santé, les soins de longue durée et les pensions, l'impact du vieillissement sur la viabilité des Etats-providence sera placé à l'avant-scène.

Le débat sur l'Etat(-providence) opposé au marché (économie) constitue un objectif important du projet. Tous les domaines du social ont des implications quant à la dépense et à la distribution du revenu national. Plusieurs discussions publiques soulignent l'impact du coût et l'incidence négative des dépenses sociales sur la compétitivité d'une économie. Les rapports nationaux souhaitent soumettre ce raisonnement à une analyse critique et fournir une indication sur la manière dont ces arguments sont utilisés dans chaque pays. Nous voulons examiner comment, même en termes économiques, l'Etat-providence est durable et n'est pas en contradiction avec la croissance économique et la réalisation du marché intérieur et son fonctionnement. Nous voulons démontrer (ou contester, le cas échéant) comment l'Etat-providence peut assurer une haute qualité, des systèmes de sécurité valables, l'inclusion, les soins de santé et les revenus pour les retraités. De plus en plus de preuves [(Garrett (1998, 2000), Garett & Lange (1996), Rudra (2002) ou Hays (2005)] démontrent que la mondialisation/croissance économique n'exercent pas un impact négatif sur l'Etat-providence, du moins lorsque certaines conditions sont remplies; les pays scandinaves en sont d'ailleurs de bons exemples. Après quoi, nous tenons à démontrer qu'un grand nombre d'EM de l'UE maintiennent cet équilibre entre croissance économique et protection sociale.

Bien que ces étapes d'intégration se soient accélérées, l'impact n'est pas toujours immédiat, pas plus d'ailleurs, que les conséquences en sont directement perçues. Par exemple, l'agitation actuelle autour de la directive des services est quelque peu tardive puisque l'on pouvait s'attendre ce que la doctrine du marché intérieur soit également applicable aux services qui sont inclus dans le secteur social. Mais ce décalage dans le temps semble également voir le jour dans d'autres domaines. Par exemple, la création du marché intérieur des services financiers est un point à réaliser urgemment pour stimuler la croissance économique.

En partie à cause de la subsidiarité, la protection sociale n'a suscité que tardivement l'attention des décideurs politiques européens. Ceci peut mener à un substantiel décalage dans le temps entre les problèmes qui se présentent et la politique suivie. Rappelons par exemple que ce n'est qu'en 1998 que furent lancées les Directives européennes sur l'emploi, à un moment effectivement où le chômage atteignait de nouveau des sommets, mais où le plein-emploi avait déjà disparu depuis plus de deux décennies dans un grand nombre d'Etats membres. En outre, nous ne devrions pas être étonnés que le niveau européen n'ait qu'une compétence limitée sur les affaires sociales : en 2001, ¼ de toutes les dépenses sociales de l'UE étaient localisées dans un pays, l'Allemagne, (618 milliards d'EUR sur un total de 2,531 milliards d'EUR pour l'UE des 25 (Eurostat, Statistiques Sociales, p.18)). En 1995, elles représentaient même près de 30% de l'UE des 15. Ceci illustre parfaitement la nécessité de nous concentrer sur une supervision des évolutions au niveau national, même si nous observons l'Etat-providence au niveau européen, parce que les décisions nationales déterminent plus le résultat européen que le contraire.

La Politique sociale européenne figure actuellement dans une multitude de plans et de rapports dont nous n'avons quasiment pas vu le commencement. La Constitution européenne a notamment pour mission de réaliser l'Etat-providence social, la Charte des droits sociaux est intégrée dans ses moindres détails dans la Constitution, et même les méthodes pour atteindre les objectifs sont bien enchâssées dans une seule déclaration. Dès lors, la question finale reste de savoir de quelle manière les processus européens influencent les Etats-providence nationaux.

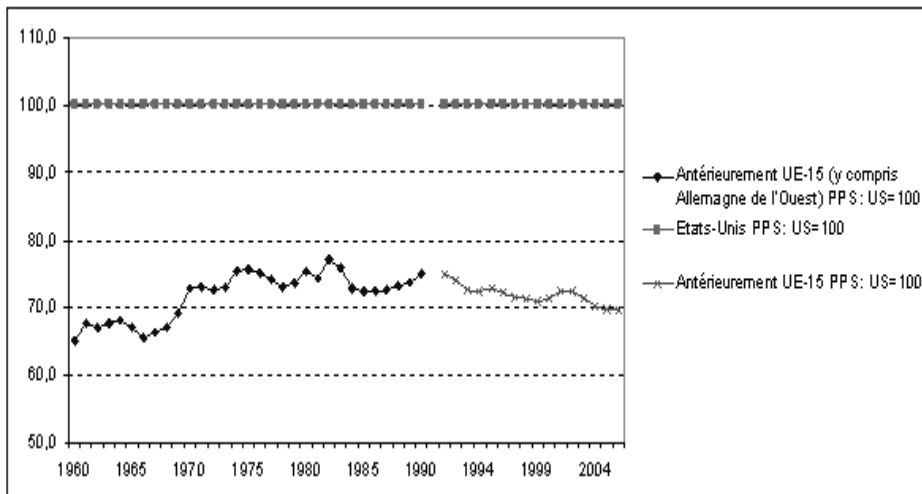
#### **4. DU DEVELOPPEMENT HARMONIEUX AUX TATONNEMENTS**

---

Au début de ce nouveau millénaire, nous découvrons une UE en détresse. Comme l'évoque le Rapport Sapir (Agenda pour Europe grandissante, 2003).

Le Rapport W. Kok établit le même diagnostic. - les 30 premières années 1945-1975, les 'trente glorieuses', étaient réellement une période de croissance, de stabilité et de cohésion sociale sans précédent. Le rapport W. Kok établit le même diagnostic. La croissance rapide, la stabilité macroéconomique et l'Etat-providence s'étaient soutenus mutuellement, aboutissant à un rattrapage du PIB par tête d'habitant en comparaison avec la société d'abondance des Etats-Unis de l'indice 40 en 1950 à l'indice 70 (PIB en parité de pouvoir d'achat : index = 100 pour les Etats-Unis) (Sapir, 2003, p. 93). Depuis lors, elle s'est stabilisée et, plus récemment, elle décline même de nouveau, comme le souligne également le Rapport Kok. (Kok, 2004, p. 14, Sapir, p. 21). 'Alors qu'elle obtenait des résultats honorables, l'Europe perd maintenant du terrain' (Kok, 2004, p. 14). 'Le coût de l'Etat-providence restait assez aisément gérable; la part des dépenses gouvernementales totales dans le PIB dans l'UE des 15 était toujours relativement modeste : 36% du PIB en 1970. Trois postes absorbaient quasiment toutes les dépenses publiques : fonctionnement gouvernemental (15%), transferts (14%, y compris 12% de transferts sociaux et 2% de subventions) et investissements publics (4%) (Sapir, 2003, p. 93).

**FIGURE 1 : PIB AU PRIX COURANT DU MARCHÉ PAR TÊTE D'HABITANT (PPA E-U =100), 1960-2006**



Source : calculs propres avec base de données AMECO (Commission européenne) dans Sapir, 2003.

Depuis lors, la stagnation et le chômage persistant ont entraîné des déficits budgétaires et alourdi les fardeaux de la dette. Mais des demandes nouvelles et accrues pour une meilleure protection sociale sont également responsables, dans le courant des années quatre-vingt-dix, des niveaux supérieurs à 50% atteints par la part des dépenses publiques dans le PIB. Si les finances publiques ont pu être maintenues sous contrôle et ainsi préservées d'une détérioration ultérieure, c'est grâce à l'aide apportée par la politique européenne de Maastricht et le Pacte de Stabilité et de Croissance. La durabilité des finances publiques est également devenue un important point de référence pour l'évaluation des systèmes actuels et futurs de protection sociale (voir les activités du Groupe de travail sur le vieillissement du Comité Politique Economique de l'E.U.). Le pire qui aurait pu arriver aux systèmes de protection sociale était une sorte de « financement Ponzi » des dettes publiques (2).

En comparant les performances de l'Europe avec celles des Etats-Unis, il est évident que le rattrapage du revenu national s'est déjà arrêté depuis des décennies. Les niveaux élevés de protection sociale ont été maintenus et même améliorés ; ils étaient probablement nécessaires à cause de la persistance du chômage et des niveaux faibles de l'emploi.

(2) Contacter des dettes plus grandes pour rembourser l'intérêts des dettes antérieures.



**TABLEAU 2 : PERFORMANCE COMPETITIVE DE L'UE PAR RAPPORT AUX E-U**

	PIB/tête d'habitant		PIB/heures de travail		Heures de travail par personne occupée		Emploi /population en âge actif		Population en âge actif / population totale	
	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000
UE-15	69,0	70,3	64,8	90,7	101,0	85,6	103,6	87,6	101,7	103,4
E-U	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : Sapir, 2003, p. 23.

La stratégie de Lisbonne voulait réagir au ralentissement de la croissance et même davantage au niveau dramatiquement élevé du chômage en modifiant les priorités dans les politiques européennes. La comparaison entre l'Europe et les Etats-Unis met certains de ces éléments en perspective. De 1950 à 1970, en comparaison avec les E-U, nous avons connu un accroissement relatif du PIB/tête d'habitant par rapport au niveau des E-U de 45 à 70 (Sapir, 2003, p. 21 ; Kok, 2004) mais, depuis lors, ce rapport s'est stabilisé, non par manque de productivité - depuis lors, nous avons continué notre rattrapage de PIB/heure travaillée -, mais par le fait d'un nombre relativement moindre d'heures ouvrées par personne occupée et par un nombre relativement moindre d'emplois en comparaison avec la population en âge actif (Sapir, 2003, p. 23). La première hypothèse aurait pu suggérer une préférence européenne plus élevée pour les loisirs, ce qui représente un aspect important du progrès social. La dernière est indubitablement la plus dramatique et est peut-être sous-estimée. Depuis qu'émerge en 1972 un début de préoccupation quant à la dimension sociale de l'Europe, le plein-emploi n'a plus jamais été réalisé.

Le ralentissement de la croissance économique et le drame de l'impossibilité de réaliser le plein-emploi depuis les deux crises du pétrole n'ont pas seulement stoppé le processus d'un rattrapage par rapport aux Etats-Unis mais l'ont renversé depuis le début des années quatre-vingt-dix. Cela impliquait également une demande accrue de moyens supplémentaires pour la protection sociale, à un moment où il s'avérait nettement plus difficile de les fournir. Le vieillissement de la population rendra ceci encore plus difficile.

## 5. PLURALISME DE L'ETAT-PROVIDENCE

Nous ne nous concentrerons pas sur la manière dont est organisé l'Etat-providence. Dans des études antérieures sur l'Etat-providence et la protection sociale pour les personnes âgées dépendantes, il s'est avéré utile de procéder à une caractérisation en fonction de la distinction entre Etats-providence à orientation plus bismarckienne ou à orientation plus beveridgienne. L'UE est caractérisée par un pluralisme social, visant des objectifs semblables ou similaires avec des institutions différentes. L'UE-25 offre aujourd'hui un large éventail d'Etats-providence différents mais égale-

ment similaires de systèmes de type bismarckien, beveridgien, nordique, méditerranéen ou parfois hybride. Ceci estompe la (les) différence(s) entre systèmes et rend les classifications plus arbitraires. Pour le moment, nous avons utilisé dans ce rapport quatre groupes dans les anciens Etats membres et les avons également distingués pour les nouveaux Etats membres, où la transition s'est effectuée à un rythme plus rapide. Nous utilisons ces groupes pour représenter certains chiffres au niveau de l'Etat-providence et la mesure dans laquelle ces économies de marché ont été corrigées par les dépenses publiques.

**TABLEAU 3 : PREMIERE TENTATIVE MAIS CLASSIFICATION PRATIQUE DES ETATS MEMBRES ET DE LEUR ETAT-PROVIDENCE**

---

**Anciens Etats membres Etats-providence à orientation bismarckienne région centrale**

Belgique  
Autriche  
Luxembourg  
Allemagne  
Pays-Bas  
France

---

**Anciens Etats membres Etats-providence à orientation bismarckienne région méditerranéenne**

Grèce  
Italie  
Espagne  
Portugal

---

**Anciens Etats membres à orientation beveridgienne**

Royaume-Uni  
Irlande

---

**Anciens Etats membres Pays nordiques à orientation beveridgienne**

Danemark  
Finlande  
Suède

---

**Nouveaux Etats membres à orientation bismarckienne (plus ou moins)**

Hongrie  
Pologne  
République Tchèque  
République Slovaque

---

**Nouveaux Etats membres de la Région Baltique (selon certains à orientation nordique/beveridgienne)**

Estonie  
Lettonie  
Lituanie

---

**Nouveaux Etats membres à Etats-providence à orientation bismarckienne Région méditerranéenne**

Slovénie  
Malte  
Chypre

---

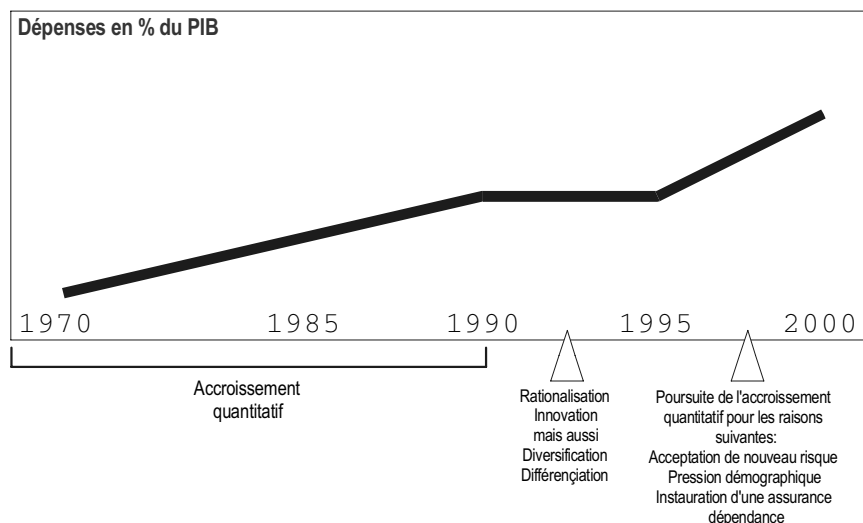
## 6. CONSTAT D'UN PROCESSUS COMMUN DE CROISSANCE POUR LA PROTECTION SOCIALE

Une fois encore, nous cherchons la voie de la croissance commune à venir pour la protection sociale.

A l'avenir, le chômage, la stagnation économique, mais également les transitions purement démographiques, mettront sous pression l'Etat-providence, particulièrement les régimes de pensions et l'assurance-santé.

Dans le graphique stylisé ci-après, nous avons décrit comment effectivement, - y compris après les 'trente glorieuses' (1945-1975) -, l'Etat-providence a non seulement continué à se développer pour répondre à la crise de l'emploi, mais a également atteint sa maturité en fournissant mieux à un plus grand nombre de personnes une assurance décente contre le risque de la vieillesse et de la maladie. La question est de savoir comment, à l'avenir, maintenir cette assurance en faisant face au vieillissement des générations du baby-boom, puisqu'elle fut spécialement conçue pour ce type des risques.

**FIGURE 2 : VOIE D'EXPANSION STYLISEE DU DEVELOPPEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE POUR PERSONNES AGEES : UNE VOIE EUROPEENNE COMMUNE ?**



Source: Pacolet, J., R. Bouten, H. Lanoye et K. Versieck, 1999, p. 22.

## **7. UNE SYNTHÈSE DES CHIFFRES SOUS FORME COMPARATIVE ENTRE PAYS : COMMENT LES SOCIÉTÉS RICHES SE SONT MUÉES EN ÉTATS-PROVIDENCE**

Des informations statistiques et des descriptions institutionnelles de l'état des systèmes de sécurité sociale et de protection sociale, appropriées et mises à jour ont été diffusées au cours de ces dernières années et de ces derniers mois.

Nous nous limiterons dans notre partie comparative entre pays à une nouvelle actualisation et/ou à une analyse de certains aspects additionnels en relation avec les sujets présentés dans les rapports précédents :

- niveau et structure des dépenses privées versus dépenses publiques pour protection sociale ;
- emploi dans le secteur public et dans certains sous-secteurs.

La majeure partie concerne des dépenses de sécurité sociale, parmi lesquelles les dépenses pour la santé et pour les pensions pèsent le plus lourdement. À l'avenir, leur part augmentera parce que le choc démographique du vieillissement sera encore plus important. De nouveaux risques émergent, mais également de nouvelles attentes. Plus largement, les dépenses sociales incluent aussi d'autres dépenses sociales, parmi lesquelles l'éducation et d'autres dépenses publiques. Mais d'autres interventions et le contrôle de l'Etat sont nécessaires.

Le rôle de l'Etat ne se limite pas seulement aux dépenses sociales, tel qu'illustré par le budget total des Etats membres (UE 15) en 2000. 44,7% du PIB étaient distribués par le budget de l'Etat, parmi lesquels 19,2 % pour la protection sociale, 5% pour l'éducation et 5,6% pour la santé (Sapir, 2003, p. 20).

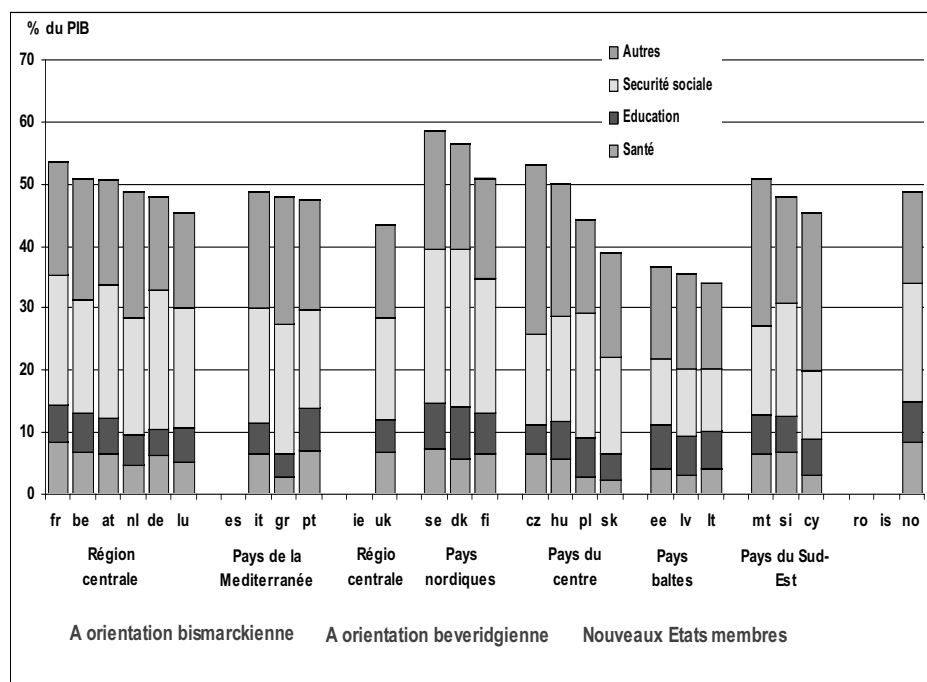
Le mix des dépenses privées versus dépenses publiques pour protection sociale dans ces économies mixtes ou économies sociales de marché peut au mieux être décrit par la part de la totalité des dépenses publiques (mais cela signifie également une levée de taxes et de cotisations) dans l'ensemble de l'économie, la part des dépenses sociales dans celle-ci et la part de l'emploi public ou non marchand.

Dans les définitions les plus larges, pratiquement la moitié, voire même plus, du revenu national est organisé via l'intervention des dépenses publiques. Alors que, dans les années soixante-dix, dans un grand nombre de pays, elles tournaient en moyenne autour des 35% (Sapir, 2003), elles atteignent maintenant des niveaux oscillant autour des 45%, voire même 60%. Nous opérons la distinction entre dépenses publiques pour l'éducation, la santé, d'autres domaines de protection sociale et d'autres dépenses publiques, particulièrement l'administration, la défense, etc. Le niveau le plus élevé est toujours atteint par les pays scandinaves mais, certains des nouveaux Etats membres présentent également un haut niveau de dépenses publiques. Les niveaux les plus bas sont observés dans les pays baltes.

Les dépenses générales du gouvernement atteignent un maximum de 59% en Suède et de 56% au Danemark et, actuellement, un niveau très bas en Irlande. Une partie substantielle de celles-ci relève du fonctionnement gouvernemental, de l'administration, pouvant atteindre jusqu'à 25% dans certains pays scandinaves. Les dépenses de protection sociale doivent également être majorées des dépenses de santé. Une part finale de celles-ci va à l'éducation.

Les deux dernières parts sont toutes deux de plus en plus considérées comme des investissements dans le capital humain et soutiennent ainsi la croissance économique. Ceci est communément accepté pour l'éducation, moins communément pour la santé, mais clairement mis en évidence dans le dernier rapport UE sur la compétitivité (Rapport sur la Compétitivité européenne 2004). Ces investissements en capital humain impliquent la création d'emplois (voir ci-après) nous rapprochant ainsi du plein-emploi, mais du fait de leur impact sur la main-d'œuvre de notre société, ils améliorent également l'aptitude au travail (« employability »).

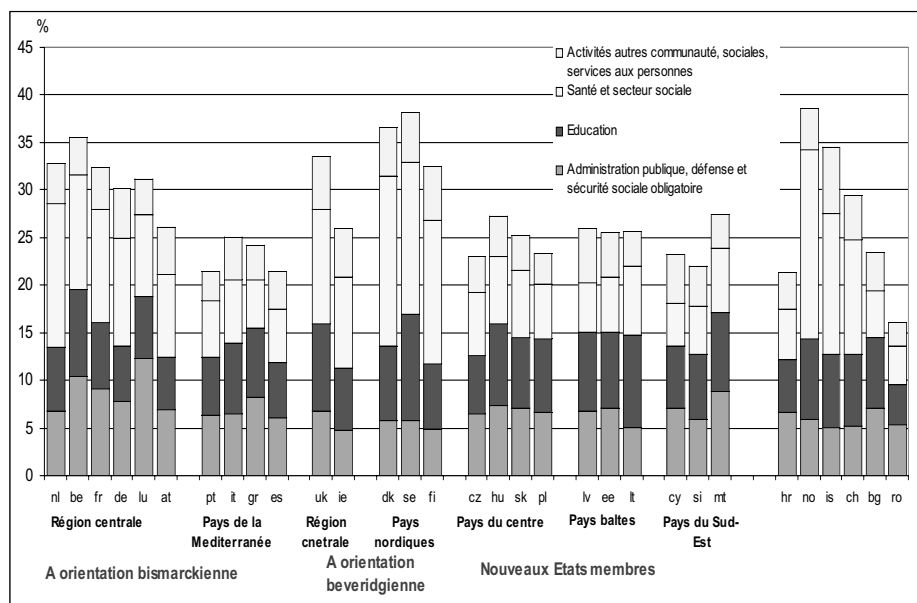
**FIGURE 3 : DEPENSES GENERALES DU GOUVERNEMENT PAR FONCTIONS COFOG (CLASSIFICATION DES FONCTIONS DE GOUVERNEMENT), EN % DU PIB, 2003**



Source: calculs propres basés sur Eurostat.

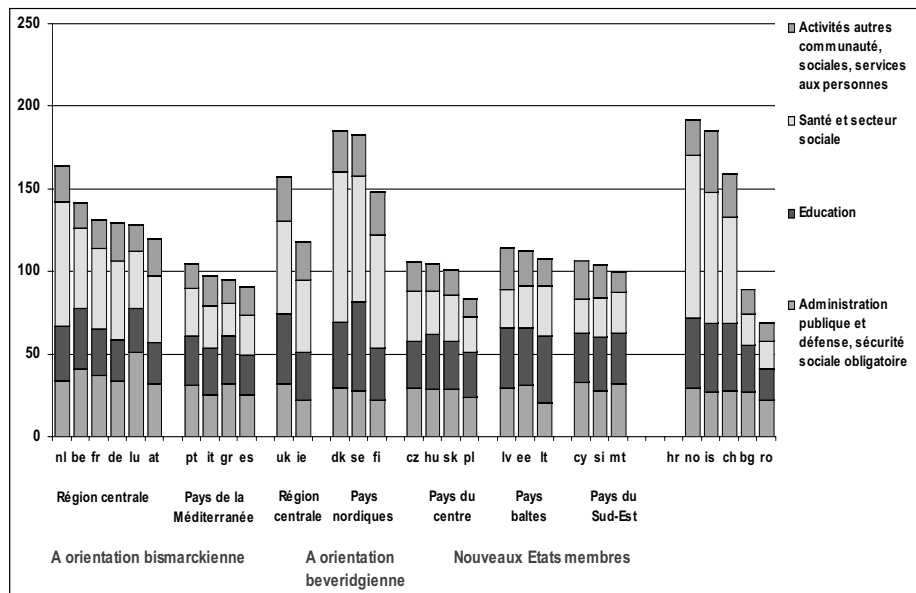
La création d'emplois générée par la consommation publique et la fourniture en nature de services sociaux est une manière alternative de considérer les dépenses publiques. Cette création d'emplois peut à son tour être exprimée comme une part de la totalité des emplois créés, ou en nombre absolu d'emplois publics par 1.000 habitants. Tant en termes relatifs qu'absolus, les pays nordiques disposent du secteur public ou du secteur financé par le public le plus développé, suivis en cela par les anciens Etats membres à orientation bismarckienne du continent. L'administration semble être organisée de façon similaire dans tous les Etats membres, mais les soins de santé et les autres services sociaux sont plus développés dans les pays nordiques et dans les anciens Etats membres à orientation bismarckienne. Dans tous les anciens Etats membres, mais aussi dans les pays de la Méditerranée, la création d'emplois dans ces services financés par le public est d'un niveau également bas. Les graphiques tout particulièrement illustrent peut-être le plus clairement l'écart existant dans le domaine de l'emploi entre ces pays et, seraient susceptibles d'aboutir à une création d'emplois importante.

**FIGURE 4 : TOTAL DE L'EMPLOI DANS LE SECTEUR NON MARCHAND PRIVE ET PUBLIC, EN % DE L'EMPLOI TOTAL, 2004 (2E TRIMESTRE)**



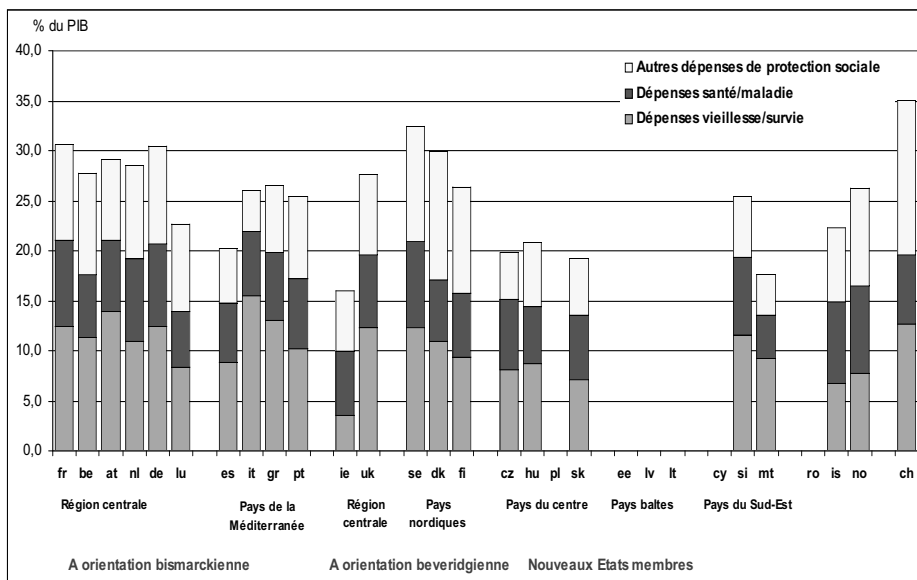
Source: Eurostat.

**FIGURE 5 : TOTAL DE L'EMPLOI DANS LE SECTEUR NON MARCHAND PRIVE ET PUBLIC, PAR 1.000 HABITANTS, 2004 (2E TRIMESTRE)**



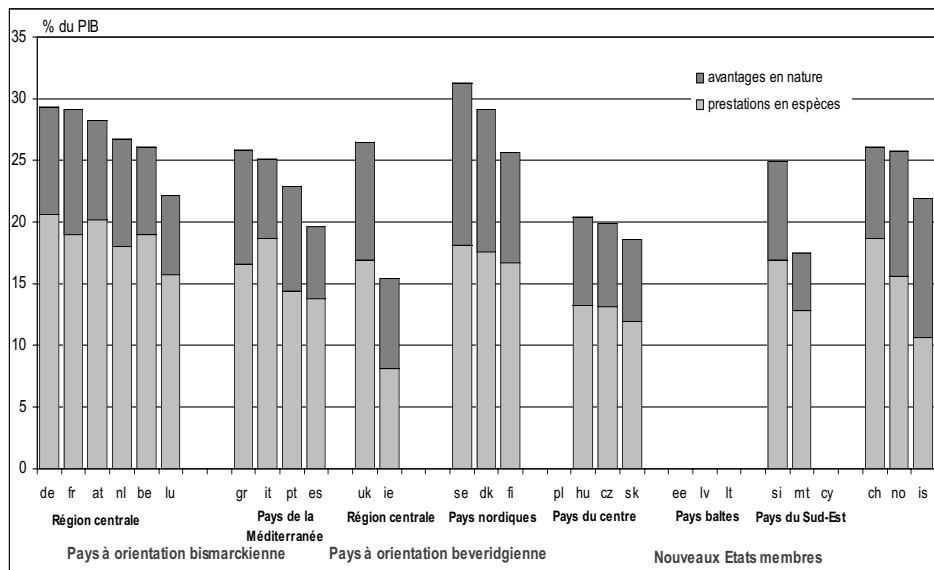
Source: Eurostat.

**FIGURE 6 : DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE, EN % DU PIB, 2002**



Source: ESPROSS (Eurostat).

**FIGURE 7 : DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE, AVANTAGES EN NATURE ET PRESTATIONS EN ESPECES, EN % DU PIB, 2002**



Source: ESPROSS (Eurostat).

## 8. LA ROBUSTESSE DE LA PROTECTION SOCIALE

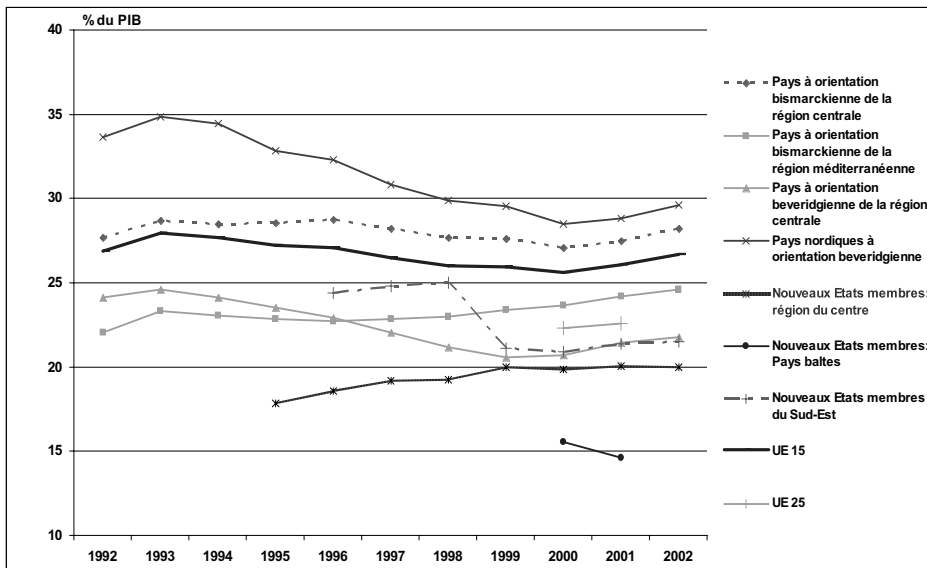
Dans la période de l'après-guerre, les Etats-providence européens furent créés dans le cadre d'une démarche commune de la 'concertation' entre partenaires sociaux, employés et employeurs et état. La croissance économique et le progrès économique semblaient aller main dans la main. Bien qu'enracinés dans des traditions et des vertus qui s'étendent au-delà de cette période d'après-guerre, dans un grand nombre de pays, ces Etats-providence modernes célèbrent leurs anniversaires.

Dans la figure suivante, nous voyons que le niveau moyen (arithmétique) de dépenses sociales était relativement stable au cours de la dernière décennie. Ce niveau a moins diminué dans les Etats-providence à régime à orientation bismarckienne et a même augmenté dans les Etats-providence à régime à orientation bismarckienne de la zone méditerranéenne. Simultanément au déclin dans les pays nordiques, nous avons pu conclure à une certaine convergence dans les anciens EM. En 1992, la différence entre les dépenses sociales scandinaves et méditerranéennes était de plus de 10% du PIB. Cet écart a convergé vers une différence de 5% en 2002. Il est remarquable d'observer que, depuis 2000, nous constatons de nouveau une augmentation des dépenses sociales en tant que part du PIB dans tous les EM. Notre représentation stylisée se mue-t-elle en vérité ?



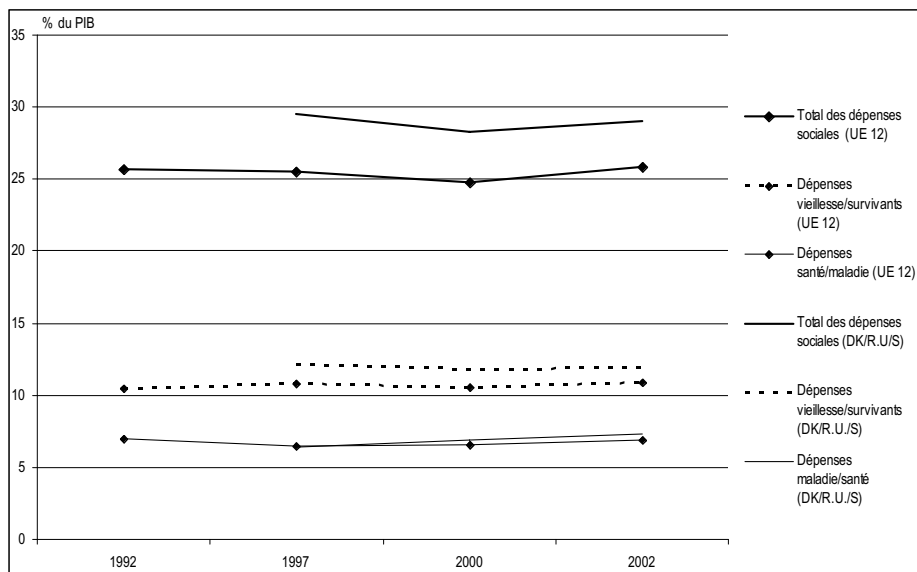
La convergence vers la monnaie unique pourrait avoir influencé substantiellement le niveau des dépenses sociales. Dans les figures 9 et 10, nous comparons le niveau de protection sociale dans la zone Euro et dans les 3 pays qui n'ont pas rejoint l'Euro à ce jour : le Danemark, le Royaume-Uni et la Suède. Pondéré par l'importance relative des économies, nous relevons même dans la figure 10 l'absence de différence à la fois au niveau de la protection sociale et sur le plan de l'évolution. Tous les EM de l'UE semblent avoir encore augmenté leurs revenus après 1992 pour arriver à une consolidation fiscale en 1999, mais la diminution du total des dépenses semblait être plus substantielle dans les trois Etats membres qui n'avaient pas rejoint la zone Euro (le Danemark, la Suède et le Royaume-Uni). Les dépenses de sécurité sociale continuaient même à augmenter dans la zone Euro alors qu'elles commençaient à diminuer dans les 3 autres EM (van den Noord, 2005, p. 618). Ces pays ont atteint l'équilibre budgétaire aux environs de 2000, ce qui n'a jamais été le cas dans l'ensemble de la zone Euro. La situation la plus prononcée était celle de la Suède, où les dépenses de protection sociale diminuaient de quelque 37% en 1992 à 31% en 2000. Après la réalisation de la monnaie unique, tous les pays s'embarquaient toutefois pour une baisse des revenus d'une part et pour une hausse des dépenses d'autre part, laissant le Pacte de Stabilité et de Croissance en rade. Ceci pourrait illustrer le fait qu'une compression ultérieure des dépenses publiques n'est pas supportable, ce qui nous laisse évidemment avec la question de savoir si ceci est compatible avec des réductions d'impôts ou un plafonnement de la taxation. Comme le formule van den Noord (2005), confrontés au problème du vieillissement, les plafonds fiscaux doivent sûrement être un sujet de préoccupation. Le coût additionnel de la population vieillissante en Europe a été chiffré à quelque 4% du PIB alors que le découvert fiscal représente 2,5% (van den Noord, p. 622). Selon van den Noord, ce découvert fiscal peut être comblé par une réduction des droits, des coupes dans les dépenses non liées au vieillissement, une amélioration du rapport coût-efficacité et la conversion des programmes publics en programmes privés. Retarder l'âge de la retraite anticipée comblera sûrement déjà le découvert, tandis que les augmentations fiscales à des niveaux antérieurs ne devraient pas être exclues, d'autant plus que certains font valoir que les besoins démographiques projetés sont parfois sous-estimés. Convertir des programmes publics (par exemple les pensions du premier pilier) en programmes privés (comme le deuxième et le troisième piliers) ne permettra même pas d'éviter des augmentations du coût parce que cela implique également des primes d'assurance et des dépenses fiscales. Par contre, il est également possible que les coûts soient surestimés parce que d'ici à 2050 (perspective temporelle de certaines de ces projections), la participation au marché du travail et l'âge de la retraite peuvent changer substantiellement, en conformité avec la longévité accrue. Les réductions fiscales et le dumping fiscal sont également mentionnés et décrits par Goudswaard (2006, p. 12), comme représentant peut-être les menaces les plus importantes pour l'Etat-providence européen. Toutefois, poursuivre la recherche du plein-emploi et accroître une prise de conscience nationale de la menace (au parlement national, chez les partenaires sociaux et dans le monde académique) sont autant d'éléments susceptibles de prévenir l'érosion du niveau de protection sociale.

**FIGURE 8 : TOTAL DES DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE EN % DU PIB ; 1992-2002 (MOYENNE ARITHMETIQUE)**

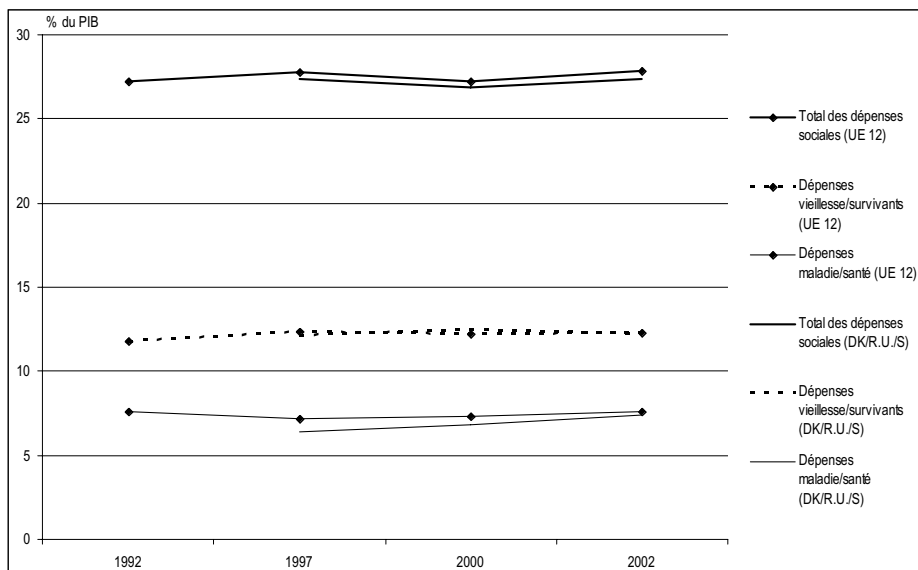


Source : calculs propres sur la base d'Eurostat.

**FIGURE 9 : DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE DANS LA ZONE EURO ET DANS LE RESTE DE L'UE 15 (MOYENNE ARITHMETIQUE)**



Source: calculs propres basés sur ESPROSS (Eurostat).

**FIGURE 10 : DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE DANS LA ZONE EURO ET DANS LE RESTE DE L'UE 15 (MOYENNE PONDEREE)**

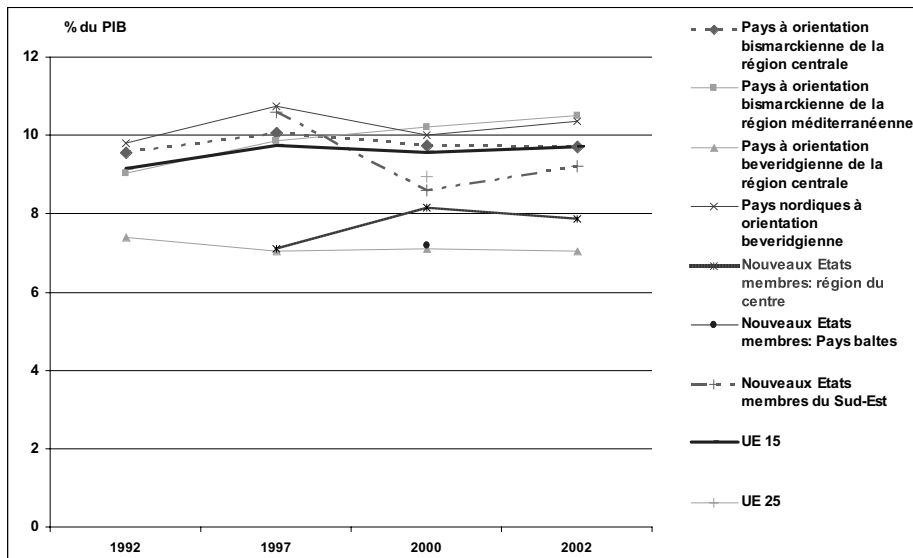
Source: calculs propres basés sur ESPROSS (Eurostat)

## 9. PENSIONS

En matière d'économie et de justice, légitimité des arguments théoriques solides ne manquent pas pour plaider en faveur de l'implication publique dans les pensions, et imaginer à quoi cela ressemblerait. Nous ne les développerons pas ici mais examinerons seulement quelques faits.

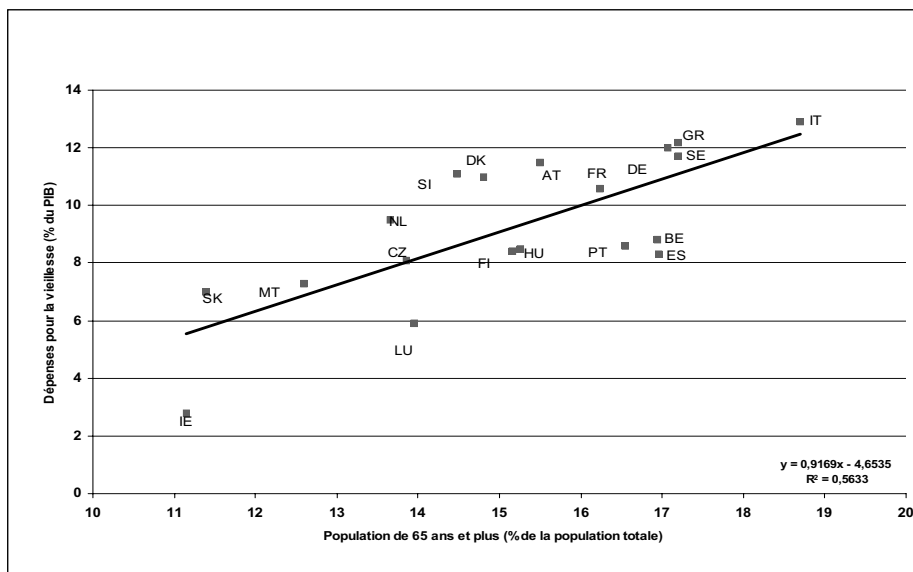
Le graphique ci-après illustre comment les dépenses publiques pour les pensions en tant que part du PIB ont été maintenues à un niveau relativement stable au cours de la dernière décennie et comment elles sont bien en relation avec la part de la population âgée de plus de 65 ans. C'est ce à quoi on aurait pu s'attendre dans l'hypothèse d'un système de pensions de vieillesse qui veut garantir une certaine part du revenu (national) aux retraités. C'est ce qui peut être espéré dans l'hypothèse où la part des retraités aurait été maintenue constante. Actuellement, cette part est en effet quelque peu stable. Entre Etats membres, le niveau des dépenses pour les pensions diffère de manière significative et est influencé, comme permet de le déduire la figure ci-après, par la part de la population au-dessus de 65 ans. Le Luxembourg et l'Irlande avec une part relativement basse sont marginaux. Il se dessine un rétrécissement de la bande dans laquelle de telles dépenses sont situées. Les nouveaux Etats membres se trouvent dans la situation dans laquelle les anciens étaient voici une dizaine d'années.

**FIGURE 11 : DEPENSES POUR LES PENSIONS DE VIEILLESSE (EN % DU PIB), 1992-1997-2000-2002 (MOYENNE ARITHMETIQUE)**



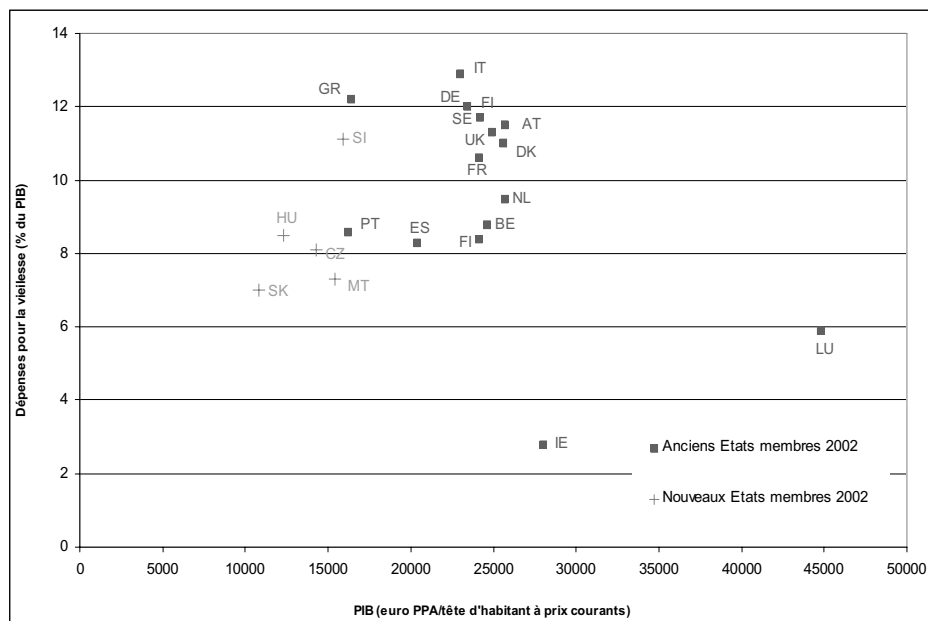
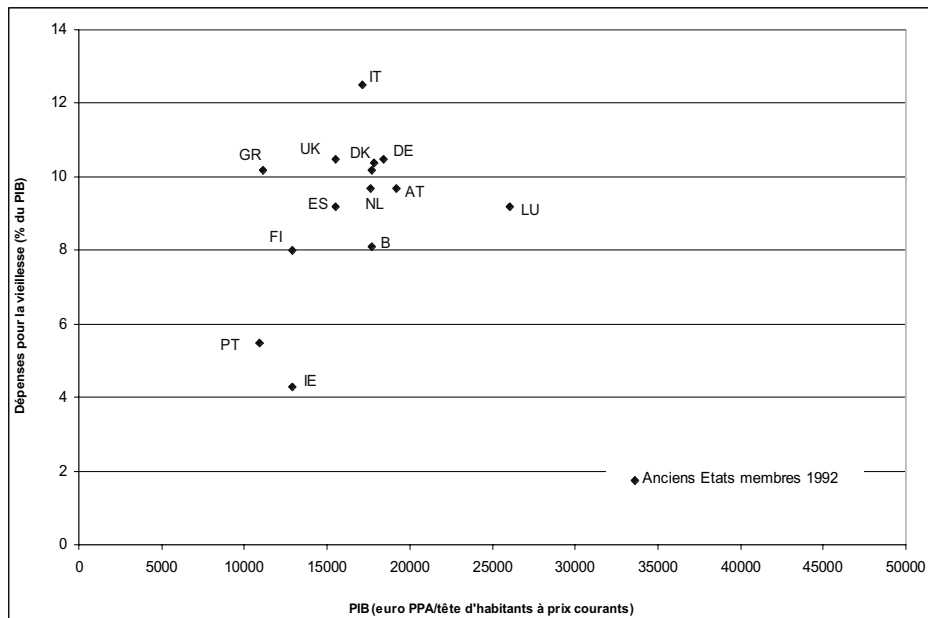
Source : calculs propres basés sur Eurostat.

**FIGURE 12 : DEPENSES POUR LES PENSIONS DE VIEILLESSE (EN % DU PIB) EN RAPPORT AVEC LA POPULATION DE 65 ANS ET PLUS (% DE LA POPULATION TOTALE)**



Source : calculs propres basés sur Eurostat.

**FIGURE 13 :** DEPENSES POUR LES PENSIONS DE VIEILLESSE (EN % DU PIB) EN RAPPORT AVEC LE PIB (EUR PPA/TETES D'HABITANTS EN PRIX COURANTS), 1992 (EN HAUT)-2002 (EN BAS)



Source : calculs propres basés sur Eurostat.

La modernisation du système des pensions était la plupart du temps de nature paramétrique, probablement soutenue par l'opinion que 'plutôt qu'une réforme radicale, il vaut mieux poursuivre l'objectif de tenter d'améliorer la structure actuelle largement satisfaisante' (Diamond, 2004. *American Economic Review*, p. 23, cité par Schokkaert, 2005, p. 198 qui partage cette opinion. Comme nous-mêmes, par ailleurs). Plus fréquemment dans les nouveaux EM (Natali, 2004) mais également dans les anciens, certaines réformes sont de 'nature hybride' combinant des stratégies visant à établir les premier, deuxième et troisième piliers. Leur part relative et leur niveau global sont des éléments majeurs, mais plus important encore, il ne semble y avoir que peu d'arguments économiques pour accorder une aide publique au deuxième et sûrement au troisième pilier; à moins de les façonner sur mesure comme des systèmes de pension du premier pilier. Le problème réside dans le fait qu'ils n'ont du succès que s'ils bénéficient d'un tel soutien, même s'ils constituent des substituts à l'augmentation des salaires ou simplement une épargne à long terme. Ceci nous laisse dès lors face à des systèmes de pensions dispersés, fragmentés, complexes, que nous espérons encore sûrs (à l'abri, entre autres, des fluctuations du marché financier). Il n'est pas évident de voir comment un système aussi fragmenté améliorera la flexibilité et la mobilité des travailleurs à l'avenir, ce que nécessite aussi désespérément notre économie.

Depuis 2001, les systèmes des pensions font l'objet d'une MOC au niveau européen. Ce contrôle ne vient pas seulement du comité de politique sociale, mais est également sous l'étroite surveillance du Comité de Politique Economique, puisqu'elle est liée à la durabilité des finances publiques. Il y a également un lien avec la surveillance du Pacte de Stabilité et de Croissance, et les mesures en matière de retraite anticipée influenceront également l'EES. Les ambitions définies au niveau européen sont louables : adéquation, ce qui signifie éviter la pauvreté et maintenir un niveau de vie, durabilité financière et renforcement de la solidarité entre générations et au sein de celles-ci. La durabilité, telle qu'elle est actuellement discutée dans le cadre de la MOC est atteinte à l'aide d'un grand nombre de changements paramétriques. Mais même alors, le rapport conjoint de la Commission et du Conseil sur les pensions adéquates conclut (2003, p. 23) que selon l'enquête Eurobaromètre, l'opinion publique européenne n'était pas en ligne avec le processus de réforme qui s'est déroulé dans un grand nombre de pays. Les stratégies, particulièrement celles qui visent à augmenter l'âge réel de la retraite, ne sont pas populaires. C'est pourquoi il s'avère encore plus nécessaire d'informer la population sur l'état de sa pension.

## 10. SOINS DE SANTE ET SOINS DE LONGUE DUREE

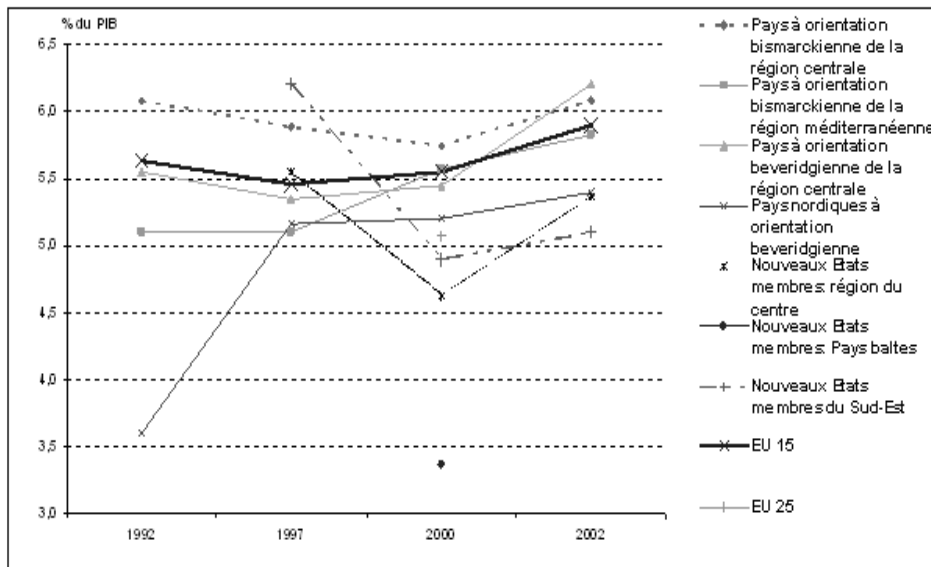
Les soins de santé et les soins de longue durée constituent un exemple encore plus manifeste de la nécessité d'une assurance publique et d'une intervention publique, ce qui impliquerait moins d'espace pour les systèmes du deuxième et du troisième

piliers. En plus de cela se profile une prise de conscience accrue que la santé contribue à la croissance économique et à la création d'emplois. Par ailleurs, un credo ne cesse de s'affirmer : un cercle vertueux d'augmentation de la longévité, du bien-être du revenu et de la santé, augmenteront à l'avenir la demande de dépenses de santé. Depuis le début des années quatre-vingt-dix, l'intérêt pour les soins de longue durée ne cesse de gagner du terrain sur le plan international puisqu'il est tout particulièrement influencé par le vieillissement de la population. Par ailleurs, plusieurs initiatives nationales ont été prises pour instituer une assurance des soins de santé de longue durée, c'est pourquoi nous en discutons ensemble.

Une distinction peut être opérée entre le financement et la mise à disposition de soins de santé et des soins de longue durée. Pour ces derniers, le pluralisme social prévaut : sont présentes dans l'industrie des soins de santé des organisations publiques, privées non marchandes et privées marchandes.

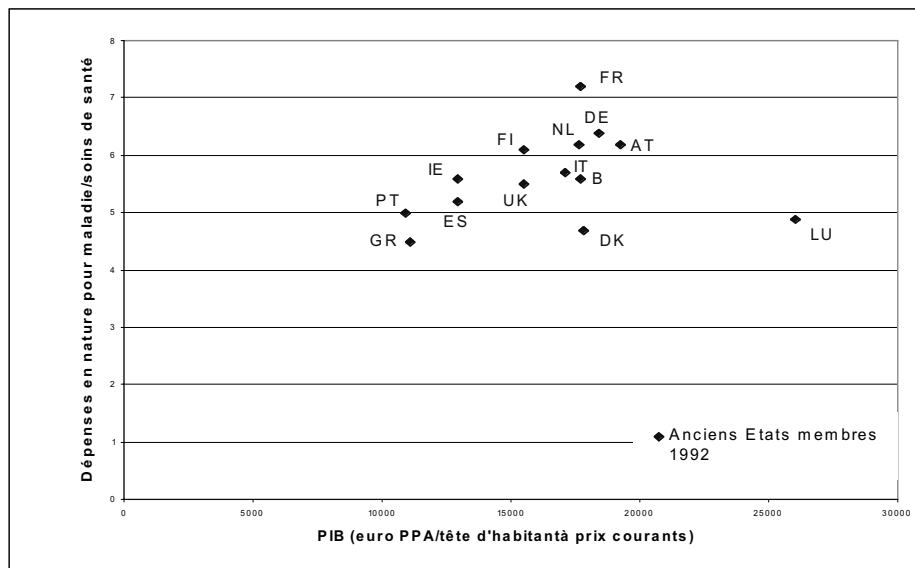
Pour le financement public des soins de santé durant la période 1992-1997-2002, l'on peut identifier l'image stylisée d'une courbe ascendante commune avec des paliers (périodes de stagnation), suivis d'un déclin, puis d'une reprise. Dans un grand nombre de pays, les soins de santé et les soins de longue durée ont résisté à la compression budgétaire ; après certaines périodes de relatif déclin ou de stagnation, il y eut de nouveau une augmentation générale dès la période de 1997-2002. Nous avons déclaré dans des rapports précédents, entre autres sur la protection sociale des personnes âgées dépendantes, que la pression démographique et 'les désirs des gens' augmenteraient la pression en faveur d'une expansion du secteur des soins. Dans certains pays comme la Belgique et le R-U, cette expansion s'est même poursuivie depuis 2002.

**FIGURE 14 :** DEPENSES (PRESTATIONS EN NATURE) DE MALADIE ET DE SOINS DE SANTE (EN % DU PIB), 1992-1997-2000-2002 (MOYENNE ARITHMETIQUE)

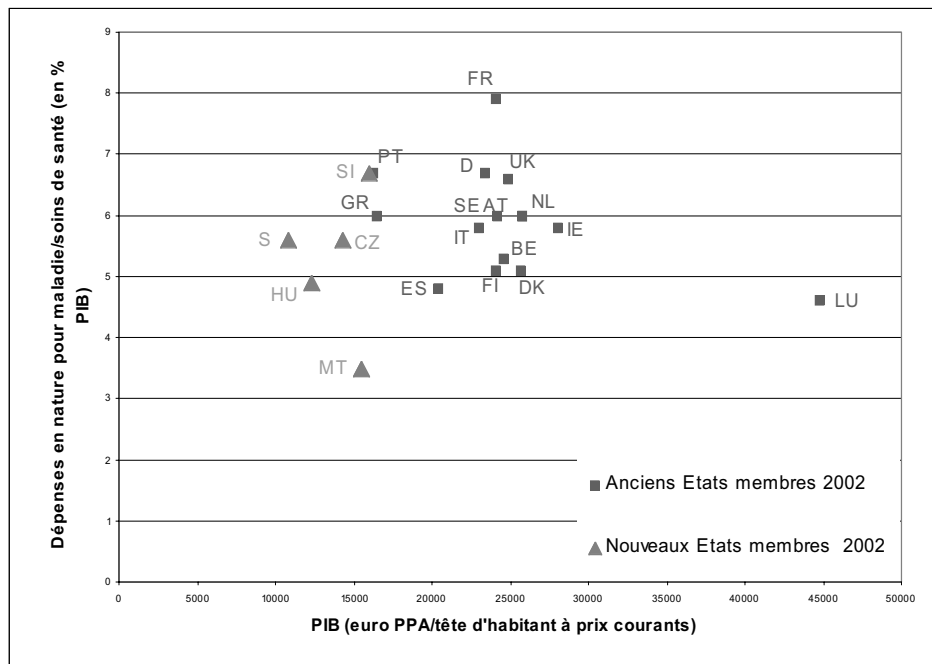


Source : calculs propres basés sur Eurostat.

**FIGURE 15 :** DEPENSES (PRESTATIONS EN NATURE) DE MALADIE ET DE SOINS DE SANTE (EN % DU PIB) EN RAPPORT AVEC LE PIB (EUR PPA PAR TETE D'HABITANT EN PRIX COURANTS), 1992 (EN HAUT) – 2002 (EN BAS)



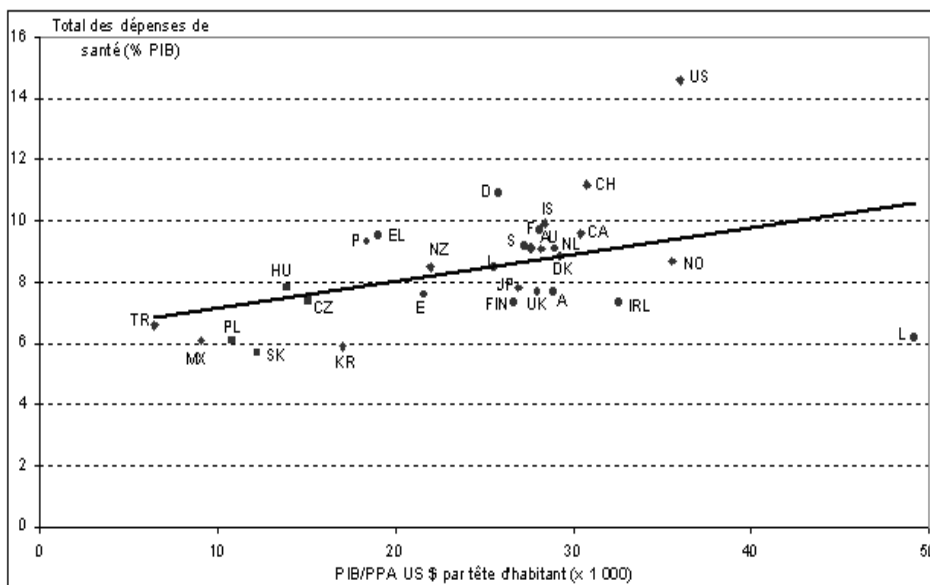




Source: calculs propres basés sur Eurostat

Au niveau européen, il ne semble plus y avoir de relation claire et positive entre les niveaux de revenu et les niveaux des dépenses publiques pour les soins de santé. Ceci nécessite un examen plus approfondi puisque sur le plan international et dans une perspective à plus long terme, l'on observe une relation positive entre le niveau de revenu national et le total des dépenses de santé. Il est vraisemblable que l'on assiste déjà à une certaine substitution entre les dépenses publiques et privées. Il est remarquable de constater - ceci devrait nous faire réfléchir : nos systèmes sont-ils adaptés et encore assez ambitieux ? - comment dans l'économie riche des Etats-Unis, la totalité des dépenses de santé est nettement plus élevée qu'en Europe. Mais peut-être le bas niveau observé au sein de l'UE est-il un signe d'efficacité ? Et il est certain que le système européen est réputé pour son équité et son accessibilité.

**FIGURE 16 : PIB ET TOTAL DES DEPENSES DE SANTE, OCDE, 2002**



Source : OCDE.

## 11. IDENTIFICATION DE LA TENDANCE DE LA PROTECTION SOCIALE

Pour les années 1992-1995, nous avons identifié certaines tendances dans le discours relatif à la transition de l'Etat-providence et l'influence de l'intégration économique européenne. Dans les actuels rapports nationaux, ces tendances ont été signalées comme points à surveiller par les auteurs. La question est de savoir si elles restent d'actualité ou si se profilent de nouvelles 'tendances'. Nous avons identifié les tendances suivantes, dont certaines semblent être tout à fait d'actualité :

- tendances ou évolution (expansion, contraction) de l'Etat-providence au cours des 15 dernières années, pour les anciens EM, en particulier pour la période la plus récente de 1997 à ce jour (mais ce qui se passe aujourd'hui est probablement lié à l'évolution qui a eu lieu au cours de la décennie précédente) ;
- discussion en cours sur la privatisation du financement de l'Etat-providence : rôle des solutions des premier, deuxième et troisième piliers dans les pensions, dans la santé et dans les soins de longue durée ; cofinancement ;
- discussion et initiatives en cours portant sur la privatisation de la fourniture, particulièrement dans les soins de santé et les soins aux personnes âgées, introduction de 'quasi-marchés', introduction de la concurrence : quelles institutions peuvent concourir : publiques, locales, non marchandes, marchandes, nationales ou internationales ? Existe-t-il un marché privé émergent ? Dans quelle mesure ? Quelle est l'influence de la directive sur les services proposée par la Commission ? ;

- discussion en cours sur la sélectivité des systèmes de protection sociale ou 'ciblage' : réduction du système de protection sociale [réduction des allocations, renforcement des règles sur le 'droit à' (« entitlement »)] et évolution en direction d'une protection minimale, focalisée sur ceux qui en ont le plus besoin (groupes cibles) ; tendance à aller des prestations liées aux revenus (assurant le maintien des revenus) vers des prestations sur la base d'un examen des ressources (assurant un niveau minimal de revenu à des groupes de personnes risquant l'exclusion sociale) ;
- discussion sur la décentralisation ou la délégation et la subsidiarité. La responsabilité de la fourniture et du financement de la protection sociale se situe-t-elle au niveau national ou y a-t-il une tendance vers la décentralisation des responsabilités vers les niveaux régional ou local pour les branches existantes ou nouvelles de l'assurance sociale ? ;
- demain, quelles perspectives (évolution des systèmes sociaux et des dépenses) ? ;
- discussion sur l'impact de la création du marché intérieur et la création de l'UEM ;
- protection sociale et efficacité : discussion en cours dans chaque pays sur l'impact d'un haut niveau de protection sociale sur la performance de l'économie globale ;
- suggestions pour le maintien de l'Etat-providence dans chaque pays et en Europe ;
- certains problèmes liés à la hausse des dépenses ou à la diminution de la capacité de financement consécutives à la crise économique et au fort taux de chômage. La protection sociale peut être considérée comme l'une des inefficacités structurelles du marché de l'emploi (coûts, manque de flexibilité) : cette discussion a-t-elle lieu dans chaque pays et est-elle utile ? Comment peut-on améliorer la flexibilité sur le marché du travail ? ;
- quels seront les problèmes de transition majeurs pour les nouveaux Etats membres ?

Naturellement, toutes ces 'méga-tendances' et tous ces débats n'ont pas lieu de la même manière dans tous les Etats membres, ainsi, les experts nationaux pouvaient sélectionner ce qui semblait le plus important.

Au cours de la première et deuxième vague de notre étude comparative sur le développement de l'Etat-providence, nous avons retrouvé quelques importantes lignes communes d'intérêt politique [Pacolet, Versieck, (eds.), 1997; Pacolet, ed., 2003]. Nous les reprenons de nouveau ici, même s'il devient plus évident que le système de sécurité sociale de chaque pays semble se développer de manière distincte. De ce fait, au niveau européen, il est possible d'observer des tendances opposées (centralisation contre décentralisation, poursuite de l'expansion contre réduction). Ce développement dépend de facteurs autonomes tels que conditions économiques, démographie, point de départ ou niveau antérieur de protection sociale et aspects institutionnels. Néanmoins, nous avons conclu que le discours de l'UEM n'altérerait pas ces déterminants spécifiques. En revanche, il pourrait donner un coup de pouce à des "changements de régime". Le débat européen facilite la dispersion des changements structurels le long de certaines lignes, par exemple, deuxième pilier, la privatisation ou l'exacerbation de la compétition. Cette harmonisa-

tion et convergence 'douces' nécessitent peut-être plus de temps, dès lors, son influence pourra être observée même après une période plus longue, mais l'effet peut en être tout aussi fondamental.

Ci-après, nous mettons en lumière quelques-unes des principales observations faites dans les rapports nationaux sur l'évolution de l'Etat-providence au cours de la période la plus récente (de 1997 jusqu'au moment de la conférence en octobre 2005). Un aperçu comparatif pour la période précédente peut être trouvé dans notre rapport antérieur sur l'état de l'Etat-providence. Pour les nouveaux Etats membres, l'analyse se réfère à la période de transition et avant l'accession à l'UE en mai 2004, apportant peut-être plus de points spécifiques de préoccupation pour cette transition d'une économie planifiée vers une économie de marché, que de points déjà relatifs à l'impact de l'intégration au sein de l'UE, vu que celle-ci n'a eu lieu que très récemment.

Ce résumé illustre la prédominance des sujets discutés dans tel ou tel pays, mais cela reste notre lecture sélective des sujets proposés par les auteurs nationaux.

Les sujets discutés sont groupés autour de 4 thèmes majeurs :

- vers quoi évoluent les systèmes de protection sociale : expansion ultérieure, diversification et différenciation ou réduction ?;
- la situation du bénéficiaire et le fournisseur de certaines formes de protection ;
- les sujets liés à l'organisation des systèmes de protection sociale ;
- les sujets liés au contexte macroéconomique.

## 11.1. VERS QUOI EVOLUENT LES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE ?

### 11.1.1. Expansion

L'expansion de la protection sociale s'est particulièrement effectuée dans les soins de longue durée et dans certains domaines de la politique de la famille. Pour le système des pensions, on souligne parfois l'amélioration du financement du premier pilier, mais le point le plus remarquable concerne la poursuite du développement du deuxième pilier, plus explicite encore dans les nouveaux Etats membres.

Une assurance de soins de longue durée a été récemment créée au Luxembourg, plusieurs initiatives s'ensuivirent, en France au cours de la période de 2002 -2004 ; avant cela, elle avait été instituée en Allemagne (où le débat a duré 20 ans) et en Autriche ; elle fut annoncée pour l'Espagne et fut finalement votée à la fin de 2006 ; une assurance de soins de longue durée implicite (INAMI, allocations d'aide aux personnes âgées) a vu le jour en Belgique, permettant un meilleur financement des soins pour les personnes dépendantes – ajoutons encore la Flandre, où, en 2001 a été lancée une assurance SLD explicite ('zorgverzekering'). Dans d'autres pays, comme le Portugal, le débat a été longtemps négligé, mais là aussi cette assurance est attendue actuellement. Dans les nouveaux Etats membres, cette question ne figurait pas encore à l'agenda.

Dans de nombreux pays, après des périodes de restrictions budgétaires, l'on a observé une hausse des dépenses, notamment parfois, suite à l'augmentation de la fiscalité. Une nette expansion fut accordée aux soins de santé en Belgique et au Royaume-Uni. L'expansion peut être réalisée par le biais d'un financement additionnel, parfois dans le cadre d'une politique "stop & go" comme au Portugal où l'on a d'abord instauré une TVA sociale, qui fut abolie quelque temps plus tard pour être finalement remplacée par une TVA 'sociale' de 2 %.

De nouveaux régimes de prestations liées aux étapes de la vie sont annoncés tels qu'un compte d'épargne-temps ('tijdsparrekening') aux Pays-Bas. Ils ont également été promus en Belgique sous le nom de "Crédit-temps". La différence est qu'aux Pays-Bas, ce régime s'accompagne d'un plan d'épargne ou de contribution, tandis qu'en Belgique, aucun débat n'a eu lieu quant au financement de ce système étendu. L'Italie a introduit un congé d'éducation et des allocations de garde des enfants; ultérieurement en Allemagne, un débat similaire a émergé pour permettre aux parents de prendre des congés leur permettant de s'occuper de l'éducation de leurs enfants. Le Royaume-Uni, un pays qui, après la Seconde Guerre Mondiale, n'a pas connu de mouvement visant une plus grande participation des femmes au marché de l'emploi, améliore actuellement la mise à disposition de services de garde des enfants, pour se rapprocher du modèle scandinave d'une famille à 2 salaires au lieu d'une famille à 1,5 salaire. En Autriche, une proposition à la scandinave relative à la garde des enfants a été débattue. Elle invitait les femmes à rester pendant un certain temps en dehors du marché du travail (par ailleurs, la même chose s'est passée dans le débat sur le 'Pflegegeld'), plutôt que de créer plus de services d'accueil des enfants. Au Luxembourg, un 'forfait éducation' d'allure rétrograde a été introduit, ouvrant le droit à partir de 60 ans (76 EUR par enfant par mois).

Le Luxembourg, après avoir instauré, fin des années quatre-vingt-dix, l'assurance de soins de longue durée (SLD), s'intéresse actuellement de près à l'amélioration de la prestation d'invalidité, au revenu des personnes handicapées, et plus particulièrement à l'intégration, partielle ou complète, des personnes handicapées et malades sur le marché régulier du travail ou dans des emplois protégés.

Un grand nombre de pays augmentent le financement de la pension du premier pilier en alimentant un fonds prévisionnel pour le coût futur des pensions : le 'Fonds de vieillissement' a été institué en Belgique, aux Pays-Bas et en France, le Portugal a annoncé un fonds, l'Espagne a proposé la mise sur pied d'un Fonds équivalant à 5% du PIB.

De nombreux Etats membres ont traversé une période de déclin économique (Lettonie, Lituanie), n'offrant à leurs citoyens que de faibles niveaux de protection sociale. En Lettonie, l'héritage du modèle bismarckien n'a pu être maintenu à cause du déclin du PIB. D'autres pays, comme la République Tchèque, connus pour leur système de fonds de réserve pour les pensions, ont changé au profit du modèle sué-

dois. Un système volontaire de congé de maladie a été créé et un modèle de soins de santé relativement généreux a été maintenu – tout en connaissant un problème de contrôle des coûts –, mettant toutefois en danger sa durabilité dans le long cours.

Dans d'autres nouveaux Etats membres, l'on relève parfois moins de perspectives d'expansion ultérieure de l'Etat-providence parce que la responsabilité principale en matière de soins reste de l'ordre du modèle familial, comme mentionné à Malte. Ici, il en résulte un niveau relativement faible de participation féminine au marché de l'emploi. En Pologne également, le système des soins est orienté sur un modèle familial ; bref, les soins sociaux ou les soins de longue durée ne font pas l'objet d'un débat politique.

### 11.1.2. Réduction

Les pays de la zone Euro n'ont pas subi de réduction des dépenses sociales au macroniveau puisqu'une consolidation fiscale avait été réalisée grâce à une augmentation de la fiscalité. Après la mise en oeuvre de la monnaie unique, le Pacte de Stabilité a été interprété de manière plutôt laxiste. Depuis lors, des plafonds fiscaux ou des diminutions de taxation sont annoncés ou réalisés. Ils pourraient être imposés par une compétition accrue sur le marché intérieur ou le marché mondial. Dans de nombreux pays, ces macroobservations doivent être nuancées du fait de changements partiels dans les institutions de l'Etat-providence. Le système de la réduction peut s'observer tout particulièrement dans le système des pensions, bien qu'il s'agisse du défi le plus urgent dans le domaine des dépenses sociales.

Des glissements paramétriques continuent à se produire dans la plupart des pays, visant à réduire le nombre de personnes ayant droit aux prestations. Une dépendance persistante aux revenus de remplacement ou aux prestations additionnelles est observée et des stratégies sont examinées pour tenter d'en réduire le nombre. Parfois, cette dépendance peut découler de la création de nouveaux systèmes, et ensuite se pose le problème de savoir comment en limiter le « succès ». Cette stratégie visant à réduire le nombre de bénéficiaires est également celle qui semble la mieux acceptée par la population. La réduction est organisée par une limitation du nombre de bénéficiaires potentiels dans un grand nombre de pays, par exemple au Danemark, au Luxembourg et en Belgique. En Allemagne, les mesures Hartz ont impliqué une diminution substantielle des allocations pour chômeurs, avec l'espoir de réduire l'écart entre salaire et prestation et ainsi de réduire ensuite le nombre de chômeurs.

L'Italie, connue naguère pour ses "pensions-bébés", après une carrière de 15 ans et avoir atteint l'âge de 40 ans, a dû opérer un changement paramétrique radical pour maintenir la viabilité financière future de son système de pensions. Elle a augmenté l'âge légal de la retraite, et ceux qui travaillent plus longtemps obtiennent un bonus. Des pensions supplémentaires sont instaurées. Une harmonisation est réalisée entre les pensions du public et du privé.

Au R-U enfin, il subsistait une pension publique réduite et une importance croissante du financement privé des pensions, d'où en fin de compte, on murmure aujourd'hui que le deuxième pilier est en train de remplacer le premier.

En Allemagne et au Danemark également, on remarque que le deuxième pilier devient plus important que le premier.

En Autriche, on assista à d'importantes réformes en vue d'augmenter l'âge de la retraite, de réduire les pensions, d'abolir la retraite anticipée, actuellement à 62 ans, et des propositions furent introduites en vue d'harmoniser les pensions des fonctionnaires avec celles du secteur privé pour ceux ayant moins de 50 ans. On y a également pris en considération une réduction de la couverture de l'assurance soins de santé et la mise en place d'une contribution d'usager.

Aux Pays-Bas, l'abolition de la retraite anticipée (« VUT » : sorte de prépension) est un fait remarquable. La contraction est susceptible de se nicher derrière des stratégies visant à harmoniser les pensions de retraite entre secteur public et secteur privé, ce qui se produit au Portugal et en Autriche. Des changements paramétriques au Portugal (l'âge de la retraite pour les femmes, la prise en compte des années de carrière) ont mené à une réduction de la prestation ; une révision vers le bas des pensions publiques y est également d'actualité. En Espagne aussi, on constate une générosité amoindrie du régime des pensions. Par ailleurs, dans ce pays règne un sentiment général d'une diminution des avantages sociaux, malgré une croissance économique et une expansion fortes. Il en a découlé une qualité dégradée de la protection sociale. Certes, les prestations ont augmenté en nombre, mais leur montant a baissé.

Des plafonds fiscaux, des réductions fiscales, des impôts à taux moins progressifs au R-U, en Belgique et aux Pays-Bas, une réforme fiscale (taux unique - flat tax) radicale annoncée en Slovénie, toutes ces mesures vont réduire les possibilités de financement des systèmes de protection sociale. L'introduction du taux de taxation fixe en Slovénie et une réduction des taxes sur les hauts revenus, comme en Belgique et aux Pays-Bas, ont des conséquences sur le financement de la protection sociale. Dans la sécurité sociale elle-même, des plafonds de cotisations sont parfois introduits. En Allemagne, le financement du premier pilier semble avoir atteint un plafond, invitant à passer au deuxième (si élevé qu'il représente 4 % des salaires, 1 % de TVA additionnelle) et au troisième piliers. Mais en même temps, l'augmentation de la TVA de 3 % traduit une levée fiscale accrue pour la protection sociale. Comme évoqué ci-dessus, les réformes fiscales (et le dumping fiscal potentiel) peuvent s'avérer la menace la plus sérieuse pour l'avenir de l'Etat-providence.

Un glissement dans le financement vers la TVA comme ce le fut également proposé en Slovénie entraîne toutefois pour conséquence des répercussions négatives sur les revenus les plus faibles. Le glissement vers un impôt fixe profiterait en même temps aux catégories bénéficiant des revenus les plus élevés.

Les nouveaux EM sont passés par une période de PIB réduit, de faible protection sociale et de prestations peu élevées (à l'instar de la Lettonie et de la Lituanie), tandis que dans d'autres, on continue à pratiquer une politique de limitation de l'expansion notamment en limitant les prestations pour congés de maladie (Slovénie). Ces pays doivent reconstruire le niveau de protection sociale antérieur. En Hongrie, maintenant que la croissance est revenue, l'emploi est en hausse, le chômage en baisse et l'on peut observer un profil en U dans les dépenses sociales.

De nombreux nouveaux EM ont une tradition bismarckienne. Par exemple, le modèle letton a traversé une période de déclin du PIB et, dans sa politique de conception nouvelle, était plus influencé par le FMI et la Banque Mondiale, conformément au 'consensus de Washington', que par les directives européennes.

La Pologne ayant maintenu le système des pensions, a procédé à un contrôle plus strict des pensions d'invalidité et, à partir de 1999, a introduit des fonds de pension privés avec des comptes individuels. Les cotisations des nouvelles générations pourraient glisser vers le système des fonds, entraînant la mise à mal des fonds de réserve pour les pensions. Dans ce pays également, on a remarqué un glissement important vers la privatisation de l'assurance soins de santé.

## 11.2. PERFORMANCE DES ETATS-PROVIDENCE

Nous pouvons émettre quelques remarques sur l'effectivité et l'efficacité.

Pour ce qui est de l'effectivité, une sécurité accrue des revenus a été réalisée avec des objectifs mieux ciblés et une amélioration du revenu minimal, réduisant la pauvreté chez les personnes âgées. Dans un grand nombre de pays, nous observons des glissements dans les schémas d'indexation : d'une indexation basée sur les salaires à une indexation basée sur l'évolution des prix. Dans quelques pays, certaines prestations telles que les pensions des fonctionnaires sont liées à l'évolution des salaires dans le secteur (Belgique, Portugal) ; ailleurs, un plus grand nombre de prestations est lié aux salaires (p. ex. au Danemark, aux Pays-Bas) ou est pour le moins - pour ce qui est des prestations minimales - régulièrement/occasionnellement adapté à l'évolution réelle des salaires, et parfois laissé à la discrétion politique (Irlande, Portugal) ou est défini en termes de forfait nominal et non en pourcentages. Dans certains pays, p. ex. en Belgique, la période de changements paramétriques de ces mécanismes d'indexation autorise à conclure au risque de décalage substantiel entre la croissance économique et les niveaux des prestations qui nécessitent des mécanismes de correction. Ces changements sont source de dynamique. L'évolution vers des pensions forfaitaires créera certainement une demande pour les deuxième et troisième piliers, à l'instar de la Belgique et de l'Allemagne.

Quant à l'efficacité, un point de préoccupation sur les cotisations et les dépenses sociales reste la lutte contre la 'fraude sociale'. Dans les soins de santé, on souligne le besoin de contrôler les dépenses mais encore d'éviter les revenus non déclarés et les paiements informels (fréquents en Grèce et en Hongrie). Le travail non déclaré



émerge, par exemple en Espagne, dans les soins sociaux ou dans les services d'aide à domicile, mais en Allemagne aussi, il est indispensable de procéder à une régularisation du travail d'aide à domicile non déclaré (proposé par B. Schulte, 2006). En Grèce également, on fait mention d'un important groupe d'immigrants illégaux, prenant part au marché informel de l'emploi, y compris pour le secteur des soins, impliquant dans ce pays une participation relativement élevée des femmes au marché local de l'emploi.

Néanmoins, les problèmes pour mettre fin au travail non déclaré en général et pour améliorer la base contributive persistent et exigent un contrôle ou une régularisation. En Espagne, une régularisation impressionnante d'immigrants a eu lieu, les intégrant – et par cela ils y contribuent – dans la sécurité sociale, favorisant leur participation à la société et réduisant parallèlement le risque de travail non déclaré. Il s'est agi d'une espèce 'd'amnistie sociale'. En Hongrie aussi, le travail non déclaré était qualifié de problématique. Afin d'éviter la fraude sociale, les employeurs ont été rendus responsables du contrôle des prestations de maladie.

### **11.3. MUTATIONS ORGANISATIONNELLES**

#### **11.3.1. Décentralisation sectorielle et régionale**

L'on accorde de plus en plus d'attention aux régimes de retraite professionnelle mais également à l'épargne-pension privée, tant dans les anciens que dans les nouveaux Etats membres. Une évolution largement répandue se dessine en direction de fonds de pension sectoriels ou même d'épargne-retraite individuelle, explicite ou implicite avec des comptes virtuels (« notional accounts »). En Hongrie, il est même fait mention d'un système à cinq piliers incluant l'aide sociale et les comptes individuels de retraite.

Dans le domaine des soins de santé et de l'aide sociale, de nouvelles étapes ont été franchies dans un grand nombre de pays afin de poursuivre la restructuration des compétences. La décentralisation de pans entiers de services sociaux a eu lieu aux Pays-Bas, impliquant un guichet unique pour les affaires sociales au niveau local. Dans d'autres cas, une décentralisation fonctionnelle n'est pas souhaitable, mais une approche plus intégrée serait opportune. La décentralisation régionale suit parfois une autre direction que celle qui est parfois prônée pour une meilleure intégration des soins de santé et de l'aide sociale ou les soins de longue durée. Mais, simultanément, la décentralisation locale peut aller main dans la main, comme aux Pays-Bas, avec un haut niveau d'intégration des soins de santé et de l'aide sociale.

La Hongrie aussi réorganise la machine étatique centrale en niveaux municipaux ; mais, au vu des inefficacités, elle redevient rapidement centrale. Cette observation vaut également pour la Pologne.

Une décentralisation trop poussée des soins de santé et de l'aide sociale engendrait des problèmes plus aigus de coordination en Espagne. Cette considération devrait également s'appliquer à l'assurance des soins de longue durée (SLD), mais malgré cette tendance vers des responsabilités régionales, l'assurance SLD a été instaurée fin 2006 au niveau fédéral.

En Italie, un plan de régionalisation a été mis en oeuvre depuis 2000, avec des mécanismes tant de solidarité que de responsabilité fiscale propre pour augmenter les cotisations ou le cofinancement quand c'est nécessaire. Le même phénomène se produit au R-U, où les soins de santé, les soins aux personnes et l'éducation ont été transférés aux autorités écossaises, galloises et, ultérieurement, à L'Irlande du Nord également. Selon Glennerster, cela s'est accompagné d'un financement national généreux. Il en a incontestablement résulté des disparités, par exemple aucun quasi-marché n'est apparu en Ecosse, les soins aux personnes gratuits ont également été introduits, alors qu'au niveau national, la réforme des SLD concluait que seuls les soins infirmiers devaient être gratuits et que les soins aux personnes pouvaient rester assujettis à un examen des revenus. Toutefois, le dernier Rapport Wanless sur les soins de santé et les soins de longue durée concluait au caractère insoutenable d'une telle différence dans les principes régissant le système des soins de santé et de l'aide sociale (2006).

### 11.3.2. Privatisation et compétition

La compétition accrue était l'ambition de la réalisation du marché intérieur en 1992. Il aura fallu attendre l'avènement du nouveau siècle pour que soit lancé le débat sur la manière d'inclure ou non les soins de santé et les services sociaux dans la directive sur les services de la Commission européenne. Aujourd'hui encore, ce point de débat n'a toujours pas été résolu.

Par contre, dans le cadre des plans nationaux de réforme également, la recherche d'une compétition et d'une efficacité accrues prend le pas sur les plans de privatisation. La compétition a été le credo au R-U, créant des quasi-marchés pour fournir l'aide sociale ; aux Pays-Bas, au Danemark, la liberté de choix est devenue le nouveau dogme. Mais, simultanément, l'on mentionne un certain niveau d'intégration ou 'guichet unique'. On s'attend également aux débuts de la compétition en Slovaquie. La compétition accrue dans la fourniture des soins de santé a débouché sur une augmentation de productivité, de meilleurs résultats, une réduction des listes d'attente, c'est-à-dire sur « une forme meilleure » comme l'a démontré Howard Glennerster, mais en contradiction complète avec ceux qui doutent des avantages de la privatisation (A.M.Pollock, 2004). Au Portugal, par exemple, l'on s'attend à obtenir de meilleures performances dans le système des soins de santé lorsque la propriété privée aura été réalisée dans les hôpitaux, en lieu et place des hôpitaux publics, propriété de l'Etat ; le partenariat public et privé est introduit pour la construction d'hôpitaux, le R-U et la Flandre sont également très intéressés par la poursuite de cette démarche. En Slovaquie, l'on escomptait également une amélioration de l'administration publique.

La privatisation des soins de santé peut s'effectuer par le financement, par l'assurance ou par la fourniture. Dans un grand nombre d'EM, toutes ces formes peuvent être observées au cours des cinq dernières années.

Aux Pays-Bas, après une réintégration de l'ensemble de la population dans un premier pilier pour l'assurance soins de santé, le système dans sa totalité a été privatisé en permettant aux assureurs-santé à partir de 2006 de pratiquer la concurrence pour leurs clients, sur le plan de l'assurance soins de santé obligatoire, en vendant l'assurance, mais également en introduisant une plus grande négociation ou concurrence dans le marché de fourniture des soins de santé. Simultanément, on court le risque qu'une partie substantielle de la population ne sera plus assurée pour les soins de santé.

Les dépenses privées dans le domaine des soins de santé ont fortement augmenté en Espagne, et dans le domaine des pensions, ce sont tout particulièrement les plans de pension individuels qui ont du succès.

Au R-U, l'éducation a également été privatisée, étant donné que les études supérieures sont désormais financées directement par des droits d'inscription élevés et des emprunts. Aux Pays-Bas, on signale, en la redoutant, la réduction des investissements dans l'éducation. La Belgique est traversée de craintes similaires.

La privatisation semble être sans limites. Nous craignons pour la Belgique que le choix d'un deuxième pilier dans le domaine des pensionnés se généralise aux soins de santé, ce résultat se confirme dans des pays tels que le Danemark, où des plans complémentaires et des plans privés sont proposés pour les pensions, mais également pour le chômage et pour les soins de santé. Aux Pays-Bas, les employeurs ont été rendus responsables et ont dû assurer eux-mêmes de manière privée, l'assurance-invalidité. La Pologne indique le secteur privé comme un pilier important. La Hongrie annonce un cinquième pilier avec des comptes de retraite individuels qui peuvent investir en bourse.

De nombreux Etats membres, comme la Hongrie, avaient une tradition bismarckienne ; pourtant aujourd'hui, ils ont dû diminuer la pension publique, l'assurance soins de santé et le système des prestations de sécurité sociale est basé sur un examen des ressources. Le système des soins de santé est devenu un système à trois piliers. Par ailleurs, dans l'organisation du secteur hospitalier, la propriété privée a également fait l'objet d'un débat.

Un changement de gouvernance est susceptible de se produire. Dans les anciens Etats membres, des deuxièmes piliers sont créés en impliquant les partenaires sociaux. Ceci est également caractéristique pour les fonds sectoriels belges où les partenaires sociaux jouent un rôle plus important. En Italie également, la décentralisation sectorielle est maintenue.

La privatisation peut impliquer une moindre implication des syndicats et des partenaires sociaux. Aux Pays-Bas, le pacte historique (de Wassenaar) pour la réforme sociale de 1982 incluait l'accord des syndicats et des employeurs ; la même chose est valable pour le Pacte de Tolède en Espagne en 1995 qui implique le gouvernement, les partis politiques, les employeurs et les syndicats dans la réforme des pensions. Mais, un glissement est également susceptible de se produire ici. Actuellement, une certaine stratégie vise à impliquer moins les partenaires sociaux aux Pays-Bas ; c'est pareil au Portugal où l'implication des partenaires sociaux était moins souhaitable. Aux Pays-Bas sur le plan du chômage, le rôle des partenaires sociaux fut de plus en plus réduit pour se limiter à un rôle consultatif. En Autriche également, un amoindrissement du poids des partenaires sociaux a été planifié.

Dans un pays comme la Belgique, la voie de la prévoyance professionnelle est facilitée par l'inclusion des partenaires sociaux et des syndicats dans la gestion du deuxième pilier.

Les nouveaux Etats membres sont moins chauds pour inclure les partenaires sociaux dans la réalisation de leur politique sociale. Par exemple, en Lettonie, un faible niveau d'organisation des syndicats explique l'influence de la doctrine du FMI et de la Banque Mondiale sur le débat et la politique suivie. Pour un pays comme la Lituanie, il est mentionné que le glissement en direction des pensions privées - même s'il inclut un plus grand nombre de risques de marché - est considéré comme un système meilleur de protection contre les risques politiques. Les nouveaux Etats membres ont quasiment applaudi très vivement l'introduction des systèmes à trois piliers.

#### 11.4. CONTEXTE MACROECONOMIQUE

##### 11.4.1. Emploi et croissance économique

En définitive, les politiques de l'emploi sont orientées sur un degré d'activité accru, du moins si l'on s'en réfère aux objectifs de Lisbonne de l'UE. Par ailleurs, ces objectifs sous-entendent une motivation pour travailler plus longtemps et pour réduire les régimes de retraite anticipée dans des pays tels que le Danemark et les Pays-Bas. Aux Pays-Bas, le système « VUT » (sorte de prépension) a été réduit davantage, comme dans un grand nombre d'autres pays où le débat concerne l'évitement des retraites anticipées. Depuis les dernières élections en Allemagne (2006), l'introduction progressive d'un âge de départ à la retraite plus avancé - à 67 ans - est annoncé pour 2027.

Dans un grand nombre de cas, les politiques de l'emploi étaient orientées sur la réduction des cotisations sociales des employeurs afin de diminuer les coûts du travail, mais contribuaient ainsi à réduire les recettes du gouvernement tout en augmentant le dumping fiscal. En Allemagne, les allocations de chômage sont réduites, bien qu'elles soient moins populaires que l'accroissement du contrôle ou de l'accompagnement, comme en Belgique.

De plus en plus, on a compris que les dépenses sociales représentaient un investissement, contribuaient au développement économique et encourageaient l'émergence de nouvelles industries (soins de santé, aide sociale). Néanmoins, certains pays commencent à réduire ces investissements, ce qui a été mentionné et craint pour les Pays-Bas.

#### **11.4.2. Discussion de la relation entre Etat-providence et mise en oeuvre de l'UEM - La réalisation ultérieure du marché intérieur de 1992**

Nous avons analysé l'influence de l'intégration européenne sur ce débat du développement des Etats-providence. Nous nous en sommes souvent inquiétés. C'est à peine si nous avons pu la déceler dans les rapports nationaux. L'absence de réponse reflète probablement la réalité qu'après tout, il n'y a qu'une influence limitée du niveau européen sur ces discussions. Au R-U au moins, lors du débat sur l'organisation de la protection sociale, l'impact européen a été poliment négligé.

Dans le processus vers la monnaie unique, il y eut moins de répugnance à réduire les taxes; au contraire, dans un grand nombre de pays, elles ont été augmentées, tandis que la réduction des dépenses était modérée. Aujourd'hui que les EM appliquent la monnaie unique et ressentent la compétition, ils réduisent la fiscalité et augmentent les dépenses. Nous pouvons émettre beaucoup de doutes quant au caractère soutenable de cette évolution.

La question de la compétition accrue et de l'application de la directive Bolkestein dans les services publics a été un sujet très chaud. C'est à peine si ce débat est qualifié de pertinent; au contraire, la compétition est applaudie, et par exemple, le R-U fait valoir que même la compétition extérieure a contribué à l'amélioration des performances du système. Néanmoins, si l'on semble prôner la compétition intérieure, la compétition extérieure est redoutée.

Pour le nouvel Etat membre maltais, l'on fait part que l'impact du processus d'intégration sur la prise de décisions au niveau national s'est avéré très faible. Seule l'Italie, en tant qu'ancien Etat membre, fait explicitement référence aux motivations européennes. La Lettonie, tout comme la Slovénie, souhaitent utiliser dans toute la mesure du possible la Stratégie européenne de l'Emploi et la MOC, c'est-à-dire la stratégie de Lisbonne, en partie à cause du financement qu'elle implique. Toutefois, la Lettonie reconnaît aussi que le FMI et la Banque Mondiale ont exercé une plus grande influence sur leur politique nationale.

Dans pratiquement aucun pays, l'influence européenne sur la politique sociale appliquée n'a fait l'objet d'un grand nombre d'allusions, pas même dans le contexte de la MOC. M. H. Glennerster a déclaré, avec beaucoup de flegme, lors de la conférence d'octobre 2005 sur l'Etat de l'Etat-providence, qu'« ils envoyaient des statistiques à Bruxelles et s'en tenaient à cela ».

## 12. CONCLUSIONS POLITIQUES

Après trois conférences sur l'Etat de l'Etat-providence depuis 1992 et une intégration économique européenne plus poussée, quelles sont les nouvelles tendances et quelles sont les anciennes tendances qui se confirment ?

Un grand nombre de pays sont passés par le processus d'analyse de l'impact du vieillissement de la population sur leur protection sociale. Ceci a été le moteur de beaucoup de changements que nous avons pu observer dans l'Etat-providence.

Le changement le plus manifeste réside dans l'évolution très répandue vers un système de pensions à trois piliers, y compris dans les pays qui répugnaient naguère à organiser un tel système. Mais, simultanément, avec plus ou moins de changements paramétriques limitants, le premier pilier reste viable, bien qu'à un niveau inférieur, un financement et parfois collectif s'effectue à l'aide d'un fonds de réserve de la sécurité sociale. Ce financement collectif reste cependant limité. Peut-être est-il trop tard pour financer collectivement le fardeau des pensions futures.

Les régimes de pensions sectoriels ou, particulièrement, les régimes de pensions capitalisés sont parfois obligatoires et, ce faisant, totalement complémentaires à la pension publique forfaitaire. Si les régimes de pensions à orientation bismarckienne subsistent, il n'est pas évident qu'ils seront complétés dans tous les pays par un deuxième pilier substantiel, puisque certains d'entre eux passent directement aux régimes de troisième pilier, difficilement distinguables d'une épargne privée à long terme. C'est notre impression pour la Belgique, pour l'Espagne, mais peut-être même pour l'Allemagne. S'y ajoute qu'il n'est pas sûr que le deuxième ou le troisième pilier soit complémentaire et complète le premier pilier, c'est plutôt une simple substitution à la pension publique. Dans les pays comme l'Allemagne, le R-U et le Danemark, cette constatation est explicite. Ailleurs, on peut le craindre. Pour peu que l'activité des travailleurs âgés augmente, une grande part du coût des pensions peut être maîtrisée.

Dans le secteur des soins de santé, la privatisation devient un phénomène courant, parfois via l'augmentation du copayement, parfois via la privatisation de la fourniture (un sujet de première importance dans des pays comme le R-U, les pays scandinaves, les nouveaux Etats membres où elle est utilisée en vue de remplacer les systèmes de soins de santé nationaux). C'est également le cas au Portugal.

L'expansion a été évidente dans certains pays pour l'assurance des soins de longue durée. A propos des soins de santé et des SLD, les coûts réels devront même encore monter dans le futur. Contrastant avec les scénarios catastrophiques qui ont été utilisés dans le passé pour faire accepter le freinage des coûts et marquer un temps d'arrêt dans la protection sociale, les études plus récentes illustrent que, du fait du vieillissement en bonne santé, voire de la compression de la morbidité, cette évolution sera gérable, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles sur un niveau accru de protection sociale pour ceux qui en ont réellement besoin.

Le changement de politique fiscale est plus préoccupant. Compte tenu du vieillissement de la population, du moins pour ce qui concerne la santé et les pensions, le taux de contribution ou niveau fiscal - c'est-à-dire le niveau de financement - devrait augmenter. Dans un grand nombre de pays, des décisions sont prises dans un sens opposé. C'est une direction préoccupante qui n'est pas influencée par l'UE, mais inspirée par des décisions nationales.

Une surveillance rapprochée de l'évolution des deuxième et troisième piliers, l'impact des plafonds fiscaux et des réductions d'impôt, voilà les principaux sujets à observer pour les années à venir du point de vue de la pertinence, tout particulièrement pour les décideurs politiques et les mouvements sociaux.

Un autre aspect qui ressort de notre observation des tendances devrait également préoccuper ces derniers. Dans certains pays, les partenaires sociaux sont invités à prendre des responsabilités dans la gestion de la prévoyance professionnelle. Mais, dans un grand nombre d'autres cas, tant dans les anciens Etats membres que dans les nouveaux, persiste une tendance à moins les impliquer dans l'organisation de la protection sociale. Comme nous l'avons déjà déclaré, les Etats-providence à orientation bismarckienne où l'implication des partenaires sociaux est plus explicite sont plus robustes et mieux armés pour combattre le déclin (Pacolet J., 2002). La non-implication des partenaires sociaux est une menace pour l'avenir de l'Etat-providence.

Enfin, ce projet comparatif européen laisse filtrer une conclusion prometteuse. Pour la première fois, dix nouveaux Etats membres qui ont rejoint l'UE en 2004 ont été inclus dans ce rapport. Il est remarquable de constater combien rapidement s'est estompée la distinction entre anciens et nouveaux Etats membres. Des évolutions similaires ou identiques ont eu lieu dans tous les 25 EM. Parfois, les nouveaux sont là où les anciens Etats membres se trouvaient voici dix ans, comblant rapidement leur retard quant au revenu national. Espérons que ce sera également le cas dans le domaine de l'établissement de systèmes décents de protection sociale.

Bien que notre examen des tendances de l'Etat-providence soit notre propre lecture sélective d'un choix d'impulsions indiqué par les contributeurs nationaux, il est basé sur la vaste expérience de 25 experts et confronté à des faits et des chiffres. Nous croyons que les conclusions mentionnées ci-dessus sont solides et à même de nous guider dans la surveillance et de conduire les développements ultérieurs dans les années à venir. Ce bref aperçu comparatif peut aider à reconnaître et à évaluer les tendances nationales. Nous espérons tout particulièrement qu'il pourra inspirer les décideurs politiques et les détenteurs d'enjeux quant à la direction à emprunter à partir d'ici et à s'écarter des orientations non souhaitables.

*(Traduction)*

---

## BIBLIOGRAPHIE

Arnaud, J.-L., *A reappraisal of Europe's social model or The tale of the chicken and the pig*, Groupement d'études et de recherches notre Europe, Institut d'études européennes et internationales du Luxembourg, Paris/Luxembourg, 1997.

Direction Générale de la Commission Européenne, *Activités de l'Union Européenne, Synthèses de la législation. Emploi et politique sociale, Emploi, affaires sociales et égalités des chances*, Direction Générale de la Commission Européenne, <http://europa.eu.int/scadplus/leg/fr/s02300.htm>.

Casey, B.H., *Coordinating Coordination: Beyond Streamlining*, VDR/BMGS/MPI, Conférence de suivi sur la méthode ouverte de coordination dans le domaine des pensions dans l'Union Européenne – Quo Vadis?, Berlin, 2003.

Casey, B., Oxley, H., Whitehouse, E., Antolin, P., Duval, R. en Leibfritz, W., (20 novembre 2003), *Policies for an ageing society: Recent measures and areas for further reform*, Documents de travail du Département des affaires économiques, vol. n° 369, novembre 2003, OECD/OCDE, 2003.

Czarnitzki, D., Fier, A., Heneric, O., Hussinger, K., Licht, G., Müller, E. en Sofka, W., *European competitiveness report 2004, Competitiveness and benchmarking*, Commission Européenne, Mannheim, 2004.

Costello, D. et Bains, M., *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, EPC/ECFIN/, vol. 655/01-EN final, Comité de politique économique, Bruxelles, 2001.

Commission des Communautés Européennes, *Rationalisation de la coordination ouverte dans le domaine de la protection sociale*, Communication de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions, n° Renforcement de la dimension sociale de la stratégie de Lisbonne, Bruxelles, 2003.

Commission des Communautés Européennes, *Le programme communautaire de Lisbonne*, Communication de la Commission au Conseil et au Parlement. Actions communes pour la croissance et l'emploi, Bruxelles, 2005.

Comité de Politique Economique, *Renforcer la croissance et l'emploi*, Rapport annuel sur les réformes structurelles 2005, vol. n° 12, Commission Européenne, Bruxelles, 2005.



Commission Européenne, *Plan d'action de la Commission relatif à l'amélioration de la communication sur l'Europe*, Commission Européenne, [http://europa.eu.int/comm/dgs/press\\_communication/pdf/communication\\_com\\_fr.pdf](http://europa.eu.int/comm/dgs/press_communication/pdf/communication_com_fr.pdf), 2005.

Commission Européenne, *Eurobaromètre spécial 215*, Eurobaromètres spéciaux, vol. 215, Commission Européenne, [http://europa.eu.int/comm/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_215\\_fr.pdf](http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_215_fr.pdf), 2005.

Commission Européenne, *Eurobaromètre 63. L'opinion publique dans l'Union Européenne*, Eurobaromètre standard, vol. 63, n° TNS Opinion & Social, Commission Européenne, [http://europa.eu.int/comm/public\\_opinion/archives/eb/eb63/eb63.4\\_fr\\_first.pdf](http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/eb63/eb63.4_fr_first.pdf), 2005.

La Convention Européenne, Texte transmis par Mme Anne Van Lancker et d'autres membres du Groupe de travail "Europe sociale", Conv., vol. 780/03, <http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/03/cv00/cv00780fr03.pdf>, 2003.

Bonde, J-P, *The proposed EU constitution*, The reader-friendly edition, [www.EUabc.com/Parlement\\_europeen](http://www.EUabc.com/Parlement_europeen), Bruxelles, 2005.

Commission Européenne, *La situation sociale dans l'Union européenne 2004. Vue d'ensemble*, n° Europe: état et avenir de la protection sociale, Commission Européenne, Bruxelles, 2004.

Commission Européenne, *L'agenda social 2005-2010. Une Europe sociale dans l'économie mondiale. Des emplois et des nouvelles chances pour tous*, Direction Générale Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances de la Commission Européenne, Bruxelles, 2005.

Convention Européenne, Version révisée du rapport final du Groupe de travail "L'Europe sociale", Conv., vol. 516/1/03, Convention Européenne - Secrétariat, <http://gandalf.aksis.uib.no/~brit/EXPORT-EU-Constitution/Export-Documents-CONV/CONV-516-03-02-04-R1-EN/SummaryofConclusions.html>, 2003.

Garrett, G., *Globalization and government spending around the world. Studies in Comparative International Development*, 35(4), pp. 3-29, 2001.

Garrett, G. et Mitchell, D., Globalization, government spending and taxation in the OECD. *European Journal of Political Research*, 39(2), pp. 145-177, 2001.

Goudswaard, K.P., De Europese Unie: economisch én sociaal?. *Sociaal Maandblad Arbeid*, octobre 2006, n° 10, pp. 408-414, 2006.

Hays, J., Globalization and capital taxation in consensus and majoritarian democracies, *World Politics*, 56(1), pp.79-113, 2003.

Huber, M., Hennessy, P., Izumi, J., Kim, W. et Lunsgaard, J., *Long-term care for older people*, Publications de l'OCDE, Paris, 2005.

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.v. (28 - 29 June 2004), *Social services of general interest in the EU. Assessing their specificities, potential and needs*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Social Platform/Observatory for the Development of Social Services in Europe, Bruxelles, 2004.

Kok, W., *Relever le défi – la stratégie de Lisbonne pour la croissance et l'emploi*, Commission Européenne, Bruxelles, 2004.

Lundsgaard, J. (11 May 2005), Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability, *OECD Health working papers*, vol. N° 20, ODE, Paris, 2005.

Missoc, Introduction 2003: Entre restructuration, rationalisation et solidarité, *Bulletin d'info Missoc*, vol. 01/2004, Missoc, [http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/social\\_protection/missoc\\_info\\_fr.htm#01/2004](http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/missoc_info_fr.htm#01/2004), 2004.

Natali, D., The hybridisation of pension systems within the enlarged EU. Recent reforms in old and new members, *Revue belge de sécurité sociale*, tome 46, n° 2, pp. 353-378, 2004.

Natali, D., *La MOC Pensions : un résumé historique*, Service public fédéral Sécurité sociale, Working Paper for the workshop of the research project on 'The OMC in pensions and European Integration', Bruxelles, 2004.

OCDE, Ensuring quality long-term care for older people, *Policy Brief*, vol. mars 2005, OCDE, <http://www.oecd.org/publications/policybriefs>, 2005.

Osterle, A., Payments for care and equity, *ERI Occasional Paper*, vol. n° 3, European Research Institute, 1996.

Pacolet, J. i.c.w. I. Van De Putte (ed.) (13 mars 1998), Debate on Systems of Social Security in the European Countries, in EUCDW (ed.), *Debate on Systems of Social Security in the European Countries*, Strasbourg, Parlement Européen, 1998.

Pacolet, J (ed.) (16 octobre 2002), Stabilising Solidarily Financed Social Security Systems. How Is Social Progress Possible?, in UELDC (ed.), *Financing of Social Security Systems in the EU*, Oeiras, Lissabon, Motel Continental, Kok W. (2004), *Relever le défi – la stratégie de Lisbonne pour la croissance et l'emploi*, Commission Européenne, Bruxelles, 2002.

Pacolet, J. (ed.), *The state of the welfare state anno 1992 and five year later*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 2003.

Pacolet, J. et Claessens, E., *Trade, competitiveness and social protection*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 2003.

Pacolet, J. et Debrabander, K., *The State of the Welfare State in Belgium - Anno 1992*, in Pacolet, J. and Versieck, K. (eds.), *The State of Welfare State Anno 1992*, Volume 2, Les Etats membres - EU 12 B, D, DK, E, F, G, I., Documents de travail, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, p. 34. 1995.

Pacolet, J. et Marchal, A., *Travail au noir et fraude : une menace pour l'Etat-providence en Belgique et en Europe*, procès-verbal d'un colloque belgo-européen, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 3, 2003.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of the Welfare State Anno 1992*. Volume 1, Rapport comparatif, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1997.

Pacolet, J. et Versieck, K. (1997), *The State of the Welfare State Anno 1992*, Volume 2, Rapport sur les Etats membres, EU 12 B, D, DK, E, F, G, I, HIVA-K.U. Leuven, Louvain.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of the Welfare State Anno 1992*. Volume 3, Rapport sur les Etats-membres, EU 12 IRL, L, NL, P, UK; EU 15 A, FIN, SWE, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1997.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of Welfare Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study*, in Pacolet, J. et Versieck, K. (eds.), *The State of Welfare State Anno 1992*, Volume 1, Etude comparative, documents de travail, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, p. 43, 1995.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of the Welfare State Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study*, Article présenté à la CEPS Workshop Business and the Welfare State, Bruxelles, 22 septembre 1995, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1995.

Pacolet, J. et Versieck, K., *The State of the Welfare State Anno 1992*, in Paraskevopoulos, C.C. (ed.), *Global Trading Arrangements in Transition*, Edward Elgar, Northampton, 1998.

Pollock, A.M., NHS plc., *The Privatisation of Our Health Care*, Verso, Londres, 2004.

Schulte, B., *Policies towards dependency in Germany*, in *Vth International Seminar-Course on Social Policy*, 27 septembre 2006, Madrid, 2006.

Spidla, V., *Modernising the European social model*, Discours 20 juin 2005, vol. 05/365, n° Conseil de Lisbonne, Bruxelles, 2005.

Van der Ploeg, F., *Growth and structural change. Baumol's cost disease revisited*, EUI/Florence/Université d'Amsterdam/CEPR/CESifo, 2005.

Wanless, D., *Securing Good Care for Older People. Taking a long-term view*, Kings Fund, 2006.

---

## TABLE DES MATIERES

### ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE DANS L'UE ANNO 1992 ET DIX ANS PLUS TARD AVEC DIX NOUVEAUX ETATS MEMBRES. IDENTIFICATION DES TENDANCES AU SEIN DE L'ETAT-PROVIDENCE

<b>1. INTRODUCTION</b>	497
<b>2. LES CONCLUSIONS DES DEUX PREMIERS RAPPORTS</b>	498
<b>3. PREOCCUPATION ACCRUE POUR LA CROISSANCE, LA COMPETITIVITE ... ET LA PROTECTION SOCIALE ?</b>	499
<b>4. DU DEVELOPPEMENT HARMONIEUX AUX TATONNEMENTS</b>	502
<b>5. PLURALISME DE L'ETAT-PROVIDENCE</b>	504
<b>6. CONSTAT D'UN PROCESSUS COMMUN DE CROISSANCE POUR LA PROTECTION SOCIALE</b>	506
<b>7. UNE SYNTHESE DES CHIFFRES SOUS FORME COMPARATIVE ENTRE PAYS : COMMENT LES SOCIETES RICHES SE SONT MUEES EN ETATS-PROVIDENCE</b>	507
<b>8. LA ROBUSTESSE DE LA PROTECTION SOCIALE</b>	511
<b>9. PENSIONS</b>	514
<b>10. SOINS DE SANTE ET SOINS DE LONGUE DUREE</b>	517
<b>11. IDENTIFICATION DE LA TENDANCE DE LA PROTECTION SOCIALE</b>	521
11.1. VERS QUOI EVOLUENT LES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE ? . . . . .	523
11.2. PERFORMANCE DES ETATS-PROVIDENCE . . . . .	527
11.3. MUTATIONS ORGANISATIONNELLES . . . . .	528
11.4. CONTEXTE MACROECONOMIQUE . . . . .	531
<b>12. CONCLUSIONS POLITIQUES</b>	533
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	535

# L'ÉLARGISSEMENT ENTRAÎNE-T-IL UN DEMANTELEMENT SOCIAL ?\*

PAR **FILIP ABRAHAM**

Vice-recteur Sciences humaines, Katholieke Universiteit Leuven

## 1. INTRODUCTION

L'élargissement de l'Union européenne est déjà loin derrière nous. La joie mitigée suscitée par cette réalisation historique s'est muée dans la 'vieille' UE en une crainte de la concurrence des bas salaires pratiqués dans les nouveaux Etats membres. La peur que l'élargissement ne conduise à un démantèlement social est assez répandue. En d'autres termes, l'on craint que les salaires, les conditions de travail et les acquis des Etats membres de l'UE avec des revenus plus élevés n'évoluent vers des conditions sociales moins avantageuses dans les nouveaux Etats et les Etats candidats (NEC) (1). Cette crainte est renforcée davantage par le projet de directive UE sur les services dans le marché intérieur (directive Bolkestein). Ses opposants estiment que cette directive ouvre la porte à l'emploi sur notre marché du travail aux conditions sociales en vigueur en Europe Centrale et Orientale. Dans le présent article, je m'interroge sur le fait de savoir si l'élargissement de l'Europe conduit effectivement à un démantèlement social. Et si tel est le cas, quelle réponse pouvons-nous y apporter ?

Le propos de cet article peut se résumer de manière concise. L'intégration au sein de l'Europe réunit deux systèmes socioéconomiques qui diffèrent profondément en ce qui concerne le niveau des revenus et la protection sociale. A l'instar des vases communicants, ces systèmes se compenseront mutuellement grâce au processus d'intégration. Cette convergence sociale se réalise par le biais de plusieurs mécanismes d'intégration, à savoir l'essor du commerce international des produits et services, les investissements des entreprises à l'étranger et l'immigration des travailleurs. Quant à savoir si ce mouvement de convergence sociale entraîne effective-

\* L'auteur a rédigé cet article en son nom personnel ; il remercie J.P. Abraham pour les suggestions utiles. Cet article est également publié dans la série Beleidsnota de VKW Metena, n° 11, février 2006.

(1) La notion de 'dumping social' est récurrente dans les débats politiques. Dans cet article, je préfère utiliser plutôt le concept de démantèlement social étant donné que le terme 'dumping' est en rapport avec les pratiques commerciales internationales où les produits et les services sont vendus sur le marché des exportations à un prix inférieur à celui pratiqué sur le marché intérieur. En outre, cette terminologie donne l'impression que les nouveaux Etats membres suivent une stratégie ciblée pour baisser les normes sociales. Comme en témoigne cet article, la réalité est beaucoup plus complexe.

ment un démantèlement social, tout est fonction du mécanisme d'adaptation qui agit et du succès avec lequel nous nous adapterons à la nouvelle situation. Dans une certaine mesure, nous avons notre propre destin en main.

Ce raisonnement est exposé progressivement dans les pages ci-après. En premier lieu, cet article dresse un aperçu des différences de revenus et de salaires entre les anciens et les nouveaux Etats membres de l'UE, au moyen de quelques informations statistiques. Il aborde ensuite en détail la relation entre l'intégration économique, la convergence et le démantèlement social. La dernière partie de cet article rassemble les principales découvertes et aborde les différentes options politiques envisageables.

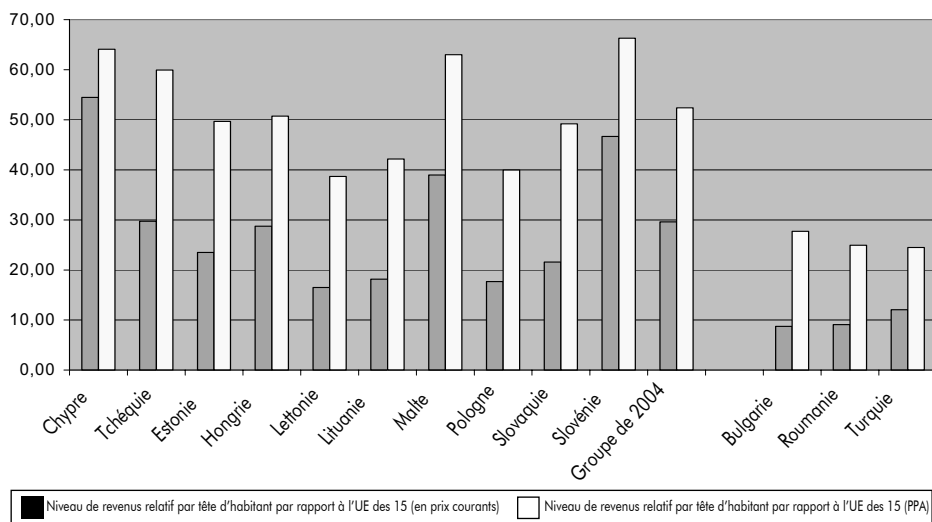
## **2. DIFFERENCES DE REVENUS ET DE COUT SALARIAL DANS LA NOUVELLE EUROPE**

---

La crainte d'un démantèlement social dans une Europe élargie est nourrie par les différences de revenus et de salaires existant entre les anciens et les nouveaux Etats membres. La figure 1 indique le PIB par tête d'habitant en 2004 pour les nouveaux Etats et les Etats candidats à l'adhésion, sous la forme d'un pourcentage du niveau de revenus moyens dans le groupe des 15 Etats membres de l'UE. Le premier bloc du graphique comporte les chiffres en prix courants. Le deuxième corrige les données relatives aux revenus en fonction des différences des pouvoirs d'achat afin de permettre une comparaison des achats possibles avec un revenu moyen dans les nouveaux et les anciens Etats membres. Cette correction augmente les revenus des pays à plus bas revenus étant donné que les prix y sont inférieurs.

Après correction en fonction des différences du pouvoir d'achat, les nouveaux Etats membres plus riches, la Slovaquie, la Tchéquie, Malte et Chypre se situent à approximativement 60-70 % de la moyenne dans l'UE des 15. Ce niveau de revenus est comparable aux anciens Etats membres plus pauvres, à savoir la Grèce et le Portugal. Dans le groupe de 10 pays ayant adhéré en 2004 à l'UE, la moyenne des revenus par tête d'habitant s'élève à environ la moitié de la moyenne des revenus dans l'UE des 15 et à 30 % si aucune correction en fonction du pouvoir d'achat n'est appliquée. Les revenus en Pologne, Lettonie, Lituanie et certainement dans les Etats candidats à l'adhésion que sont la Roumanie, la Bulgarie et la Turquie, sont encore beaucoup plus bas.

**FIGURE 1 : REVENUS PAR TETE D'HABITANT DANS LES NOUVEAUX ETATS ET LES ETATS CANDIDATS A L'ADHESION EN % DE LA MOYENNE UE (EN 2004; PRIX COURANTS ET APRES ADAPTATION EN FONCTION DES DIFFERENCES DU POUVOIR D'ACHAT)**



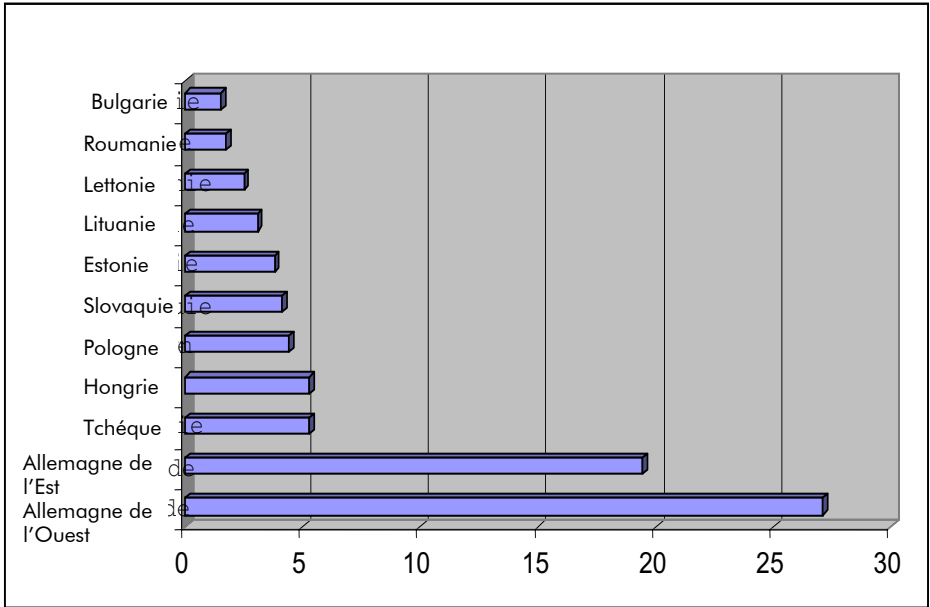
La figure 1 révèle que l'écart de revenus entre les anciens et les nouveaux Etats membres est effectivement important. Les travailleurs des nouveaux Etats membres peuvent améliorer considérablement leur situation de revenus s'ils peuvent travailler dans l'UE des 15. Toutefois, cette amélioration suppose que ces travailleurs se voient proposer un emploi. Eu égard au chômage présent sur l'ensemble des 15 pays de l'UE, rien n'est garanti à ce niveau.

Les entreprises ayant élaboré des plans d'investissement dans les nouveaux Etats et les Etats candidats sont intéressées de pouvoir comparer les niveaux de revenus. Rien d'étonnant de constater que les informations relatives aux coûts salariaux horaires dans le secteur industriel suivent une courbe identique aux données du PIB en prix courants.

L'illustration 2 reprend les estimations pour 2003 établies dans une étude de Sinn (2004). Par rapport à l'Allemagne de l'Ouest, le coût salarial s'élève à environ un cinquième à un sixième dans les pays voisins tels que la Hongrie, la Tchéquie et la Pologne. Les coûts salariaux allemands sont de plus de 15 fois supérieurs à ceux des pays ayant le coût salarial le plus faible, à savoir la Bulgarie et la Roumanie.



**FIGURE 2 : SALAIRES HORAIRES MOYENS DANS LE SECTEUR INDUSTRIEL EN 2003 (CHIFFRES EXPRIMES EN EUROS)**



Source : Sinn (2004)

Cette image illustrant les différences significatives existant entre les anciens et les nouveaux Etats membres, mais également entre les nouveaux Etats membres proprement dits, est confirmée par les données relatives aux salaires mensuels minimums illustrés au tableau I. Dans 9 des 15 pays de l'UE, il existe un salaire minimum national. Tel est également le cas dans la plupart des nouveaux Etats membres (à l'exception de Chypre) et dans les pays candidats à l'adhésion que sont la Roumanie, la Bulgarie et la Turquie. Le salaire minimum dans deux des nouveaux Etats membres les plus riches, la Slovénie et Malte, se situe approximativement au même niveau que celui du Portugal et de l'Espagne. Les écarts les plus marqués en ce qui concerne les salaires minimums se retrouvent dans les pays du Benelux (1163-1369 EUR par mois) d'une part, et les Etats baltes (116-138 EUR), Slovaquie (118 EUR), Roumanie (73 EUR) et Bulgarie (56 EUR) d'autre part. Une correction en fonction des différences de pouvoir d'achat entre les pays (cf. colonne avec PPA) ne modifie pas le classement de manière considérable. La différence entre les salaires les plus élevés et les salaires les plus bas s'en voit néanmoins réduite.

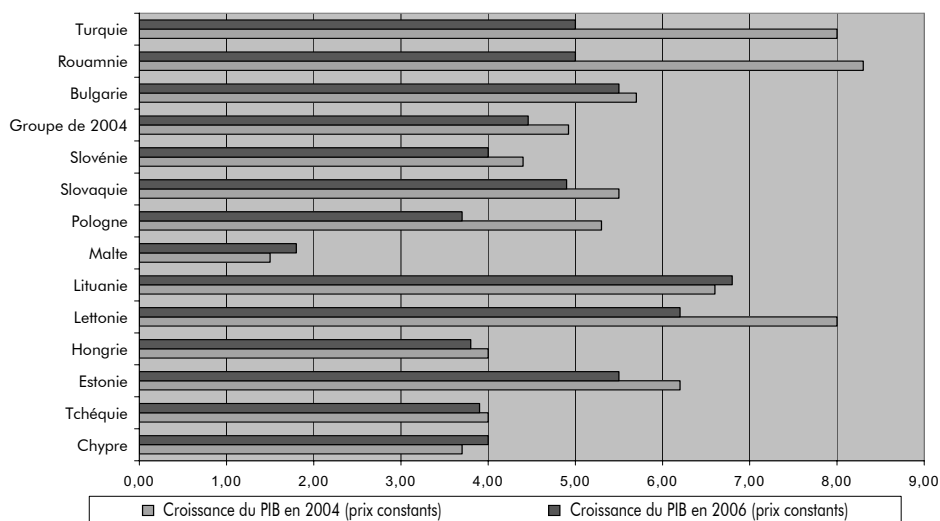
**TABLEAU 1 : SALAIRES MINIMUMS AU SEIN DE L'UE ET DES NOUVEAUX ETATS MEMBRES (JANVIER 2003)**

<b>Pays</b>	<b>EUR/mois</b>	<b>En PPA</b>	<b>Pays</b>	<b>EUR/mois</b>	<b>En PPA</b>
Luxembourg	1.369	1.338	Estonie	138	264
Pays-Bas	1.249	1.225	Lettonie	116	239
Belgique	1.163	1.162	Lituanie	125	252
France	1.154	1.150	Pologne	201	351
R.-U.	1.105	983	Hongrie	212	384
Irlande	1.073	910	Tchéquie	199	389
Grèce	605	725	Slovaquie	118	265
Espagne	526	617	Slovénie	451	668
Portugal	416	543	Malte	535	752
Autriche	-	-	Chypre	-	-
Suède	-	-			
Finlande	-	-	Roumanie	73	194
Danemark	-	-	Bulgarie	56	139
Allemagne	-	-	Turquie	189	378
Italie	-	-			

Source : Abraham et al (2005)

Il convient évidemment de relativiser cet énorme fossé salarial. En effet, les chiffres relatifs au coût salarial ne tiennent pas compte des différences de productivité. Ce qui est décisif pour les entreprises, c'est le rapport entre le coût du travail et la productivité du travail, ce que l'on appelle également le coût unitaire du travail. Pour cette variable, il est plus difficile de trouver des données fiables. Une étude de Konings (2003) calcule le coût unitaire dans 23 secteurs industriels pour la Belgique, le Portugal, la Pologne, la Hongrie et la Tchéquie au cours de la période 1995-2000. La conclusion de cette étude est que le coût unitaire moyen du travail dans l'industrie belge reste plus élevé qu'au Portugal, qu'en Hongrie, qu'en Tchéquie et – du moins jusqu'en 1998 – qu'en Pologne. Le désavantage belge n'est cependant pas insurmontable et n'est pas présent dans tous les secteurs.

Des conversations menées avec des chefs d'entreprises, actifs dans la région, ont révélé que ces derniers interprétaient les résultats de Konings de manière quelque peu différente. Ils affirment ainsi que l'avantage du coût salarial rend très rentable un investissement en Europe Centrale ou Orientale si la productivité des sites sur place peut être augmentée à un niveau de productivité approchant celui des sites belges. Cette interprétation confirme le fait que les entreprises considèrent le rapport entre le coût salarial et la productivité du travail comme étant un indicateur stratégique.

**FIGURE 3 : CROISSANCE REELLE DU PIB DANS LES NOUVEAUX ETATS ET LES ETATS CANDIDATS A L'ADHESION**

Un élément important lors de la comparaison des coûts salariaux et des revenus par tête d'habitant est l'évolution de ces variables. L'adhésion à l'Europe entraîne-t-elle un mouvement de convergence tel qu'il a été observé dans un passé récent pour l'Irlande, l'Espagne et dans une moindre mesure pour le Portugal ? Ou assiste-t-on, au contraire, à un élargissement du fossé entre les riches et les pauvres dans l'UE élargie ? Il est difficile de prédire l'avenir, mais au cours de la décennie écoulée, la plupart des nouveaux Etats membres ont comblé une partie du fossé des revenus existant par rapport à l'UE des 15. En effet, les nouveaux Etats membres se développent plus rapidement que les pays à hauts revenus de l'UE. Les chiffres de croissance les plus récents révèlent que cette tendance persiste encore à l'heure actuelle. La figure 3 indique que les seuils de croissance actuels et attendus dans la plupart des NEC se situent en termes réels autour de ou au-dessus de 4 %. Ce pourcentage est nettement plus élevé que celui de la croissance au sein de l'UE des 15 ou de la zone euro.

L'ampleur des différences de revenus est telle qu'il faudra encore de nombreuses années de prestations de croissance plus élevées avant de combler le fossé qui sépare les anciens et les nouveaux Etats membres. Les calculs de Sinn (2004) révèlent que, même en avançant des hypothèses de croissance optimistes, les salaires des nouveaux Etats membres atteindront approximativement 25 % du niveau de l'Allemagne de l'Ouest en 2010 et 38 % en 2020.

Quel message retenons-nous de tous ces chiffres ? Les différences de revenus et de salaires entre l'Est et l'Ouest sont suffisamment importantes pour influencer de manière significative les flux migratoires de travailleurs et les décisions de production et d'investissement des entreprises. Toutefois, l'intégration entre les anciens et les nouveaux Etats membres a initié un mouvement de convergence rapprochant les Etats membres plus riches et plus pauvres. C'est dans le cadre de ce comblement progressif d'un fossé restant malgré tout important qu'il convient de situer le débat relatif au démantèlement social.

### **3. INTEGRATION ECONOMIQUE, CONVERGENCE SOCIALE ET DEMANTELEMENT SOCIAL**

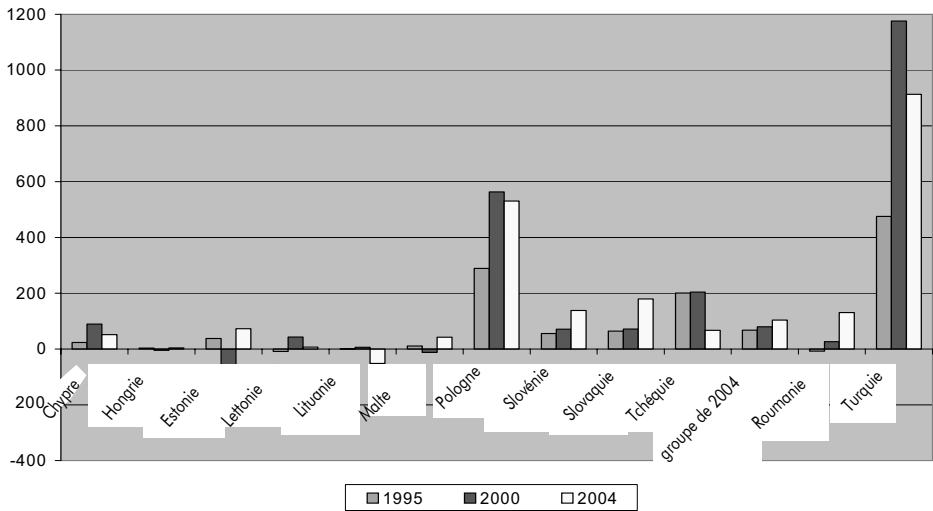
---

Dans cette partie de la contribution, je pose la question de savoir si le processus d'intégration et la convergence progressive entre les nouveaux et les anciens Etats membres occasionneront un démantèlement social sur notre marché du travail. La réponse à cette question est fonction du mécanisme d'adaptation instauré par la convergence. J'aborde ensuite de manière plus détaillée le rôle du commerce international (exportations et importations), l'influence des investissements étrangers dans les nouveaux Etats membres et les conséquences de l'emploi de travailleurs issus des nouveaux Etats membres sur notre marché du travail. L'impact du commerce international, la mobilité des entreprises et des travailleurs sur les conditions salariales et sociales de notre marché du travail diffèrent considérablement, comme indiqué au tableau 2. Ce tableau récapitulatif peut être utilisé comme fil conducteur tout au long de l'analyse.

#### **3.1. COMMERCE INTERNATIONAL ET CONVERGENCE SOCIALE**

L'adhésion de dix nouveaux Etats membres au cours de l'année dernière constitue l'accomplissement provisoire d'un processus d'intégration mené avec l'Europe Centrale et Orientale et initié voici plus d'une décennie. Au cours des années ayant suivi la chute des régimes communistes, les relations commerciales internationales entre l'Est et l'Ouest se sont progressivement resserrées. Ce processus a débouché sur une augmentation notable des flux d'importations et d'exportations, qui se poursuit encore à l'heure actuelle.

L'économie belge a également participé activement à ce processus. Le commerce international avec les nouveaux Etats membres s'est rapidement développé. Les exportations belges dépassent ici les importations, de sorte que la balance commerciale de la Belgique avec les nouveaux Etats et les Etats candidats à l'adhésion a enregistré des surplus considérables au cours de la période 1995-2000 (cf. illustration 4).

**FIGURE 4 : EVOLUTION DE LA BALANCE COMMERCIALE BELGE AVEC LES NOUVEAUX ETATS ET LES ETATS CANDIDATS A L'ADHESION**

Comment ce développement des relations commerciales mutuelles influence-t-il la convergence sociale entre les anciens et les nouveaux Etats membres ? Le commerce international entraîne une convergence sociale en raison de la concurrence internationale présente entre les entreprises. Un exemple peut permettre de mieux comprendre cette situation.

Prenons l'exemple du secteur textile belge, qui subit une âpre concurrence sur le plan des importations provenant de pays où le coût du travail est plus faible. Les nouveaux acteurs issus de pays à bas revenus proposent leurs produits textiles sur le marché à un prix sensiblement inférieur. Cette pression des prix à la baisse incite les entreprises belges à adapter leur stratégie. Les entreprises découvrent ainsi de nouveaux créneaux sur le marché du textile. Elles investissent dans l'innovation et les nouvelles technologies. Elles font appel de façon plus intensive à un personnel plus qualifié. Ou encore, elles travaillent de façon plus intensive afin de compenser le coût élevé du travail. En outre, la fédération du textile ne manquera pas de plaider pour une diminution des coûts du travail par le biais d'une modération salariale ou un allongement du temps de travail sans compensation salariale.

Cet exemple regorge d'enseignements quant aux répercussions de la concurrence internationale sur le marché du travail. La lutte concurrentielle sur le marché du travail met sous pression nos salaires et emplois lorsque nos entreprises ne sont pas à même de compenser le handicap du coût salarial élevé par une meilleure technologie, des innovations, de l'apprentissage ou un choix de produits adaptés. En d'autres termes, le coût salarial plus élevé ne pose aucun problème s'il est compensé par une

augmentation de la productivité. En bref, le démantèlement social intervient uniquement lorsque nos entreprises ne sont plus à même de faire face à la concurrence internationale croissante grâce à une stratégie adaptée.

Le secteur textile (ou plutôt certains segments de ce secteur) est sensible à la concurrence croissante. Dans d'autres segments ou secteurs, les entreprises belges saisissent les chances offertes par la mondialisation. Elles s'étendent au niveau international. Ces entreprises offrent des revenus plus élevés et davantage d'emplois. Dans le débat actuel relatif à l'élargissement, cet argument n'est encore que rarement mis en exergue. Et peut-être à tort. Comme mentionné ci-dessus, l'économie belge, dans sa relation avec les nouveaux Etats membres de l'UE, n'a cessé de constituer des excédents commerciaux.

La prévision selon laquelle les relations commerciales internationales avec les nouveaux Etats membres entraîneront un démantèlement social n'est dès lors pas un phénomène économique récurrent. Si l'économie belge passe aisément à un secteur d'activités dans lequel nous avons un avantage comparatif, il est possible que les salaires des nouveaux Etats membres convergent progressivement vers nos standards sans que l'on assiste pour autant à un démantèlement social des acquis en Belgique. Nous considérons cette situation de 'gagnant-gagnant' comme un scénario de réussite sociale plutôt que comme un démantèlement social.

Un scénario de réussite sociale devient plus réaliste à mesure que le niveau de formation de la population active augmente. Proportionnellement, les travailleurs du domaine de la connaissance sont employés davantage dans des secteurs offrant des possibilités de développement. Le travail de routine est davantage présent dans des secteurs souffrant de la concurrence internationale. Le risque de démantèlement social se situe principalement au bas de l'échelle professionnelle. C'est là que la plupart des emplois se perdent et que la pression négative exercée sur les revenus est la plus forte.

Le commerce international avec les nouveaux Etats membres constitue-t-il une source de démantèlement social ? Peut-être que non. Il est remarquable de constater que dans les communiqués de presse et les débats politiques, la responsabilité du démantèlement social est fortement imputée aux entreprises délocalisant leurs activités vers les nouveaux Etats membres. Le développement du commerce avec l'Europe Centrale et Orientale est rarement pointé du doigt. Et ce n'est pas étonnant. L'ouverture des marchés dans les nouveaux Etats membres offre à nos entreprises des possibilités d'exportation. En outre, l'impact de la concurrence croissante des importations provenant des nouveaux Etats membres ne se fait sentir que progressivement. Nos entreprises ont ainsi le temps d'adapter leur stratégie en fonction de l'évolution du marché.

Ce processus de spécialisation progressive offrant des chances à tous les pays participants est le script sur lequel se base le processus européen d'intégration des dernières décennies. Les fondateurs de l'unification européenne sont partis de l'hypothèse selon laquelle la croissance des flux commerciaux internes européens mènerait à la convergence entre les Etats membres plus riches et plus pauvres sans entraîner un démantèlement social. Lors de l'actuelle vague d'élargissement, cette vision n'a rien perdu de son attrait.

**TABEAU 2 : RESUME DES RETOMBÉES SOCIALES DE L'ELARGISSEMENT DE L'UE**

<b>Intégration par :</b>	<b>Stratégie appliquée</b>	<b>Convergence sociale et/ou concurrence sociale par :</b>	<b>Conséquences sociales sur notre marché du travail</b>
<b>commerce international</b>	exportations vers et importations des nouveaux Etats membres	convergence sociale grâce à la concurrence internationale entre les entreprises	<ul style="list-style-type: none"> <li>réussite sociale possible en cas de spécialisation selon les avantages comparatifs, plus particulièrement pour les travailleurs de connaissance</li> <li>démantèlement social pour les travailleurs moins qualifiés si les entreprises et l'économie ne s'adaptent pas à la concurrence internationale</li> </ul>
<b>mobilité horizontale des entreprises</b>	investissements étrangers dans les nouveaux Etats membres dans le but d'instaurer une présence locale sur des marchés en plein essor	davantage d'emploi et salaires plus élevés dans les nouveaux Etats membres	<ul style="list-style-type: none"> <li>risque faible de démantèlement social</li> <li>réussite sociale possible pour les travailleurs de connaissance</li> </ul>
<b>mobilité verticale des entreprises</b>	investissements étrangers dans les nouveaux Etats membres dans le but d'aboutir à des économies de coûts	<ul style="list-style-type: none"> <li>davantage d'emploi et des salaires plus élevés dans les nouveaux Etats membres</li> <li>concurrence sociale grâce à la concurrence internationale entre les entreprises</li> <li>comparaison directe des conditions présentes sur le marché du travail dans les nouveaux et les anciens Etats membres au sein des entreprises multinationales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>risque de démantèlement social réel pour les catégories professionnelles confrontées à la concurrence des bas salaires provenant des nouveaux Etats membres</li> </ul>

<b>mobilité du travail</b>	offre de travail provenant des nouveaux Etats membres sur notre marché du travail, en raison de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'immigration légale</li> <li>• le détachement</li> <li>• le travail avec un statut d'indépendant</li> <li>• le travail au noir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• compléter les fonctions critiques, par des travailleurs étrangers</li> <li>• concurrence sociale en raison d'un chômage accru</li> <li>• comparaison directe des conditions du marché du travail dans les anciens et les nouveaux Etats membres si les travailleurs étrangers sont disposés à travailler pour des salaires inférieurs sur notre marché du travail</li> <li>• effet d'aspiration pour de meilleures conditions sociales dans les pays à plus hauts revenus au sein de l'UE augmente les salaires et la protection sociale dans les nouveaux Etats membres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la capacité de faire face au problème des fonctions critiques renforce notre marché du travail</li> <li>• risque de démantèlement social si les travailleurs étrangers et nationaux se retrouvent en situation concurrentielle pour un nombre insuffisant d'emplois disponibles</li> <li>• risque de démantèlement social si les travailleurs étrangers travaillent pour des salaires et dans des conditions sociales moins avantageux</li> <li>• le travail le moins qualifié est le plus vulnérable</li> </ul>
----------------------------	---	--	---

### 3.2. MOBILITE DES ENTREPRISES, INVESTISSEMENTS ETRANGERS DIRECTS ET CONVERGENCE SOCIALE

L'actualité révèle quasi chaque semaine des cas d'entreprises délocalisant entièrement ou partiellement leurs activités vers les nouveaux Etats membres ou plus loin encore, en Chine ou dans d'autres pays asiatiques. Il s'agit généralement d'entreprises industrielles requérant un travail à haute intensité de main-d'œuvre et qui s'exilent en raison du coût inférieur de la main-d'œuvre. Toutefois, un nombre de plus en plus élevé d'entreprises de connaissances ou prestataires de services investissent en dehors de la Belgique. L'on craint ainsi que cette mobilité des entreprises ne constitue une entrave pour le fondement social de notre économie et ne puisse déboucher à plus ou moins long terme que sur un démantèlement social. Cette crainte est-elle justifiée ?



Une enquête internationale relative aux investissements directs étrangers établit une différence fondamentale entre la mobilité horizontale et la mobilité verticale des entreprises. Cette différence est cruciale pour comprendre le lien entre la mobilité des entreprises et le démantèlement social.

### **3.2.1. Mobilité horizontale des entreprises**

Les investisseurs horizontaux sont des entreprises telles que la KBC qui reprennent des banques situées en Tchéquie, en Hongrie ou en Pologne afin d'accroître leur présence sur le marché dans les nouveaux Etats membres. L'on peut également citer ici l'exemple d'Inbev, qui achète des brasseries dans les nouveaux Etats membres afin de conquérir de nouveaux clients. L'objectif de ces investissements consiste à assurer une présence locale sur des marchés (potentiellement) en expansion. L'objectif (pour l'instant) n'est pas de produire de la bière ou de développer des services bancaires dans les nouveaux Etats membres pour les commercialiser ensuite sur le marché belge.

Les investissements étrangers horizontaux créent de l'emploi et engendrent des augmentations salariales dans les nouveaux Etats membres. Ils ne constituent aucune menace pour notre marché du travail aussi longtemps qu'une demande suffisante existe dans les principaux pays de l'UE pour les produits et les services développés dans notre pays. Plus encore, les filiales présentes dans les nouveaux Etats membres ont besoin d'expertise au moins dans la phase initiale, expertise fournie par la maison-mère située dans notre pays. Cette situation engendre une demande de fonctions de direction et techniques spécialisées. Pour les nouveaux Etats membres, les investissements étrangers constituent un moteur de développement économique qui contribue à l'augmentation de l'emploi et à la hausse des salaires. La mobilité horizontale des entreprises n'engendre dès lors aucun démantèlement social. Au contraire, un processus de convergence avec avantage social tant pour les anciens que pour les nouveaux Etats membres est possible, plus particulièrement pour les travailleurs hautement qualifiés.

A quel point les investissements horizontaux sont-ils importants dans la pratique ? Une enquête internationale révèle que les investissements étrangers de nombreuses entreprises multinationales peuvent être qualifiés d'horizontaux. Il en va de même pour les investissements consentis en Europe Centrale et Orientale. Les exemples des entreprises dirigeantes telles que la KBC et Inbev laissent supposer que notre pays ne constitue pas une exception à cette règle. Cette hypothèse est étayée par différentes enquêtes menées parmi les entreprises belges et par une enquête économétrique (cf. Abraham et Konings, 1999).

Il convient d'ajouter une note critique à cette image plutôt positive. Les investissements horizontaux familiarisent l'entreprise qui investit avec l'environnement économique du pays hôte. Dans certains cas spécifiques, il n'est pas à exclure qu'il s'agit ici d'une première étape permettant ensuite de délocaliser des activités vers

les nouveaux Etats membres pour des raisons de coûts. Dans ce cas, la mobilité horizontale entraîne une mobilité verticale. Comme expliqué ci-après, les retombées économiques de la mobilité verticale des entreprises sont beaucoup moins favorables.

### 3.2.2. Mobilité verticale des entreprises

Les dirigeants politiques et les organisations des travailleurs soutiendront que les *success stories* de la KBC et d'Inbev ne révèlent qu'un côté de la médaille. Ils feront ainsi référence à la liste toujours plus longue de fermetures d'entreprises telles que Philips Hasselt, par exemple, à la délocalisation vers l'Est des industries principales telles que celle de l'assemblage automobile et la menace d'érosion de notre tissu industriel. Ce revers plus sombre de la médaille est lié à la mobilité verticale des entreprises. Dans le cas d'investissements étrangers verticaux, les entreprises rechercheront le rapport optimal entre les coûts et la productivité. Les nouveaux Etats membres combinent un coût du travail inférieur avec un développement rapide de compétences spécifiques (assemblage automobile en Slovaquie ou électronique en Pologne et dans les Etats baltes, par exemple). En outre, ces pays se situent dans l'arrière-cour des pays UE plus riches, ce qui augmente encore leur attrait. Il ne faut dès lors pas s'étonner que les nouveaux Etats membres soient intégrés à un rythme soutenu à la chaîne de valeurs des entreprises multinationales.

Cette mobilité verticale des entreprises renforce la rentabilité des entreprises concernées. Elle se traduit en outre par des prix inférieurs des produits et services qui étaient développés auparavant dans le pays d'origine à des prix plus élevés. Pour les nouveaux Etats membres, les investissements verticaux des entreprises entraînent un développement économique indispensable et donc un mouvement de rattrapage sur le plan des revenus et des salaires figurant dans les chiffres mentionnés dans la première partie de ce rapport.

Pour notre marché du travail, la mobilité verticale des entreprises représente toutefois un problème ardu. Cette forme de mobilité des entreprises exerce une pression vers le bas sur nos salaires et nos acquis sociaux pour deux raisons. Premièrement, il y a le processus de convergence sociale entraîné par la concurrence internationale et que nous avons déjà abordé lors de l'analyse des flux commerciaux internationaux. Les produits et services provenant des établissements situés dans les nouveaux Etats membres sont en concurrence directe avec des produits similaires produits dans notre pays. Il convient de noter que ce processus est plus rapide que dans le cas du commerce international, étant donné que les entreprises ont besoin de peu de temps pour délocaliser leurs activités. Notre économie dispose donc d'une marge de manœuvre réduite pour effectuer le passage nécessaire vers des activités orientées vers l'avenir.

Il existe encore une deuxième raison pour laquelle la mobilité verticale des entreprises comporte un risque de démantèlement social. Au sein des entreprises multinationales, les conditions salariales et les systèmes sociaux existant dans les anciens et les nouveaux Etats membres sont directement comparés. Cette concurrence sociale engendrée par la comparaison directe des conditions existant sur les marchés du travail tourne au désavantage des Etats membres où les coûts du travail sont plus élevés, à moins que ce désavantage des coûts soit compensé par une productivité supérieure.

Les dernières négociations sociales menées en Allemagne illustrent parfaitement la comparaison directe des conditions de travail sur les sites en Allemagne et celles présentes dans les nouveaux Etats membres voisins. Les travailleurs allemands ont été invités à rallonger leur temps de travail pour un salaire identique afin d'éviter que les entreprises ne délocalisent des emplois d'Allemagne vers les pays à bas revenus avoisinants. Il s'agit ici d'un exemple de concurrence sociale négative ou de démantèlement social.

Le tableau 2 résume le lien existant entre la mobilité des entreprises et la convergence sociale. Les investissements étrangers horizontaux favorisent la convergence sociale sans démantèlement social et entraînent éventuellement un avantage social pour le travail de la connaissance. La mobilité verticale des entreprises exerce, par le biais d'une concurrence internationale accrue et une comparaison directe des conditions sociales, une pression vers le bas sur les salaires et les conditions de travail. Pour éviter que cette pression ne se traduise effectivement par un démantèlement social, notre économie doit s'adapter de manière flexible aux différentes évolutions.

### **3.3. MOBILITE DU TRAVAIL ET CONVERGENCE SOCIALE**

L'élargissement de l'UE ouvre la voie de l'emploi de travailleurs issus des nouveaux Etats membres sur notre marché du travail. Les anciens Etats membres sont en droit de limiter dans une première phase à minimum 2 ans et au total à maximum 7 ans la libre circulation des travailleurs provenant des nouveaux Etats membres. Tous les Etats membres, excepté l'Irlande, la Suède et le Royaume-Uni ont décidé d'instaurer des limitations pour les travailleurs d'Europe Centrale et Orientale, au moins jusqu'au 1er mai 2006. Ces restrictions ne s'appliquaient pas aux indépendants et n'excluaient pas non plus l'offre de travail par détachement et par la libre circulation des services. C'est ainsi que des entreprises de construction polonaises (ou des filiales polonaises d'entreprises de construction belges) ont pu mener à bien des projets de construction sur le marché belge. Outre ce contournement légal des restrictions à la libre circulation des travailleurs, il convient de citer également la présence illégale de travailleurs provenant des nouveaux Etats membres dans le circuit du travail au noir.

L'afflux de travailleurs légaux des nouveaux Etats membres demeure jusqu'à présent raisonnablement limité, à l'exception du Royaume-Uni, de l'Allemagne et de l'Autriche. Une étude d'Abraham et al (2005) révèle que le nombre de travailleurs enregistrés issus des NEC demeure plutôt limité en Belgique et en Flandre. L'on s'attend à ce que l'augmentation qui surviendra au cours des prochaines années ne déstabilise pas le marché du travail. Les employeurs font appel à des travailleurs issus des nouveaux Etats membres s'ils ne sont pas à même de combler les emplois vacants pour lesquels l'on trouve difficilement des candidats parmi les demandeurs d'emploi locaux. Une préoccupation grandissante se fait toutefois sentir dans certains secteurs spécifiques (construction, nettoyage, etc.) au sujet de la concurrence étrangère des entreprises employant des travailleurs issus des nouveaux Etats membres. Des plaintes sont par ailleurs introduites au sujet du travail au noir.

La problématique de l'immigration est largement abordée dans la presse et le débat social. La teneur du commentaire est généralement négative : les immigrés s'intègrent difficilement à la société, volent nos emplois ou sont au chômage et sapent la sécurité sociale. Les mesures favorisant l'immigration, telles que l'élargissement de l'UE, ne bénéficient que d'un faible soutien populaire.

La vaste controverse relative à l'immigration tombe en dehors du cadre de cet article. J'approfondis ici la question de savoir si la présence de travailleurs issus des nouveaux Etats membres sur notre marché du travail constitue une cause de démantèlement social. Telle est notamment la préoccupation des organisations de travailleurs de notre pays.

La réponse à cette question est fonction de deux facteurs. Le premier facteur consiste à savoir si les travailleurs étrangers sont en concurrence directe avec les travailleurs nationaux pour les mêmes emplois. Le deuxième critère est lié aux conditions dans lesquelles les travailleurs étrangers travaillent sur notre marché.

Pour un certain nombre d'emplois, les travailleurs issus des nouveaux Etats membres ne sont pas en concurrence avec nos propres travailleurs. Tel est le cas pour certains emplois situés au bas de l'échelle professionnelle que des travailleurs belges refusent d'exercer ou pour lesquels le nombre de candidats est insuffisant (ex. : cueillette des fruits, travail lourd en usine, femmes de ménage, travail à domicile, etc.). Tel est également le cas pour des fonctions critiques (techniciens spécialisés, recherche et développement, personnel infirmier, ingénieurs) pour lesquelles il existe une pénurie en Belgique. Le fait de trouver des travailleurs à même d'exercer ces fonctions problématiques n'entraîne aucun démantèlement social, mais renforce, au contraire, le fonctionnement du marché du travail.

Pour un certain nombre de professions, en revanche, la concurrence directe est évidente entre les travailleurs belges et étrangers. Des exemples récurrents dans la presse citent ainsi le port d'Anvers, le secteur de l'horeca et celui du bâtiment. Il est impossible de chiffrer l'ampleur de ce phénomène, étant donné que le travail au noir y est monnaie courante.

Le développement de la circulation des services au sein de l'Union européenne constitue un élément important pour la concurrence future avec les travailleurs étrangers. Des propositions de la Commission européenne formulées dans le cadre du projet de directive pour un marché intérieur des services (directive Bolkestein) visent à faciliter dans la pratique la libre circulation des services. De nombreuses activités de prestations de services se caractérisent par le contact étroit qu'elles exigent avec le client et la difficulté d'entretenir dès lors une relation à distance. Les entreprises prestataires de services d'ampleur internationale recrutent généralement une partie de leur personnel dans le pays où le service est vendu, mais font également appel à des travailleurs qu'elles font venir de leur pays d'origine. Pour cette raison, une mobilité internationale croissante des entreprises dans le secteur tertiaire stimule l'immigration temporaire de travailleurs au-delà des frontières. A la lumière de l'élargissement de l'UE, cette immigration signifie concrètement que l'exemple des sociétés de construction étrangères, qui réalisent des projets de construction en Belgique avec des travailleurs polonais, se répétera dans un nombre accru de secteurs de services. En bref, nous pouvons nous attendre à une augmentation du nombre de travailleurs temporaires issus des nouveaux Etats membres sur notre marché du travail si l'objectif Bolkestein d'une circulation des services plus libre se concrétise.

Cette augmentation de l'offre de main-d'œuvre étrangère ne pose aucun problème si le marché du travail belge enregistre des prestations convenables et crée suffisamment d'emplois pour ses propres travailleurs. Dans le cas contraire, le chômage augmentera en Belgique dans les catégories professionnelles qui sont soumises à la concurrence entre les travailleurs étrangers et nationaux.

Cette évolution peut déboucher sur un démantèlement social en raison d'une augmentation du nombre de chômeurs. Les travailleurs des catégories professionnelles menacées seront ainsi contraints d'accepter des salaires inférieurs ou des conditions de travail plus mauvaises. Ce démantèlement social menace principalement les emplois de routine. Toutefois, il n'est pas à exclure que, progressivement, des professions exigeant des connaissances approfondies soient également concernées.

Le démantèlement social est occasionné par l'augmentation du chômage résultant de la concurrence entre les travailleurs étrangers et nationaux pour un nombre insuffisant d'emplois disponibles. L'origine du problème ne se trouve dès lors pas dans la différence des conditions de travail en Belgique et dans les nouveaux Etats membres. En d'autres termes, cette concurrence sociale négative peut survenir même si tous les travailleurs issus des nouveaux Etats membres sont employés avec les salaires et les cotisations de sécurité sociale pratiqués ici.

Les différences sur le plan des conditions sociales entre l'Est et l'Ouest constituent néanmoins un deuxième facteur essentiel dans la question de savoir si la présence sur notre marché de travail de travailleurs issus des nouveaux Etats membres mène au démantèlement social. Dans leur pays d'origine, ces travailleurs sont habitués à

des salaires nettement inférieurs et sont généralement disposés à travailler pour un salaire inférieur aux conditions applicables ici. Dans la mesure où ils font concurrence à nos travailleurs pour les mêmes emplois, la pression à la baisse exercée sur le niveau salarial sur notre marché du travail est évidente.

Ce processus se traduit par une concurrence sociale en raison de la comparaison directe des conditions applicables sur le marché de l'emploi, une forme de démantèlement social susceptible de se produire également en cas de mobilité verticale des entreprises. Dans le cas d'une mobilité verticale des entreprises, la multinationale compare les conditions sociales sur ses sites présents en Pologne et en Belgique, par exemple. Avec la mobilité du travail, les travailleurs polonais employés en Belgique sont disposés à travailler pour un salaire inférieur à celui de leurs collègues belges. Les conditions de travail en Pologne sont pour ainsi dire 'importées' directement sur le marché du travail belge.

Peut-on parler d'un tel démantèlement social ? Des communiqués alarmants sont régulièrement publiés dans la presse au sujet des travailleurs issus des nouveaux Etats membres qui sont employés dans le circuit au noir à des salaires nettement inférieurs (dans le secteur du bâtiment, par exemple). Faute d'éléments statistiques détaillés, il est toutefois difficile de se rendre compte de l'ampleur du problème.

Par ailleurs, le statut d'indépendant et la formule du détachement permettent de réduire le coût salarial et les cotisations de sécurité sociale (cf. Abraham et al., 2005, p 54-62). Pour ces statuts, il convient d'appliquer en principe les conditions de travail minimales du pays d'accueil, tout en conservant le système de sécurité sociale du pays d'origine. Ce mécanisme permet d'aboutir à une double économie des coûts. D'une part, les salaires payés effectivement sur notre marché du travail sont supérieurs aux salaires minimums et aux minima figurant dans les CCT. Un travailleur polonais coûte dès lors moins qu'un collègue belge s'il est payé le minimum légal. D'autre part, des économies considérables sont réalisées sur le plan des cotisations de sécurité sociale si le système polonais de sécurité sociale est appliqué au travail presté ici par ces Polonais.

Des travailleurs enregistrés de manière régulière tombent ainsi sous la législation du pays d'accueil en ce qui concerne les conditions de travail et la sécurité sociale. Ce principe est maintenu dans la directive Bolkestein : les entreprises et les personnes établies dans le pays (d'accueil) où elles proposent leurs services sont soumises à la législation en vigueur dans le pays d'accueil (1). Ce principe contraste avec la perception des opposants de cette directive. Les critiques craignent que le principe du pays d'origine ne soit introduit sur le plan social. Pour l'exprimer plus simplement : un employeur polonais paierait-il alors des salaires et des cotisations sociales polonais à un travailleur polonais travaillant sur un chantier à Bruxelles ? Dans notre termi-

---

(1) Cf. également Heremans (2005) pour une vaste analyse sociale, économique et juridique de la directive Bolkestein.

nologie, cela déboucherait sur une concurrence sociale en raison d'une comparaison directe des conditions de travail. Il ne faut pas s'étonner qu'une telle application du principe du pays d'origine se heurte aux vives protestations des syndicats et des hommes politiques.

Que pouvons-nous retenir de cette analyse détaillée de la mobilité des travailleurs au sein d'une UE élargie ? L'aperçu du tableau 2 révèle que les travailleurs des nouveaux Etats membres renforcent notre marché du travail lorsqu'ils occupent des fonctions pour lesquelles les candidats sont rares. En revanche, l'afflux de travailleurs issus des nouveaux Etats membres est susceptible d'entraîner un démantèlement social lorsque ces travailleurs se retrouvent en concurrence directe avec nos propres travailleurs pour des fonctions pour lesquelles l'offre de candidatures est déjà importante. Le risque de démantèlement social augmente si ces travailleurs étrangers sont employés à des conditions salariales et sociales inférieures à celles prévues dans les conventions en vigueur sur notre marché du travail. Ce sont principalement le travail au noir, le détachement et la (fausse) indépendance des travailleurs étrangers qui constituent une entrave à l'emploi aux conditions de travail et sociales en vigueur ici.

Jusqu'à présent, la problématique de l'immigration était abordée du point de vue de notre marché du travail. Un thème principal de ce rapport aborde le fait que l'élargissement de l'UE entraîne un processus de convergence sociale rapprochant les anciens et les nouveaux Etats membres. Il est dès lors utile d'aborder la problématique de l'immigration également du point de vue des nouveaux Etats membres.

Dans un nombre assez élevé de nouveaux Etats membres, le niveau du chômage est particulièrement élevé. Les prestations de leurs travailleurs à l'étranger contribuent à l'allègement de ce problème de chômage. Une partie des revenus, perçus grâce à ce travail à l'étranger, retourne vers les nouveaux Etats membres. La baisse du chômage et le flux de revenus réalisés profitent aux nouveaux Etats membres et favorisent la convergence au sein de l'UE élargie.

Toutefois, le message est loin d'être unanimement positif. Certainement dans le cas de l'immigration permanente, les nouveaux Etats membres craignent une fuite des cerveaux parmi les travailleurs hautement qualifiés. Ce groupe de travailleurs trouve aisément du travail dans les pays UE plus riches. Leur départ est synonyme de perte pour leur pays d'origine.

En outre, les nouveaux Etats membres craignent l'effet d'aspiration des acquis sociaux dans les pays UE ayant un niveau élevé de protection sociale. La concurrence sociale due à une comparaison directe des conditions de travail opère dans deux directions. Les travailleurs des nouveaux Etats membres considèrent les salaires et la protection sociale des anciens Etats membres de l'UE comme le modèle de leurs exigences sociales. Le risque est réel de voir que les augmentations salariales demandées dépassent les capacités existantes des nouveaux Etats membres. Cette

situation entraînera à court terme une convergence sociale artificielle entre les pays à hauts et à bas revenus qui constituera, à plus long terme, une entrave à la compétitivité des nouveaux Etats membres.

#### 4. RESUME ET IMPLICATIONS POLITIQUES

Cet article examine le lien existant entre l'élargissement de l'UE et le démantèlement des acquis sociaux dans les Etats membres plus riches. Cette problématique entre dans le cadre plus vaste de la convergence sociale entre l'Est et l'Ouest résultant de la décision de regrouper des pays ayant des niveaux de revenus plus hauts ou plus bas dans un espace économique unifié. Cette convergence est souhaitable, étant donné qu'un fossé permanent des revenus entre les anciens et les nouveaux Etats membres débouche sur des frustrations parmi les pays plus pauvres, sur un flux de transferts continu des riches vers les pauvres et une baisse de la crédibilité du processus d'intégration européenne.

Le processus de convergence sociale entre les anciens et les nouveaux Etats membres est en cours. Les prestations de croissance des nouveaux Etats membres sont sensiblement supérieures à celles enregistrées dans le reste de l'UE. Cette situation se traduit par un mouvement de rattrapage progressif des niveaux des salaires et des revenus sans pouvoir avancer d'élément prouvant le démantèlement social dans les Etats membres à plus hauts revenus. Il n'en demeure pas moins que le fossé des revenus au sein de l'UE élargie est considérable et le restera encore pendant plusieurs années. Cette constatation nourrit la crainte d'une tendance à la baisse des conditions salariales et sociales sur notre marché du travail.

Peut-on s'attendre à un tel démantèlement social au cours des prochaines années ? Une analyse théorique du processus de convergence sociale révèle qu'un démantèlement social est possible, mais en aucun cas inévitable. Plus encore, un scénario d'avantage social dans lequel tant les nouveaux Etats membres que les anciens tirent profit de l'élargissement n'est pas à exclure. Les choix politiques et le processus d'adaptation dans ce paysage économique modifié déterminent si un avantage social est enregistré ou si l'on assiste plutôt à un démantèlement social.

Un élément crucial du processus d'adaptation est la manière dont l'intégration du marché se réalise. L'intégration par le biais du commerce international ou de la mobilité horizontale des entreprises est un mécanisme d'adaptation préférable à la mobilité verticale des entreprises et à la mobilité des travailleurs.

L'expansion des exportations et des investissements des entreprises dans le but de consolider la présence sur le marché dans les nouveaux Etats membres permet à nos entreprises de tirer profit des opportunités offertes par l'élargissement. Cela permet la création de davantage d'emplois et des salaires plus élevés sur notre marché du travail. Les investissements étrangers quant à eux stimulent la croissance des nou-



veaux Etats membres, avec des retombées positives sur le marché du travail. Par ailleurs, les nouveaux Etats membres bénéficient d'un meilleur accès aux marchés des anciens Etats membres de l'UE. En d'autres termes, nos entreprises seront progressivement confrontées à une concurrence accrue des importations sur leur marché intérieur. Ce processus est néanmoins progressif, permettant ainsi aux entreprises d'adapter leur stratégie et d'éviter que la concurrence croissante débouche sur un démantèlement social.

Dans le cas d'une mobilité verticale des entreprises, le risque de démantèlement social est réel. Les entreprises délocalisent une partie de leurs activités des anciens vers les nouveaux Etats membres en raison d'un coût salarial moindre. La comparaison directe avec le coût salarial dans les nouvelles filiales mises sur pied en Europe Centrale et Orientale oblige les travailleurs des sites d'entreprise où le coût salarial est plus élevé, à accepter une modération salariale à moins que le désavantage du coût ne soit compensé par une productivité accrue. Une délocalisation vers les pays à plus bas revenus peut survenir rapidement et laisser une faible marge de manœuvre pour une adaptation de la stratégie de l'entreprise.

L'immigration des travailleurs constitue un avantage pour notre marché du travail si les candidats étrangers occupent des emplois vacants pour lesquels les candidatures nationales font défaut. Lorsque, au contraire, les immigrés font concurrence aux travailleurs nationaux pour des emplois insuffisants, le risque de démantèlement social existe. Tel est d'autant plus le cas si les travailleurs issus des nouveaux Etats membres sont disposés à travailler pour des salaires inférieurs et avec une protection sociale moindre.

Le risque de démantèlement social n'est pas réparti équitablement parmi les différentes catégories professionnelles. Le personnel hautement qualifié n'est certes pas immunisé contre les conséquences de la concurrence accrue provenant de l'ancien bloc de l'Est. Toutefois, il court moins de risques de voir sa position menacée et est plus à même de saisir les opportunités offertes par l'élargissement. La charge sociale de l'élargissement pèse essentiellement sur les travailleurs moins qualifiés, qui constituent déjà le groupe le plus vulnérable de notre société. L'élargissement et le processus de mondialisation ne font que renforcer la difficile intégration de ce potentiel de travail sur notre marché de l'emploi.

Ces notions relatives à l'immigration et à la convergence sociale sous-tendent des recommandations politiques concrètes. J'estime personnellement que nous avons tout intérêt à recruter activement des travailleurs issus des nouveaux Etats membres pour des fonctions critiques sur notre marché du travail. Il s'agit ici d'emplois vacants confrontés à une pénurie de candidatures avec une composante liée à la formation supérieure en haut de l'échelle professionnelle, mais également pour des emplois moins qualifiés pour lesquels nous sommes confrontés à une pénurie de candidats. En revanche, il n'y a pas lieu d'encourager l'afflux d'étrangers dans des catégories professionnelles offrant de faibles perspectives d'emploi.

Je plaide ici pour un maintien des conditions sociales en vigueur dans notre pays comme point de référence pour l'emploi sur notre marché du travail. Il existe peu de compréhension dans notre organisation sociale pour l'immigration qui chasse les travailleurs locaux de notre marché du travail en acceptant des salaires inférieurs. Un tel démantèlement social constitue un obstacle supplémentaire à l'ouverture déjà limitée manifestée face à l'immigration dans notre société. Voilà pourquoi l'introduction du principe du pays d'origine ne constitue pas une idée judicieuse dans le domaine social.

Il importe que les travailleurs issus des nouveaux Etats membres soient actifs sur notre marché du travail avec un statut de travailleur réglementé par la loi. Le travail au noir est totalement inadmissible. Il est préférable de ne pas appliquer à grande échelle des stratégies d'esquive telles que le détachement et le statut d'indépendant.

Ce plaidoyer en faveur de l'instauration d'un contrat de travail légal dans les conventions salariales et sociales en vigueur doit, à mon sens, aller de pair avec l'adoption d'une attitude moins défensive par rapport à l'immigration issue des nouveaux Etats membres. La libre circulation des services au sein de l'UE et la mondialisation croissante du secteur tertiaire déboucheront sur une augmentation du nombre de travailleurs étrangers temporaires actifs sur notre marché du travail. En outre, il convient de ne pas perdre de vue le fait qu'après maximum sept ans, toutes les restrictions imposées à la libre circulation des travailleurs issus des nouveaux Etats membres seront levées inévitablement. Nous devons dès lors apprendre à vivre avec cette réalité. Concrètement, je suis partisan d'une levée des restrictions imposées à la libre circulation des travailleurs. Cette mesure incitera les travailleurs issus des nouveaux Etats membres à quitter le circuit du travail au noir. En outre, cette levée des restrictions incitera moins les employeurs à utiliser des statuts de contournement.

Le démantèlement social n'est pas un phénomène économique récurrent lorsque nos entreprises, économie, marché du travail et autorités répondent de manière combative au défi de l'élargissement. Les entreprises confrontées à la concurrence des bas salaires peuvent investir de nouveaux segments du marché, stimuler l'innovation et optimiser leurs technologies de production. Une économie axée sur ses avantages comparatifs et qui devient une économie de la connaissance constitue la meilleure garantie pour une protection sociale durable. Un marché du travail qui crée de l'emploi et intègre aisément de nouveaux travailleurs ne doit pas craindre un afflux de travailleurs provenant des nouveaux Etats membres. Un gouvernement qui met en place les conditions d'une croissance économique contribue à une augmentation du niveau de vie. Il s'agit là de recommandations bien connues qui ne font que prendre de la valeur grâce à l'intégration de l'Europe Centrale et Orientale.

Dans le débat relatif aux retombées sociales de l'élargissement, c'est généralement le pessimisme qui prime. La note dominante du présent article est que les préoccupations sont justifiées et que la vigilance est de rigueur. Toutefois, la peur est

rarement bonne conseillère et l'impuissance paralyse. Notre pays n'est pas une île isolée dans l'économie mondiale, à l'abri des retombées de l'intégration aux échelons européen et mondial. Toutefois, nous ne sommes pas non plus un bateau à la dérive dans la tempête de la mondialisation, impuissants face au jeu des vagues. Les actes que nous posons comptent réellement. La balle est donc dans notre camp.

*(Traduction)*

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Abraham, F., Bilsen, V., Minne, V., Gevers, A. et Mertens, K., *Gevolgen van de EU-uitbreiding voor de Vlaamse Arbeidsmarkt*, Rapport Viona, 2005.

Abraham, F. et Konings, J., Does the Opening of Central and Eastern Europe Threaten Employment in the West ?, *The World Economy*, vol. 22, n° 4, pp 585-601, 1999.

Heremans, D., *De Bolkestein Dienstenrichtlijn. Economische, Sociale, Juridische Impact en Verdere Beleidsimplicaties*, document rédigé à l'occasion du 50e anniversaire du CES, le 1er juin 2005, 2005.

Konings, J., *Are Wage Cost Differentials Driving Delocalisation ?*, LICOS Discussion Paper 134, 2003.

Sinn, H.W., *EU Enlargement, Migration and the New Constitution*, CESinfo Working Paper n° 1367, décembre, 2004.

---

## TABLE DES MATIERES

### **L'ELARGISSEMENT ENTRAINE-T-IL UN DEMANTELEMENT SOCIAL ?**

<b>1. INTRODUCTION</b>	541
<b>2. DIFFERENCES DE REVENUS ET DE COUT SALARIAL DANS LA NOUVELLE EUROPE</b>	542
<b>3. INTEGRATION ECONOMIQUE, CONVERGENCE SOCIALE ET DEMANTELEMENT SOCIAL</b>	547
3.1. COMMERCE INTERNATIONAL ET CONVERGENCE SOCIALE . . . . .	547
3.2. MOBILITE DES ENTREPRISES, INVESTISSEMENTS ETRANGERS DIRECTS ET CONVERGENCE SOCIALE . . . . .	551
3.3. MOBILITE DU TRAVAIL ET CONVERGENCE SOCIALE . . . . .	554
<b>4. RESUME ET IMPLICATIONS POLITIQUES</b>	559
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	563

# MAINTENIR ET AMELIORER LA QUALITE SOCIALE DE L'EUROPE. SOMMES-NOUS PRETS ?

PAR **JAN RENDERS**

Président ACW (Mouvement Ouvrier Chrétien/aile flamande), Coupole des Organisations Ouvrières Chrétiennes

## INTRODUCTION

“Maintenir et améliorer la qualité sociale de l'Europe. Sommes-nous prêts?” C'est à cette question que l'organisateur de la conférence, Jozef Pacolet, m'a demandé de répondre en partant du point de vue du Mouvement Ouvrier Chrétien/aile flamande. Nous répondrons à cette question par quelques considérations et quelques interrogations plutôt que par des propositions détaillées.

### 1. CONSCIENCE POLITIQUE D'UN CONTEXTE ECONOMIQUE EN EVOLUTION

Depuis le début de l'Union européenne, le contexte socioéconomique a fortement évolué. Lorsque l'on répond à la question – comment maintenir et améliorer l'Etat-providence – il est absolument nécessaire de prendre en compte un certain nombre de développements de cette dernière décennie. Mentionnons tout particulièrement :

- la mondialisation du pouvoir économique et financier ;
- l'emprise décroissante des gouvernements sur le marché ;
- la complexité croissante des mécanismes d'exclusion sociale dans la société actuelle.

Ce sont, nous pensons, quelques faits importants que les décideurs politiques doivent prendre en considération. Mais, il est également vrai que ces mêmes faits sont influencés par la politique et les décideurs politiques.

Ceci est ma première thèse et simultanément la plus importante: l'Union européenne doit se doter d'un concept socioéconomique clair et d'une politique forte en vue de maintenir l'Etat-providence.

Aujourd'hui, la question est: le modèle européen utilisé dès le début de la Communauté européenne peut-il être maintenu et amélioré?

Ce modèle propose un arrangement social dans lequel le bien-être est réparti sur la population via une politique sociale bien équilibrée. Les injustices consécutives au marché libre sont totalement corrigées par les mesures de politique sociale. Il vise l'accord politique et améliore la solidarité sociale.

Ce modèle est fondé sur des conventions collectives de travail et réserve, aux partenaires sociaux, un rôle déterminant et, au gouvernement, une tâche importante de régulation. Il est basé sur une sécurité sociale équilibrée, dans laquelle, d'une part, le concept d'assurance et, d'autre part, le concept de solidarité s'équilibrent mutuellement. Il garantit le maintien de la pauvreté à son niveau le plus bas possible et promeut la répartition des revenus.

Jusqu'à tout récemment encore, ce modèle, qui a été doté de fondations solides après la III<sup>ème</sup> Guerre Mondiale, a été continuellement amélioré et adapté aux situations nouvelles.

Je crains cependant qu'aujourd'hui, nous nous trouvions dans une situation de désaccord toujours plus grand sur les faits, de désaccord sur leur signification, et par conséquent, de désaccord sur la politique qui doit être menée. Dès lors, les discussions relatives à des ajustements techniques au sein du modèle se muent de plus en plus fréquemment en discussions sur le modèle lui-même et sur ses principes fondamentaux.

## **2. PREFERENCE POLITIQUE POUR UN MODELE SOCIAL EUROPEEN**

Par son élargissement progressif, l'Union européenne a été confrontée à d'autres modèles: le modèle anglo-saxon, le modèle scandinave et, plus récemment, à celui d'Europe de l'Est - où, l'introduction de l'économie de marché est un phénomène totalement neuf pour ces pays habitués à opérer dans le cadre d'une économie planifiée et d'importantes interférences gouvernementales.

Sans m'appesantir sur les détails relatifs à la réalisation concrète des différents modèles, je tenterai d'énumérer quelques caractéristiques de base majeures d'une Europe sociale. Nous croyons qu'une Europe sociale doit être créée en partant des points de vue suivants :

- une approche équilibrée entre points de vue économique et social, dans laquelle l'option en faveur d'une société socialement juste est considérée comme une condition d'amélioration économique et pas uniquement comme la conséquence de la politique économique ;
- une approche positive vis-à-vis des interventions gouvernementales, des équipements collectifs et de la régulation économique et sociale pour ce qui concerne le marché ;
- une approche positive vis-à-vis de la sécurité accordée à la population active et aux plus vulnérables de notre société et vis-à-vis des régulations et de la protection légale, spécialement conçue à cet effet ;

- une approche positive envers les instruments de redistribution axés sur la cohésion sociale et, dans toute la mesure du possible, sur la suppression de l'exclusion sociale ;
- une approche positive envers la société civile organisée et particulièrement envers la concertation avec les partenaires sociaux dans les domaines de la législation sur le travail et de la sécurité sociale.

Les conventions sociales conclues après la IIème Guerre Mondiale sont - plus ou moins - basées sur ces cinq principes.

### **3. MENACES INTERIEURES QUANT AU MAINTIEN DU MODELE SOCIAL**

---

Au cours de ces dernières années, toutefois, l'influence des idées monétaristes et néo-libérales a fortement gagné du terrain.

Du fait de la compétitivité et des problèmes budgétaires, les cotisations de sécurité sociale et les dépenses sociales sont principalement considérées comme un fardeau fiscal. Les cotisations de sécurité sociale sont appréhendées comme des charges au détriment de l'activité économique et de l'emploi.

L'effet positif de la redistribution de la croissance est minimisé. En conséquence, au lieu d'augmenter les revenus de la sécurité sociale en même temps que les indispensables dépenses, les dépenses sont ajustées aux revenus.

Ce choix entraîne naturellement deux corollaires :

- une sélectivité croissante des dépenses axées et de plus en plus limitées à une population aux revenus extrêmement bas ;
- une privatisation toujours accrue (par les deuxième et troisième piliers) des mécanismes d'assurance en faveur des plus aisés et de la population aux revenus les moins modestes.

Cette évolution en direction de la sélectivité et de la privatisation peut être considérée comme une approche réaliste. Mais, simultanément, les conséquences en sont extrêmement dangereuses. Le système de sécurité sociale fera chavirer l'équilibre entre solidarité et principe d'assurance et se muera progressivement mais inéluctablement en un système d'assistance.

Avec une telle évolution, le système social risque de perdre le soutien de la population et perdre de plus en plus de sa légitimité. Nous glisserons vers une spirale négative dans laquelle une part plus réduite du revenu national sera affectée à la redistribution et à la politique sociale.



#### 4. MENACES EXTERIEURES ENVERS UNE EUROPE SOCIALE

---

A l'opposé des caractéristiques d'une Europe sociale, la pensée néo-libérale repose sur les idées suivantes :

- une approche positive du marché et une minimisation des interventions publiques ainsi que de la régulation économique et sociale ;
- une approche positive des entreprises commerciales et, simultanément, une sous-estimation de la contribution économique des services publics et des services non marchands ;
- une croyance forte dans le pouvoir de l'individu, faisant preuve de scepticisme envers les groupes organisés tels que syndicats et autres acteurs de la société civile qui sont considérés comme des éléments perturbateurs pour le marché ;
- une forte emphase sur la responsabilité individuelle et une minimisation des valeurs de solidarité. Les taxes sont quasiment toujours considérées comme une composante négative, tandis que la redistribution n'est pas regardée comme un but de la politique économique ;
- et, comme conséquence, une vue très restrictive des interférences gouvernementales.

#### CONCLUSIONS

---

Malgré le caractère occasionnellement agressif de l'idéologie néo-libérale, le modèle social européen a fait preuve d'une capacité suffisante de résistance pour ce qui concerne ses caractéristiques essentielles. Toutefois, nous ne pouvons pas nous contenter d'agir de manière défensive. Les mouvements sociaux et les experts, qui optent pour une société solidaire, doivent eux-mêmes envisager des propositions. Des propositions qui laissent intacts les fondements à la base de la société sociale, mais qui tiennent également compte de l'évolution des facteurs sociaux.

A cet effet, une directive européenne spécifique doit être élaborée à propos des qualités particulières de chaque système.

Dans un congrès (Semaine Sociale Flamande) en 2003 l'ACW a formulé quelques propositions importantes vis-à-vis de l'Union européenne.

L'option de base de ces propositions est en fait un choix en faveur d'une société solidaire. Une société qui n'est pas seulement guidée par des règles de marché. Une société qui combat l'exclusion sociale, qui puise ses références dans le principe de solidarité et imprime ce choix dans une politique structurelle.

Diverses causes sont à la base du rejet – par référendum – dans plusieurs pays de la proposition d'une constitution européenne. Nous pensons que la peur en est la cause principale. La peur que, dans un avenir proche, les peuples ne puissent plus compter sur la sécurité et la protection sociale. La peur que toute personne vulnérable sera la prochaine victime du système économique.

Pour gagner la confiance des gens, nous devons avoir en poche un concept social pour l'Europe. Un concept basé sur l'information et la discussion, sur la conviction et l'action. Nous devons être prêts pour affronter le futur. Les contributions scientifiques de cette troisième conférence sur 'l'état de l'Etat-providence' dans chaque état membre peuvent contribuer à diffuser un concept au sein de la société civile, de l'opinion publique et des décideurs politiques.

Mais nous devons également être sûrs qu'à l'avenir, nous nous organiserons encore mieux. L'attention accrue accordée à l'intégration européenne au sein du Mouvement Ouvrier Chrétien/aile flamande et, parmi d'autres, également par le Centre européen pour les Travailleurs (EZA), qui a également soutenu cette conférence, contribue à cet objectif.

*(Traduction)*

---

## TABLE DES MATIERES

### **MAINTENIR ET AMELIORER LA QUALITE SOCIALE DE L'EUROPE. SOMMES-NOUS PRETS?**

<b>INTRODUCTION</b>	565
<b>1. CONSCIENCE POLITIQUE D'UN CONTEXTE ECONOMIQUE EN EVOLUTION</b>	565
<b>2. PREFERENCE POLITIQUE POUR UN MODELE SOCIAL EUROPEEN</b>	566
<b>3. MENACES INTERIEURES QUANT AU MAINTIEN DU MODELE SOCIAL</b>	567
<b>4. MENACES EXTERIEURES ENVERS UNE EUROPE SOCIALE</b>	568
<b>CONCLUSIONS</b>	568

# MAINTENIR UNE EUROPE SOCIALE EN RENFORCANT LE MODELE SOCIAL A L'ECHELON NATIONAL : L'EXEMPLE BELGE

PAR **JEAN-MARC CLOSE**

Président du Comité de gestion de l'Office National Sécurité Sociale\*

## INTRODUCTION

Une des hypothèses de travail du projet « The State of the Welfare State », voire même une des conclusions à l'issue de cette Conférence, est la suivante : les différents régimes de protection sociale peuvent être maintenus en Europe pour autant qu'ils continuent d'être gérés au niveau des Etats. Quelle est notre opinion sur ce sujet ? Partant, la Belgique souhaite-t-elle le maintien de son régime de protection sociale et partage-t-elle l'hypothèse de travail précitée ?

Nous nous limitons ici à un débat sur la place de la protection sociale dans les états membres et au sein de l'Union Européenne. Nous n'ignorons cependant pas l'influence que peuvent avoir les agences onusiennes telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le Bureau International du Travail (BIT) sur l'évolution de la protection sociale de nos pays développés. Ou les pressions des institutions internationales telles que la Banque Mondiale mais surtout le Fonds Monétaire International et l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) en faveur d'un système de protection sociale basé sur le modèle libéral.

Ce modèle libéral reste fondamentalement basé sur le credo d'Adam Smith au 18<sup>e</sup> siècle : « l'efficacité d'une société humaine est optimale quand chacun poursuit son intérêt personnel ». Pourtant, la théorie économique a démontré depuis lors que la recherche du niveau de bien-être collectif le plus élevé n'est pas compatible avec un société fonctionnant sur base d'individus cherchant chacun à maximiser leur niveau individuel de bien-être.

L'Europe et ses nations doivent, ensemble, se donner les moyens d'atteindre les objectifs généreux des textes fondamentaux de l'Union européenne, contenus dans la Charte européenne des Droits sociaux fondamentaux.

---

\* Pour Rudy Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, gouvernement fédéral belge.

## **1. ADAPTER LES MODELES SOCIAUX EUROPEENS A L'ECONOMIE MONDIALISEE**

Comme tous les régimes de protection sociale dits « continentaux », le modèle social belge est adapté à la situation économique des 30 Glorieuses, plus à celle de l'économie mondiale restructurée d'aujourd'hui, avec l'émergence de nouvelles puissances économiques (Chine, Inde,...) et les effets structurants de l'OMC sur le Commerce mondial.

Cependant, l'instabilité créée par le commerce international, ce dernier étant indispensable à une petite économie ouverte comme la Belgique, est en soi déjà une raison suffisante pour justifier une sécurité sociale forte. Il s'agit de contrecarrer les effets néfastes de cette instabilité sur le bien-être de nos populations.

La situation européenne actuelle présente une grande variété de modèles sociaux. La subsidiarité des politiques sociales au sein de l'UE est et restera la règle encore très longtemps. Ce sont les états qui décident seuls. Or, je partage l'opinion du Professeur Béa Cantillon : au sein d'un marché commun, la subsidiarité en matière de politique sociale ne peut amener que concurrence fiscale et parafiscale entre états membres. Aux USA, Roosevelt a bâti son New Deal sur un système social commun à tous les états et c'est cette logique qui perdure encore aujourd'hui.

Dans tous les pays développés, la protection sociale, publique et/ou privée, fait face aux mêmes défis en terme démographiques, économiques, sociaux et de mondialisation que l'économie. USA, Japon et Europe consacrent grosso modo une part similaire de leur richesse nationale à la protection sociale de leur population. La spécificité européenne vient de la part de cette politique sociale financée par la puissance publique (pouvoirs publics et sécurité sociale). La redistribution des revenus au sein de la population et la solidarité sont beaucoup plus développées en Europe qu'ailleurs. C'est la grande originalité du modèle social européen, à préserver et à développer absolument dans notre optique.

Différentes analyses statistiques permettent de constater les énormes disparités sociales entre états européens. Partout, il existe clairement un lien positif entre dépenses sociales et réduction de la pauvreté. Aucun exemple n'existe d'un pays où coexistent bas niveau de pauvreté et faible niveau de protection sociale. Emploi et croissance ne sont pas suffisants pour assurer un niveau de vie satisfaisant à toute la population, la sécurité sociale est indispensable. Une protection sociale de haut niveau n'est pas une conséquence d'une société prospère, elle en est une cause essentielle.

Deux modèles sociaux fonctionnent correctement dans la nouvelle économie mondialisée : le modèle scandinave et le modèle anglo-saxon. Leur coût pour la société, en tenant compte des assurances privées contre certains risques sociaux, est à peu près identique. Chaque Etat européen se trouve ainsi face à un choix de société. Les présentations des différents systèmes européens de protection sociale pendant le

colloque sur 'The State of the Welfare State anno 1992 and ten years later' ont montré que beaucoup hésitent entre les deux... même si les options anglo-saxonnes semblent avoir un léger avantage actuellement.

Enfin, au niveau international, une gouvernance mondiale est indispensable pour réguler le système économique mondialisé. Il s'agit d'empêcher la seule loi du marché, et donc du plus fort, de tout régir dans le Monde.

## **2. OPTIONS ACTUELLES DE L'UNION EUROPEENNE EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE**

Jusqu'ici, l'Union européenne prône la libéralisation et la dérégulation comme réponses à la mondialisation de l'économie dans l'intérêt d'une compétitivité internationale et d'une intégration économique et monétaire européennes. Même si les politiques sociales sont définies au niveau des états membres, l'Europe influence indirectement par sa politique économique et la jurisprudence de la Cour européenne de Justice les législations sociales des états membres.

En matière de protection sociale, les compétences de l'UE portent pour l'essentiel sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, afin d'assurer la libre circulation des travailleurs au sein de l'Union. L'égalité de droits à la sécurité sociale entre nationaux et ressortissants de l'Union européenne est garantie.

L'Union européenne est également compétente pour assurer l'égalité de rémunération et de traitement entre hommes et femmes. Une directive de 1979 inscrit dans le droit communautaire l'égalité de traitement en matière de protection sociale. Différentes autres directives et la jurisprudence de la Cour de Justice ont complété ce texte initial (protection de la maternité, congé parental, temps partiel...).

La Commission, les Conseils européens ou les différentes directions générales de l'Administration européenne s'expriment sur la protection sociale.

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est très présente dans les textes européens récents consacrés à la protection sociale.

Par contre, l'Europe se tait actuellement sur l'apparition des nouveaux risques sociaux nécessitant une extension et une adaptation des systèmes de protection sociale.

Le mot d'ordre officiel de réduction des dépenses et des prélèvements obligatoires, qui prévaut un peu partout en Europe, inhibe toute prise de position susceptible d'entraîner une hausse des dépenses publiques.

Finalement, c'est au travers des actions des instances européennes dans le domaine de la politique de l'emploi qu'indirectement, la protection sociale est le plus concrètement abordée. Parmi la vingtaine de lignes directrices sur l'emploi, plusieurs portent directement ou indirectement sur la protection sociale. L'accent y est surtout mis sur le rôle plus « actif » à jouer par la protection sociale, en priorité par rapport à son rôle « passif » de redistribution des richesses.

Sur l'activation des instruments de la protection sociale pour favoriser l'emploi, sans renoncer à une couverture sociale de haut niveau des risques sociaux, il me semble que les politiques des pays scandinaves méritent d'être mieux connues en Europe continentale.

### **3. RENDRE POSSIBLE L'EUROPE DE LA SOLIDARITE**

---

#### **3.1. EN COMBATTANT LA FRAUDE FISCALE**

Le marché unique européen rend toujours plus mobile le capital, le travail et les biens. Pour éviter la fraude et l'évasion fiscales, il est impératif qu'une coopération étroite soit instaurée entre les administrations fiscales des Etats membres. Compte tenu des nouvelles technologies de l'information, il doit être possible de développer un réseau européen d'échanges systématiques d'informations sur les revenus des résidents générés dans un autre Etat membre que celui de leur résidence fiscale.

#### **3.2. EN ENDIGUANT LA CONCURRENCE FISCALE INTERNATIONALE**

La réglementation européenne empêche de fausser la concurrence par le jeu des subventions aux entreprises. Par contre, hors fixation de taux minima de TVA, rien n'empêche le développement de la concurrence fiscale au sein de l'Union européenne. Elle joue à plein sur les éléments imposables les plus mobiles, comme le capital ou le personnel hautement qualifié.

Ainsi, la concurrence fiscale handicape lourdement la capacité de prélèvements fiscaux et parafiscaux des états membres individuellement. Au-delà de l'Union, cette concurrence joue également aujourd'hui à l'échelle mondiale.

Autre effet pervers de cette concurrence, le travail est beaucoup plus lourdement imposé que le capital, rendant ce dernier relativement moins coûteux dans les processus de production.

Une juste imposition du capital n'est aujourd'hui plus envisageable sans une certaine harmonisation à un niveau international suffisamment large.

A l'échelle de l'Union européenne, beaucoup peut déjà être envisagé pour faire contribuer le capital aux recettes publiques. A ce niveau également, un accord de tous est souhaitable pour définir un taux d'imposition minimal sur les revenus du travail.

Sans limitation de la concurrence fiscale, l'approfondissement de l'intégration économique européenne et la mondialisation ne peuvent que réduire les solidarités nationales.

### 3.3. EN APPLIQUANT LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITE A LA FISCALITE EUROPEENNE

Le principe de subsidiarité veut que chaque compétence soit exercée au niveau de pouvoir le plus adéquat. Pour un certain type de fiscalité, comme l'éco-fiscalité (qui peut modifier la position concurrentielle d'une entreprise) ou la taxation du capital (trop mobile internationalement), le niveau européen s'avérerait nettement plus efficient que le niveau national.

Une fiscalité européenne existe déjà avec les droits de douane et le prélèvement uniforme sur les recettes de TVA pour financer le budget européen. Elle pourrait s'étendre à l'une ou l'autre forme d'imposition directe des revenus, en vue de financer des politiques sociales au départ de l'Union européenne et au profit de tous ses citoyens.

A plus long terme, il serait même souhaitable, en terme de fiscalité environnementale notamment, d'étendre cette fiscalité internationale à l'ensemble de la planète.

## 4. CONSTRUIRE UN MODELE SOCIAL EUROPEEN ACTIF ET TANGIBLE AVEC L'APPUI DU DROIT SOCIAL EUROPEEN

Le programme de la dernière présidence belge de l'Union européenne a proposé le concept d'un « modèle social européen actif et tangible ».

Dans ce cadre, plutôt qu'un véritable processus plus ou moins contraignant de convergence des politiques sociales européennes, comme envisagé au début des années 1990 avec l'idée d'un « serpent social européen », l'Union a décidé de recourir à une « méthode de coordination ouverte ».

L'ambition est de passer progressivement d'une certaine philosophie européenne de la protection sociale, basée sur un acquis de valeurs largement communes, à un modèle social européen « concret » et « tangible ».

Soit un modèle où :

- tous les Etats membres se fixent des objectifs communs fondamentaux, harmonisés, pour les différents systèmes de protection sociale, aussi ambitieux que possible ;
- sur base de ces objectifs, des plans d'action nationaux sont définis et mis en œuvre. La coopération entre Etats membres pour mieux lutter contre certains risques sociaux est également encouragée ;
- une batterie d'indicateurs et de paramètres fiables et communs à tous permet de comparer objectivement les résultats obtenus par les politiques nationales des différents Etats membres ;
- la promotion auprès de tous les Etats membres des meilleures pratiques sur base des comparaisons des résultats obtenus par les différentes politiques nationales. Sans vouloir forcer une impossible harmonisation des systèmes de protection sociale au niveau européen, ces derniers étant chaque fois la résultante de contextes culturels, socioéconomiques et politiques particuliers à chaque Etat membre.



Les politiques sociales des Etats membres évoluent vers un droit à plusieurs niveaux. Niveau national et niveau communautaire sont de plus en plus interactifs et interdépendants. Il devient, de fait, pratiquement impossible de développer une politique sociale purement nationale.

Ainsi, avec l'entrée en vigueur du Traité d'Amsterdam le 1<sup>er</sup> mai 1999, existe une politique sociale communautaire unitaire, sur la base des articles 136 à 142 du Traité instituant la Communauté européenne. L'article 136 reprend le Règlement social intitulé « Harmonisation des systèmes sociaux », qui contient des objectifs de politique sociale de nature programmatique. Il laisse toutefois la concrétisation de ces objectifs sociaux aux politiques nationales des Etats membres.

Ces objectifs de politique sociale sont : la promotion de l'emploi ; l'amélioration des conditions de vie et de travail, afin d'harmoniser autant que possible les progrès sociaux ; une protection sociale adaptée ; le dialogue social ; le développement du potentiel des travailleurs en vue d'un niveau d'emploi élevé et durable ; la lutte contre l'exclusion.

Pour l'évolution future de la politique sociale en Europe, nous devons constater que les objectifs économiques des dispositions juridiques communautaires obligatoires concernant les libertés fondamentales et la libre concurrence disposent d'une nette prééminence sur les prescriptions appartenant à la politique sociale.

Le modèle social européen doit pourtant s'appuyer tant sur le pilier *économique* que sur le pilier *social* : la concurrence régulée entre les acteurs économiques est le moteur du progrès économique, tandis que la solidarité entre les citoyens constitue la condition fondamentale nécessaire à la cohésion sociale de la société. L'intégration économique croissante en Europe doit permettre d'améliorer et de rapprocher les conditions de vie et de travail des travailleurs de tous les Etats membres.

La concrétisation des objectifs politiques sociaux énumérés à l'article 136 du Traité passe par des mesures qui tiennent à la fois des compétences nationales et des compétences communautaires. La réalisation de ces objectifs est dès lors une compétence commune de l'Union et des Etats membres.

## **CONCLUSIONS**

---

Pour conclure, tentons une réponse à la question de savoir si les régimes de protection sociale peuvent être maintenus pour autant qu'ils continuent d'être gérés au niveau des Etats.

Oui, dans un avenir prévisible, le développement ou la réduction de nos régimes européens de protection sociale resteront principalement du ressort des Etats membres.

Oui, par la prospérité économique qu'elle peut potentiellement apporter à l'ensemble des ses Etats membres, l'Union européenne peut favoriser le renforcement de la protection sociale partout en Europe.

Non, la protection sociale ne peut se maintenir au sein d'une Union européenne qui ne se préoccupe que de croissance et d'emploi, dans une pure logique d'économie de marché.

Une redistribution équitable des richesses produites entre tous les citoyens européens n'est pas le sous-produit de la seule prospérité économique. C'est une question de volonté politique démocratique et le fruit d'une régulation efficace de l'économie de marché par les autorités publiques nationales ET européennes.

Avec d'autres progressistes européens, comme le précédent Ministre belge des Affaires sociales Frank Vandenbroucke, je préconise la mise en place de neuf axes d'actions politiques pour favoriser l'avènement d'une Europe sociale :

- développement flexible du « service d'intérêt économique général », permettant de mettre les services publics et l'économie sociale non marchande à l'abri de toute intrusion du secteur marchand et de sa logique du profit à tout prix ;
- combattre la fraude et l'évasion fiscales au niveau de l'Union européenne ;
- endiguer la concurrence fiscale et parafiscale internationale au sein de l'Union ;
- développer une fiscalité européenne en vue de mener des politiques ;
- appliquer la « méthode ouverte de coordination » à la protection sociale, avec tous les acteurs concernés : Parlement et Commission européens, partenaires sociaux, Comité européen de protection sociale ;
- inclure la Charte des Droits fondamentaux (1) de l'Union européenne dans le Traité, comme c'est prévu dans le projet de Constitution européenne ;
- reformulation des principes généraux de la Communauté européenne afin d'intégrer l'acquis social jurisprudentiel de la Cour européenne de Justice ;
- généralisation du vote à la majorité qualifiée pour toutes les dispositions sociales du Traité ;
- développer le dialogue social européen et ouvrir la possibilité de rendre des accords sociaux collectifs européens contraignants.

(1) Adoptée lors du Conseil européen de Nice.

# TABLE DES MATIERES

## **MAINTENIR UNE EUROPE SOCIALE EN RENFORCANT LE MODELE SOCIAL A L'ECHELON NATIONAL : L'EXEMPLE BELGE**

<b>INTRODUCTION</b>	571
<b>1. ADAPTER LES MODELES SOCIAUX EUROPEENS A L'ECONOMIE MONDIALISEE</b>	572
<b>2. OPTIONS ACTUELLES DE L'UNION EUROPEENNE EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE</b>	573
<b>3. RENDRE POSSIBLE L'EUROPE DE LA SOLIDARITE</b>	574
3.1. EN COMBATTANT LA FRAUDE FISCALE . . . . .	574
3.2. EN ENDIGUANT LA CONCURRENCE FISCALE INTERNATIONALE . . . . .	574
3.3. EN APPLIQUANT LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITE A LA FISCALITE EUROPEENNE . . . . .	575
<b>4. CONSTRUIRE UN MODELE SOCIAL EUROPEEN ACTIF ET TANGIBLE AVEC L'APPUI DU DROIT SOCIAL EUROPEEN</b>	575
<b>CONCLUSIONS</b>	576

# PRIORITES ET OPPORTUNITES DU MOUVEMENT SYNDICAL EUROPEEN

PAR **GABRIELLE CLOTUCHE**

Confédération européenne des syndicats

## INTRODUCTION

La Confédération européenne des syndicats (CES) se réjouit de pouvoir participer à la « Third conference on the State of the Welfare State Anno 1992 in the EU : Ten years later and with ten New Member States », en présentant les « Priorités et opportunités du mouvement syndical européen », plus particulièrement en vue des initiatives européennes récentes et à venir.

Avant d'évoquer ce point, permettez-moi d'aborder en premier lieu certains points figurant à l'ordre du jour de l'UE en 2005 :

- la décision de la présidence du R.-U. de réunir un sommet informel des dirigeants de l'UE le 27 octobre 2005 afin d'aborder l'avenir de l'Europe sociale ;
- le sommet social informel tripartite de Londres organisé trois jours auparavant (24 octobre 2005) ;
- le conseil ECOFIN organisé au mois de septembre à Manchester, lors duquel un document a été présenté par André Sapir, relatif à la « Mondialisation et la réforme des modèles sociaux européens » (j'insiste ici sur le pluriel) ;
- le rapport de la Commission en vue de ce sommet.

En rapport avec cet ordre du jour, le Comité de direction et le Comité exécutif de la CES aborderont et signeront en octobre 2005 un document développant une contribution de la CES au débat pour l'Europe sociale.

### 1. **LA CES ET LA CONSTRUCTION D'UNE EUROPE FORTE ET SOCIALE : LES DEVELOPPEMENTS ECONOMIQUE ET SOCIAL SONT INDISSOCIABLES**

Mon intervention se base sur le document « Forger une Europe forte et sociale ». Celui-ci a été préparé par le secrétariat de la CES à l'issue de l'université d'été des responsables syndicaux organisée à Florence en juillet 2005 et réunissant les dirigeants des 77 confédérations syndicales nationales, membres de la CES.

Outre la réunion informelle des chefs d'Etat et de gouvernement abordant la direction future de l'Europe et réunis fin octobre, la CES entend mettre en exergue sa conviction quant à l'existence d'un modèle social européen.

Lorsque l'Europe sociale est la cible d'attaques, c'est tout le concept de l'Europe qui court un grand danger.

Notre réaction sera vive face aux critiques affirmant que :

- l'Europe sociale n'existe pas ;
- la réalité se traduit par 25 systèmes nationaux (ou peut-être 5 catégories de systèmes nationaux) ;
- la politique sociale doit dès lors cesser à l'échelon européen.

Ces critiques omettent un facteur très important.

A l'heure actuelle, un marché unique couvre 25 pays, dans des secteurs tels que la construction, l'industrie hôtelière et la restauration ainsi que les transports sur route, où un marché du travail unique se profile de plus en plus.

Comment instaurer un marché du travail unique sans s'appuyer sur certaines normes communes ?

Par exemple, dans quelles conditions les travailleurs migrants mobiles opèrent-ils et de la compétence de quel tribunal relèvent-ils ?

Qu'en est-il des conventions collectives sur le marché unique ?

Le droit du marché unique (droit européen) supprime-t-il le droit de grève (droit national) ?

S'il existe 25 systèmes distincts, quel est le champ d'application des nations individuelles pour protéger le droit de conclure des conventions collectives ou le droit de grève ?

Il y a lieu de répondre rapidement à ces questions ainsi qu'à d'autres encore, à l'échelon européen.

Nous souhaitons que les dirigeants européens entreprennent une action commune afin d'améliorer l'Europe sociale. Nous ne souhaitons pas être protectionnistes, mais que les règles soient justes, plus particulièrement pour les travailleurs. Nous avons besoin de normes communes et, pour le moment, celles-ci ne sont pas toujours claires.

Les problèmes économiques et sociaux vont de pair et l'équilibre entre les deux s'intègre dans le contrat social conclu comme partie de la construction du marché unique. Une conséquence majeure de cette position est la nécessité d'instaurer un cadre commun pour une législation européenne solide.

Pour les syndicats européens, l'UE a été jusqu'à présent une force positive intégrant dans son travail, les valeurs syndicales de l'inclusion sociale et de la solidarité, les Etats-providence et les services d'intérêt général ainsi que la participation des travailleurs et les conventions collectives.

L'objectif a toujours été d'assurer un équilibre entre le dynamisme économique et la dimension sociale. Ce point distingue clairement le modèle européen de la méthode américaine. Cet équilibre européen a étayé la stratégie de Lisbonne élaborée en 2000 et appuyée aujourd'hui par la CES.

Toutefois, l'on assiste actuellement à un désenchantement sur le plan de l'emploi, à des délocalisations et des menaces liées à la sécurité des revenus, y compris les pensions. Ceci et la sensation d'un manque d'influence provoquent la désillusion et certains pourraient se tourner vers le nationalisme et le racisme, un rejet des travailleurs migrants et l'opposition à l'élargissement.

La conclusion de la CES est que l'Europe doit présenter ses arguments de nouveau afin de rafraîchir sa raison d'être et de définir un avenir solide pour l'Europe sociale, en s'attaquant notamment au chômage en premier lieu. Cette déclaration aborde ces missions.

## **2. UNE EUROPE SOCIALE : UN CHOIX POLITIQUE DE TOUTES LES PARTIES PRENANTES**

Cette crise européenne résulte d'un manque de courage et de vision politiques.

Les dirigeants des pays européens n'ont pas assumé la responsabilité consistant à expliquer aux citoyens les avantages de l'intégration et ont trop souvent préféré accuser Bruxelles en cas de difficultés.

En outre, ils ont omis d'élaborer une vision politique conférant à l'Europe intégrée un rôle essentiel.

Ce phénomène s'intègre dans une tendance plus large et inquiétante d'une perte de foi en la capacité des autorités d'améliorer la vie de la population.

En outre, l'accent mis unilatéralement sur la libéralisation du marché a suscité une réaction qui s'est exprimée par un scepticisme accru quant à la valeur et à l'objectif de l'intégration européenne.

Tant que l'Europe ne sera pas considérée comme une partie de la solution, elle sera toujours vue comme une composante du problème.

Si les travailleurs sentent que l'Europe sociale est en perte de vitesse, ils considéreront l'Europe comme une menace et non comme un soutien. Leur réaction naturelle se traduirait alors par la résistance et l'opposition.

La CES estime dès lors comme vital que le Conseil des ministres, la Commission, le Parlement et les partenaires sociaux ainsi que la société civile, garantissent une mesure d'accord la plus large possible ouvrant la voie à une Europe sociale.

L'Europe sociale est une plate-forme commune ayant pour buts :

- la prospérité - des emplois plus nombreux et de meilleure qualité, un objectif plein emploi, des Etats-providence viables et une meilleure qualité de vie pour tous ;
- l'égalité - éliminer toute forme de discrimination, notamment sur la base du sexe, de la race et de l'origine ethnique, de la croyance et des convictions, de l'orientation sexuelle, de l'âge et de l'invalidité ;
- la solidarité - construire des sociétés axées sur l'inclusion et la cohésion sociales protégeant les personnes dans le besoin et fournissant des services d'intérêt général.

L'Europe sociale relève d'une responsabilité conjointe.

La CES, avec ses partenaires sociaux, souhaite jouer son rôle complet et essentiel dans les débats et les actions ultérieures portant sur l'avenir de l'Europe, et plus particulièrement en ce qui concerne le rôle de l'Europe sociale.

Ce fait est également vrai à l'échelon de l'entreprise. Une entreprise pratiquant l'égalité et mettant fortement l'accent sur le dialogue social est une entreprise ayant des conditions optimales de concurrence, réussite à long terme et maximisation de l'engagement et de la fidélité de ses employés. Il est crucial pour l'avenir des individus, des entreprises (publiques et privées) et des pays d'investir dans les personnes, leurs compétences et leurs capacités d'adaptation.

La CES reconnaît la nécessité de procéder à des changements. Notre rôle n'est pas de supporter tout statu quo, mais nous sommes conscients du besoin d'agir avec le consentement des personnes, d'identifier les points nécessitant des changements, de développer un programme d'action et de conclure ensuite des accords.

### **3. UN PROGRAMME D'ACTION POUR LE CHANGEMENT**

---

Les partenaires sociaux ont un programme de travail jusque fin 2005 et ont convenu de travailler sur un nouveau programme encore plus ambitieux.

Nous souhaitons la mise en œuvre d'un nouveau programme d'action, pas uniquement dans le cadre du dialogue social, mais en collaboration avec la Commission, le Conseil des ministres et le Parlement.

Les négociations collectives occupent ici une position centrale. Les négociations collectives ont constitué un élément majeur de la construction de nombre de pays européens et doivent le demeurer. La portée est ici européenne et des conventions collectives cadres ont également été conclues. Toutefois, les employeurs sont généralement réticents lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets liés à la relation fondamentale sur les lieux de travail ou sur les marchés de l'emploi.

En fait, la CES propose l'élaboration d'un accord cadre comme agenda d'action couvrant le travail et axé sur les points suivants, pas uniquement dans le cadre du dialogue social, mais de manière plus générale :

- poursuivre le développement de la politique et de la législation sociales ;
- créer un cadre solide permettant de faire face à la délocalisation et aux restructurations ;
- s'attaquer aux défis démographiques avec une vision axée sur l'avenir ;
- instaurer et mettre en œuvre des politiques actives sur les marchés du travail et le programme d'apprentissage ;
- assurer l'égalité pour tous ;
- créer un cadre juridique viable pour la migration et la mobilité ;
- renforcer la dimension externe du modèle social.

Permettez-moi de développer brièvement ces différents points.

### 3.1. **POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE ET DE LA LEGISLATION SOCIALES**

L'introduction et le maintien de normes sociales minimales sont des points capitaux pour améliorer la qualité et la protection de tous les travailleurs. A cet égard, la révision de directives existantes doit renforcer l'harmonisation.

La CES espère une action rapide en faveur de la révision de la directive sur le temps de travail, afin de mettre fin à la clause de renonciation individuelle et d'assurer aux travailleurs la protection idoine contre les horaires de travail longs et irréguliers.

Il conviendrait également de lever le blocage actuel concernant le projet de directive sur les travailleurs intérimaires, afin d'assurer une protection minimale aux travailleurs intérimaires à travers l'Europe; de même, le projet de directive sur les services dans le marché intérieur doit subir des amendements approfondis afin d'assurer une situation équitable n'entraînant aucune concurrence aux dépens des droits des travailleurs et des conditions de travail des salariés.

En outre, il convient de prendre des mesures à l'échelon européen, avec l'implication active des partenaires sociaux, afin d'assurer aux travailleurs dont les relations de travail sont atypiques (travailleurs économiquement dépendants, travailleurs domestiques, etc.) et une protection appropriée.

L'UE ne peut pas se permettre de donner l'impression que la politique sociale est « arrêtée » afin de laisser plus de place aux entreprises. Le maintien de l'équilibre à ce niveau constitue la clé pour l'avenir.

### 3.2. **CREER UN CADRE SOLIDE POUR FAIRE FACE A LA DELOCALISATION ET AUX RESTRUCTURATIONS**

Ce point est inévitablement primordial pour de nombreux travailleurs à l'heure actuelle et la manière dont il est abordé est cruciale pour l'avenir.



Dans le passé, des fonds spéciaux étaient créés dans les secteurs du charbon et de l'acier afin de soutenir le processus de changement. Pour certains secteurs et certaines régions, l'Europe se doit d'examiner aujourd'hui la portée d'une action similaire afin de soulager les personnes et les communautés face au changement.

Une politique industrielle moderne est nécessaire plus particulièrement au niveau sectoriel, amortie et constituée de mesures de politique sociale. Le travail des partenaires sociaux et de la Commission devrait être élargi à l'égard des restructurations afin de développer des propositions dans ce domaine.

L'objectif ici doit consister en l'établissement de règles solides en matière d'information et de consultation, des comités d'entreprise européens efficaces et un droit à la réinsertion pour les travailleurs affectés par la réduction d'effectifs et la restructuration, un droit soutenu à l'échelon européen (fonds structurels, accord cadre des partenaires sociaux) puisant son inspiration dans des conventions de négociation collective portant sur l'ensemble de l'industrie suédoise et finnoise.

Il y a également lieu d'aborder des problèmes connexes tels que la responsabilité sociale des entreprises, la participation des travailleurs et la gouvernance d'entreprise. Nous avons besoin d'un cadre juridique solide quant au droit de participation des travailleurs dans le cas de fusions transfrontalières et de transfert du siège social de sociétés anonymes.

### **3.3. ABORDER LES DEFIS DEMOGRAPHIQUES AVEC UNE VISION AXEE SUR L'AVENIR**

Il est évident que la majeure partie de l'Europe présente une population vieillissante en raison de l'allongement de l'espérance de vie et des taux de natalité à la baisse. Ce phénomène pose d'énormes problèmes sur le plan de la viabilité des pensions et des attentes des travailleurs qui, à l'instar des travailleurs issus du baby-boom d'après guerre, s'attendent à prendre leur retraite avant ou au plus tard à 60 ans.

Ce problème soulève également de plus vastes questions, à savoir comment :

- aider les parents qui travaillent en leur proposant un accueil de la petite enfance de qualité et abordable ainsi que d'autres dispositifs et services, afin de leur permettre de fonder une famille ;
- améliorer la qualité de la vie professionnelle, y compris l'allègement des horaires de travail, permettant ainsi aux travailleurs plus âgés de rester en bonne santé et d'être à même de choisir de travailler plus longtemps ;
- développer un apprentissage tout au long de la vie afin d'aider les travailleurs à acquérir de nouvelles compétences et à s'adapter ;
- développer des politiques concertées sur l'immigration et la migration.

Il importe également que l'idée du pacte pour la jeunesse soit abordée dans ce contexte.

### 3.4 **INSTAURER ET METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES ACTIVES DU MARCHÉ DU TRAVAIL ET L'AGENDA DE LA FORMATION**

Ce ne sont évidemment pas que les jeunes travailleurs qui ont besoin d'un accès à la formation tout au long de la vie. Tous les travailleurs doivent pouvoir y accéder et être encouragés à acquérir de nouvelles compétences et une meilleure capacité d'adaptation aux perspectives et aux menaces de la mondialisation et des restructurations.

Certaines nations de l'UE enregistrent d'excellents résultats dans ce domaine. Les pays nordiques poursuivent depuis longtemps des politiques actives sur le marché du travail et, récemment, le Royaume-Uni - avec son 'New Deal' pour les chômeurs de longue durée et son aide en faveur d'un rôle actif des syndicats dans le processus d'apprentissage - a donné le ton pour des mesures remarquables dans le contexte d'une économie en plein essor et d'un salaire minimum garanti par la loi.

Un nouvel accord conclu à l'échelon européen et mettant en exergue les actions possibles au niveau des Etats membres devrait pouvoir permettre d'améliorer les perspectives et les capacités d'adaptation.

### 3.5 **ASSURER L'EGALITE POUR TOUS**

La discrimination sur le lieu de travail et le marché du travail est encore fortement répandue au sein de l'UE, plus particulièrement sur la base du sexe et de la race. Il s'agit là d'une violation des droits fondamentaux et des directives européennes. Sa persistance constitue un obstacle majeur à une participation accrue au marché du travail pour des emplois adéquats.

La main-d'œuvre féminine ainsi que les travailleurs migrants ou faisant partie d'une minorité ethnique, ainsi que d'autres groupes victimes de discrimination représentent des ressources clés qui sont actuellement sous-exploitées et sous-évaluées. Il en va de l'intérêt individuel des femmes et des hommes et de l'économie et de la société en général d'améliorer cette situation.

Sur le plan de l'égalité des sexes, les partenaires sociaux au niveau de l'UE se sont récemment mis d'accord sur quatre priorités d'action :

- aborder le problème des rôles des sexes maintenant ou entretenant la ségrégation ;
- promouvoir l'implication des femmes dans le processus décisionnel ;
- soutenir l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ;
- combler le fossé salarial entre les sexes.

A l'échelon de l'UE, une approche à deux niveaux s'impose :

- des efforts continus afin de mettre en œuvre et renforcer la législation en matière d'égalité à tous les niveaux concernés ;
- des efforts accrus afin d'intégrer plus particulièrement l'égalité des sexes et des races dans tous les domaines de la politique européenne.

**3.6. CREER UN CADRE JURIDIQUE VIABLE POUR LA MIGRATION ET LA MOBILITE**

Comme déjà mentionné précédemment, il existe dans certains secteurs un marché du travail européen, et d'autres secteurs suivront rapidement.

Trop d'incertitudes subsistent au sujet des normes applicables aux travailleurs migrants. Ces incertitudes constituent une entrave à l'élargissement – tant passé que futur – et doivent bénéficier d'urgence d'une attention renouvelée.

L'affaire en cours actuellement (cas Vaxholm) devant la CJE impliquant des travailleurs lettons du secteur du bâtiment à Stockholm pour savoir si des conventions suédoises ou lettonnes sont d'application, et l'autre affaire concernant une compagnie de navigation finlandaise (cas Viking) (auprès de la Cour d'appel de Londres) visant à savoir si le droit de grève pouvait être amoindri par des libertés UE de libre circulation, soulignent l'importance de ce problème.

Il est nécessaire, 'inter alia', de renforcer la directive sur le détachement des travailleurs et de veiller à ce que le principe de base du droit du travail et des systèmes relatifs aux travailleurs migrants soit : « à Rome, fais comme les Romains ». Toute autre approche serait un désastre pour l'UE.

**3.7. RENFORCER LA DIMENSION EXTERNE DU MODELE SOCIAL**

Le modèle social européen ne devrait pas se limiter à l'Europe. Cette dernière devrait promouvoir son modèle avec force et conviction dans son approche commerciale et du développement, où les normes sociales devraient occuper, à l'avenir, une position centrale et non marginale.

Les entreprises européennes doivent se comporter en dehors de l'Europe comme elles sont supposées le faire au sein de celle-ci, en s'appuyant sur des valeurs européennes de gouvernance d'entreprise, les normes environnementales et de travail, y compris les négociations collectives.

Voici un programme ambitieux. La CES se tient prête à jouer son rôle si les dirigeants européens répondent positivement et assument leur propre rôle à ce niveau.

*(Traduction)*

---

# TABLE DES MATIERES

## **PRIORITES ET OPPORTUNITES DU MOUVEMENT SYNDICAL EUROPEEN**

<b>INTRODUCTION</b>	579
<b>1. LA CES ET LA CONSTRUCTION D'UNE EUROPE FORTE ET SOCIALE : LES DEVELOPPEMENTS ECONOMIQUE ET SOCIAL SONT INDISSOCIABLES</b>	579
<b>2. UNE EUROPE SOCIALE : UN CHOIX POLITIQUE DE TOUTES LES PARTIES PRENANTES</b>	581
<b>3. UN PROGRAMME D'ACTION POUR LE CHANGEMENT</b>	
3.1. POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE ET DE LA LEGISLATION SOCIALES	583
3.2. CREER UN CADRE SOLIDE POUR FAIRE FACE A LA DELOCALISATION ET AUX RESTRUCTURATIONS . . . . .	583
3.3. ABORDER LES DEFIS DEMOGRAPHIQUES AVEC UNE VISION AXEE SUR L'AVENIR . . .	584
3.4. INSTAURER ET METTRE EN ŒUVRE DES POLITIQUES ACTIVES DU MARCHÉ DU TRAVAIL ET L'AGENDA DE LA FORMATION . . . . .	585
3.5. ASSURER L'EGALITE POUR TOUS . . . . .	585
3.6. CREER UN CADRE JURIDIQUE VIABLE POUR LA MIGRATION ET LA MOBILITE. . . . .	586
3.7. RENFORCER LA DIMENSION EXTERNE DU MODELE SOCIAL . . . . .	586

**PARTIE 2 :**  
**LE BEAU VISAGE DE L'ETAT-PROVIDENCE BELGE**  
**ET SES PRINCIPAUX PARTENAIRES COMMERCIALS :**  
**TOUS D'INSPIRATION BISMARCKIENNE ?**

**SITUATION DE L'ETAT-PROVIDENCE EN BELGIQUE EN 2005** 591 |

JOZE PACOLET et VERONIQUE COUDRON

**LE DECLIN SILENCIEUX DU REGIME DE PENSION DES MEMBRES DU PERSONNEL DU SECTEUR PUBLIC LOCAL EN BELGIQUE** 625 |

JAN GYSEN

**LA REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 1982-2003** 635 |

LEI DELSEN

**L'ETAT-PROVIDENCE EN 2005 : LA SITUATION DU LUXEMBOURG** 669 |

FRANZ CLEMENT

**L'ETAT-PROVIDENCE EN FRANCE DEPUIS LA FIN DES ANNEES '90** 691 |

SANDRINE DUFOUR-KIPPELEN et MARIE-EVE JOEL

**L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE EN ALLEMAGNE** 717 |

ROLAND EISEN

# SITUATION DE L'ETAT-PROVIDENCE EN BELGIQUE EN 2005

PAR **JOZEF PACOLET** et **VERONIQUE COUDRON (1)**

Hoger Instituut voor de Arbeid Katholieke Universiteit Leuven

## 1. INTRODUCTION

---

Ce bilan de l'Etat-providence en Belgique, qui reflète aussi en partie une opinion personnelle, décrit la situation depuis 1997 jusqu'à ce jour. Nous évoquons tout d'abord la situation macroéconomique et le marché de l'emploi pour ensuite nous attarder sur le financement global de la protection sociale ainsi que sur les changements majeurs dans le système des retraites et le système des soins de santé et des soins de longue durée.

## 2. CONCLUSIONS DU PRECEDENT RAPPORT SUR LA BELGIQUE

---

Dans nos premier et deuxième rapports sur l'Etat-providence en Belgique, nous avons conclu que, malgré le sentiment que la crise économique n'avait jamais cessé depuis les première et deuxième crises pétrolières, la croissance économique s'était en fait poursuivie. Dans un même temps, l'économie belge, à l'instar de nombreuses autres économies européennes, avait opté pour des activités productives nécessitant un faible apport de main-d'œuvre. Depuis les années 1970, nous n'avons jamais renoué avec le plein emploi. Face au chômage massif persistant, toutes les politiques de l'emploi semblaient inefficaces et trop tardives. Cela impliquait un rôle considérable de la redistribution des revenus par la sécurité sociale, que l'on pourrait même appeler politique de stabilisation macroéconomique. Nous en avons conclu que le financement de la sécurité sociale était toujours sous pression, et plus particulièrement depuis la réduction des contributions. Mais la nouvelle réduction de l'impôt intervenait trop tardivement, voire trop tôt, puisque la réduction de la dette aurait dû rester la première priorité. Les choses ont-elles changé ces dernières années ?

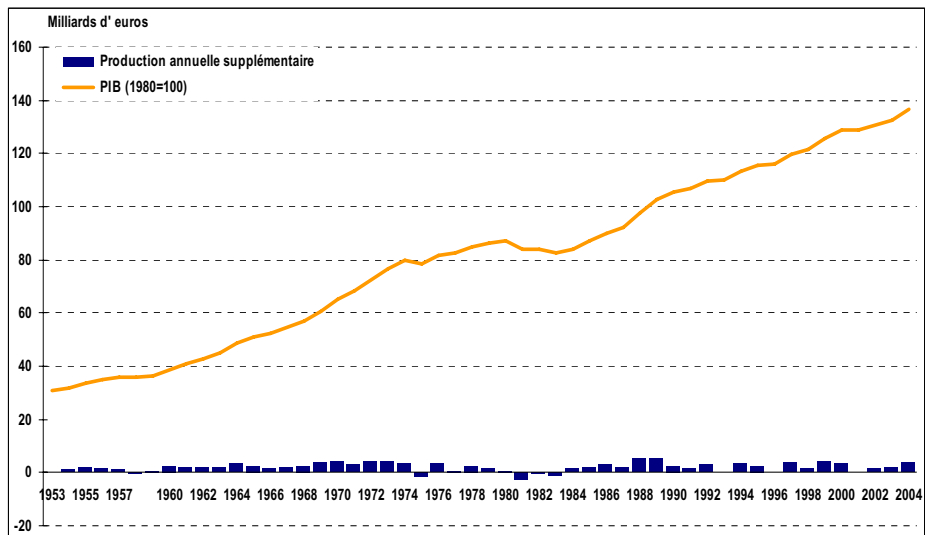
## 3. CROISSANCE ECONOMIQUE ET PROTECTION SOCIALE

---

Les sept dernières années ont été caractérisées par une croissance économique positive, qui a même dépassé pendant plusieurs années celle des autres pays de l'UE ou de la zone euro.

(1) En remerciant nos collègues Sigrid Merckx, Alex Van Steenbergem et Wannas Verschueren pour leur aide 'de dernière minute'.

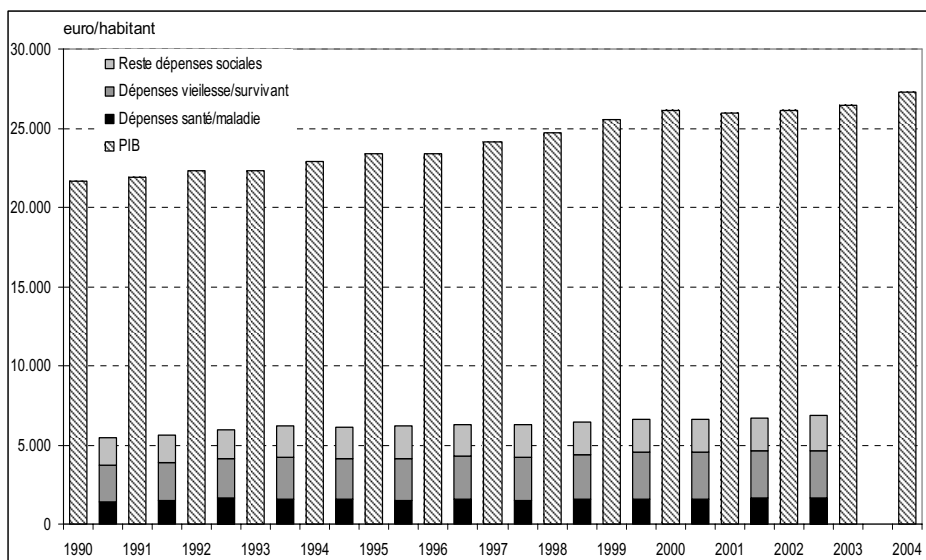
**FIGURE 1 : EVOLUTION DU PIB REEL EN BELGIQUE, 1953-1998, A PRIX CONSTANTS 1980**



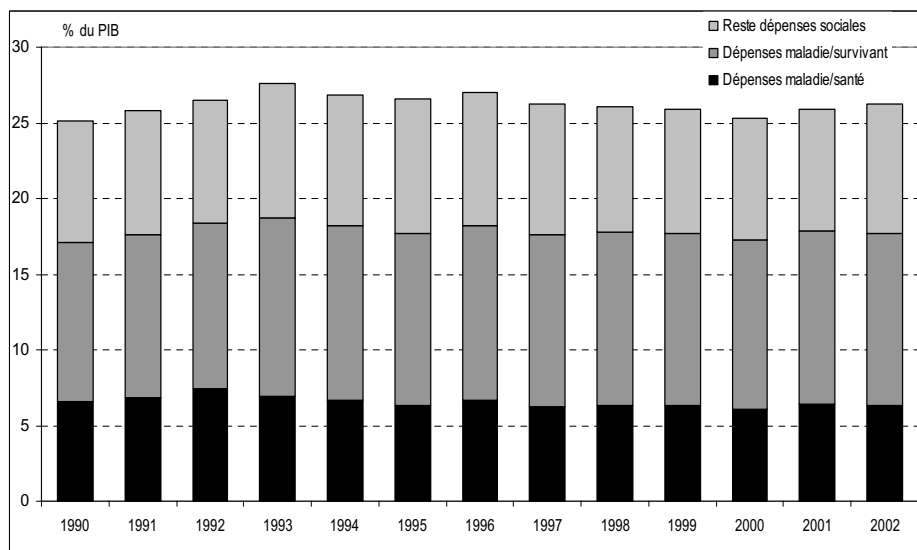
1985-2002 : PIB suivant la méthode ESR95.

Source : Comptes nationaux Belgique.

**FIGURE 2 : EVOLUTION DU PIB (EN EUR/HABITANT) ET DES DEPENSES SOCIALES (EN EUR/HABITANT) EN BELGIQUE, 1990-2004**



Source : ESPROSS (Eurostat).

**FIGURE 3 : EVOLUTION DES DEPENSES SOCIALES EN BELGIQUE, EN % DU PIB, 1990-2002**

Source : ESPROSS (Eurostat).

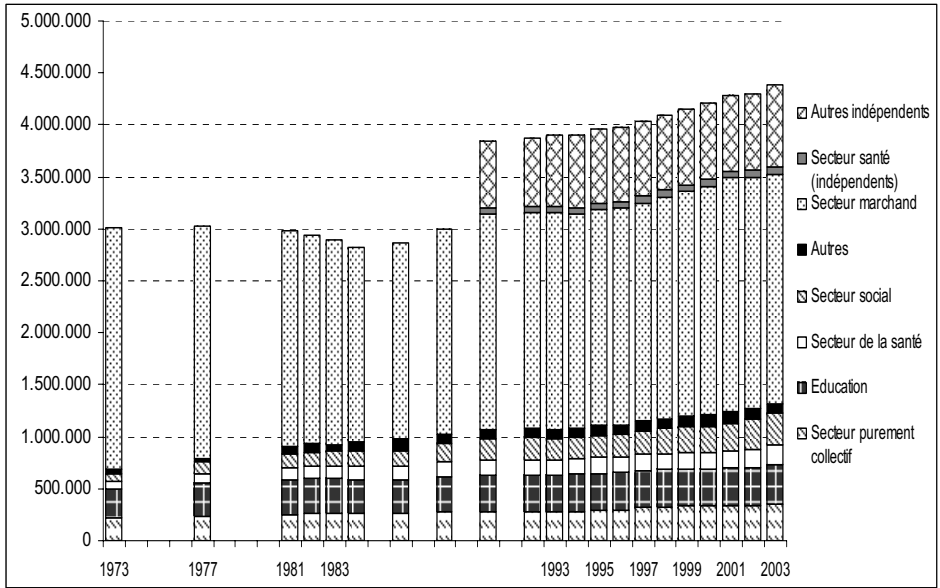
#### 4. CHOMAGE MASSIF ET STRATEGIES D'EMPLOI

Durant la dernière période (depuis 1997), nous avons observé une augmentation de l'emploi total, aussi bien dans le secteur marchand que dans le secteur public. Dans un avenir proche, nous tablons sur une création d'emplois, plus particulièrement dans le secteur non-marchand. Le nouveau Gouvernement a entamé sa nouvelle législature en 2003, avec pour ambition de créer 200.000 emplois supplémentaires. Force est au début de constater que cet objectif était trop ambitieux, mais aujourd'hui les chiffres montrent qu'entre fin 2002 et fin 2006 l'emploi est augmenté de 137 000 personnes (chiffre Belgostat, source Eurostat) et que les projections du Bureau Fédéral de Plan pour 2007 montrent encore une augmentation de 45 600 entités (Belgostat) (2).

(2) Même quand tout ce travail n'est pas à plein temps et une partie substantielle est subsidiée par les finances publiques, y compris les emplois créés avec les chèques services.



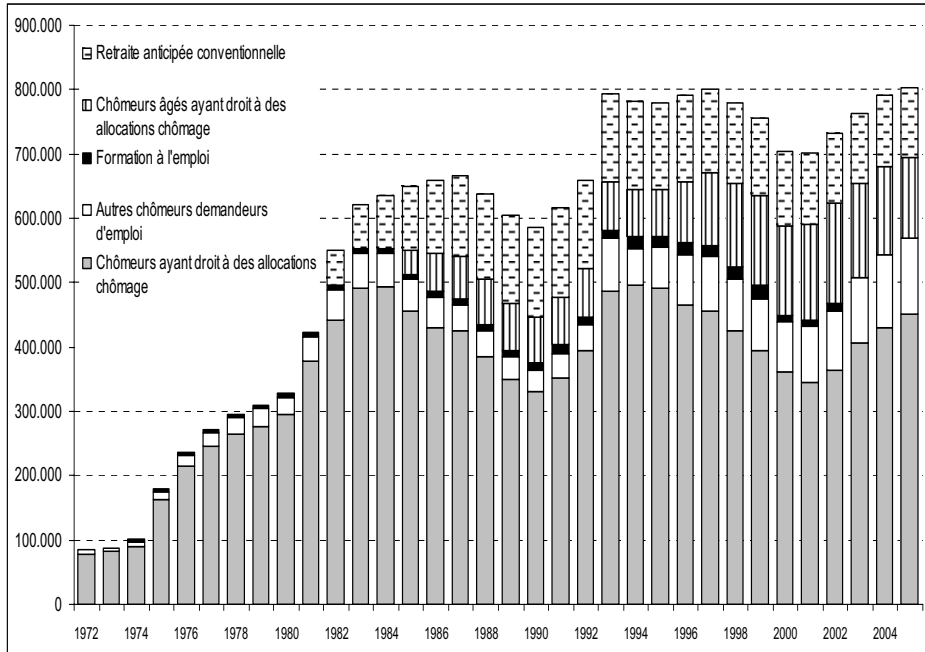
**FIGURE 4 : L'EMPLOI DANS LE SECTEUR MARCHAND ET LE SECTEUR QUATERNAIRE, 1973-2002**



1. 1973-2001 et 2003 : statistiques décentralisées ONSS ; 2002 : estimation : statistiques centralisées ONSS + ONSSAPL.  
 2. 1973-2002 : situation 2ème trimestre ; 2003 : situation à la fin de l'année.  
 Source : calculs personnels sur l'ONSS-l'ONSSAPL-l'INASTI.

Mais malgré une amélioration de la création d'emplois, le chômage a continué d'augmenter. Etant donné que la population active continue de croître (une situation qui perdurera jusqu'à la fin de cette décennie), la création d'emplois supplémentaires a contribué à un accroissement de la participation au marché du travail mais n'a pas permis d'enrayer le chômage (CSE, Rapport annuel 2005, p. 32). En outre, la Belgique étant caractérisée par un niveau remarquablement faible de participation au marché du travail, en particulier chez les travailleurs âgés, la main-d'œuvre disponible ne peut que continuer de croître (3). Les différences en matière d'emploi sont illustrées ci-après par des figures représentant le chômage recensé et le chômage moins officiel. Ici, la situation de la Belgique est caractérisée par un important contraste entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles. En 2003, la participation au marché du travail de la population de la Flandre se situait à 64 tandis qu'elle n'atteignait que 55 en Wallonie et à Bruxelles, une disparité similaire étant constatée dans les niveaux de chômage. En l'absence de stratégies de l'emploi efficaces et d'une augmentation de la participation au marché du travail, ces fossés au niveau de l'emploi continueront de se creuser.

(3) Certainement à court terme, et la baisse anticipée sera moins forte à long terme si l'on s'appuie sur un âge de la retraite et une participation au marché du travail raisonnables au vu de l'augmentation de la longévité. Voir, par exemple, Pacolet, Bouten, 2000.

**FIGURE 5 : EVOLUTION DU CHOMAGE EN BELGIQUE, 1972-2005**

Source : ONEM.

Cela a justifié, durant les deux dernières décennies, le maintien des efforts au travers de politiques de l'emploi orientées vers la réduction du coût de la main-d'œuvre, une amélioration des mesures d'activation, le contournement des pièges de la pauvreté et du chômage, les projets d'emploi et l'orientation et la formation. Dernièrement, ces énormes disparités régionales ont également entraîné un léger renforcement de la collaboration entre les agences pour l'emploi et la mise en œuvre de mesures visant à stimuler la mobilité régionale. Depuis la mi-2004, l'organisme d'assurance-chômage (ONEM) convoque les personnes au chômage à un entretien d'évaluation portant sur leurs efforts de recherche d'emploi. Cette mesure a débuté avec les plus jeunes (-30 ans) en 2004, puis les personnes plus âgées (-40 ans) dès 2005, et enfin les personnes les plus âgées (-50 ans) en 2006. Cette stratégie 'punitivité' ne devrait pas se révéler très efficace puisque des mesures de contrôle des chômeurs de longue durée existaient déjà auparavant (B. Cockx et al., 2005, p. 717). Au contraire, beaucoup craignent que ces mesures augmentent la pauvreté. Le sentiment de plus en plus fort qu'il est indispensable d'augmenter le taux d'activité des travailleurs âgés a débouché sur une limitation de la retraite anticipée (l'âge de 60 ans a été proposé en octobre 2005), cette limite n'étant pas applicable à certaines catégories spécifiques. Le consensus en faveur de telles mesures ne cesse de s'élargir, bien que plusieurs syndicats aient suivi une autre stratégie. Dans notre

précédent rapport, nous avons indiqué qu'en 1998, la question du maintien de l'âge de la retraite anticipée à 56 ans restait très controversée. L'augmentation significative du nombre de travailleurs âgés au chômage, qui ne sont pas considérés comme disponibles pour le marché du travail (l'âge des groupes entrant en ligne de compte a augmenté de 50 à 55 ans et maintenant 58 ans), a fait gonfler le nombre de travailleurs âgés apparaissant dans les chiffres du chômage recensé. Plusieurs mesures encourageant la vie active et la vie familiale, les congés parentaux, les autres types de congés, à temps partiel ou à temps plein, ont connu un tel succès en l'espace de quelques années que le Gouvernement a à nouveau envisagé de les limiter. Ce n'est pas la première fois qu'une politique en dents de scie est mise en œuvre dans ce contexte (dans les années 1980, un système de chômage à temps partiel combiné à un emploi à temps partiel avait été mis en place puis aboli, car trop prisé). Outre l'effet réel de meilleure conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale, il n'est pas certain que cela incite à quitter (partiellement) le marché du travail ou à rester sur ce marché. En outre, l'impact budgétaire a, lui aussi, son importance.

Le chômage massif, la retraite anticipée et différentes formes de retrait du marché du travail ont entraîné une augmentation des périodes non contributives au cours de la vie (Peeters, Larmuseau, 2004), pour lesquelles des droits de pension sont néanmoins octroyés. Mais d'autre part, les périodes substantielles de chômage, d'inactivité et d'activité à temps partiel réduiront également les droits acquis des pensions futures, mettant ainsi en péril la sécurité des revenus des retraités dans l'avenir. Tôt ou tard, nous devons payer le prix de cette baisse du niveau d'activité. Non seulement cela a un impact considérable sur le financement de la sécurité sociale mais cela entraînera également une réduction significative des droits dans le système légal.

Presque tous les systèmes de prestations sociales ont connu une expansion, qui s'est accompagnée d'une diminution des cotisations et d'une augmentation des dépenses. Nous présentons ci-après une figure représentant les bénéficiaires des prestations qui doivent être rajoutés aux chômeurs recensés, aux chômeurs âgés et aux préretraités mentionnés précédemment. Dans le domaine du chômage, il convient de mentionner le système d'interruption de carrière, aujourd'hui appelé 'crédit-temps', à temps plein et à temps partiel. Ce système a doublé entre 1999 et 2003. Bien qu'il soit limité, il a connu un vif succès et a nécessité un budget de quelque 0,16 % du PIB, budget qui peut paraître dérisoire mais qui, en réalité est assez considérable. Il n'y a pas eu de débat de société sur les moyens de le financer, comme cela a été le cas, par exemple, pour le financement de l'assurance-soins de longue durée (SLD) en Flandre, qui représente quelque 0,11 % du PIB (4). Au total, 1,1 million de personnes reçoivent des prestations de l'agence d'assurance-chômage. Le

---

(4) Un débat qui n'est même pas encore clos puisque le succès de l'assurance-soins en Flandre nécessite que l'on envisage un financement supplémentaire.

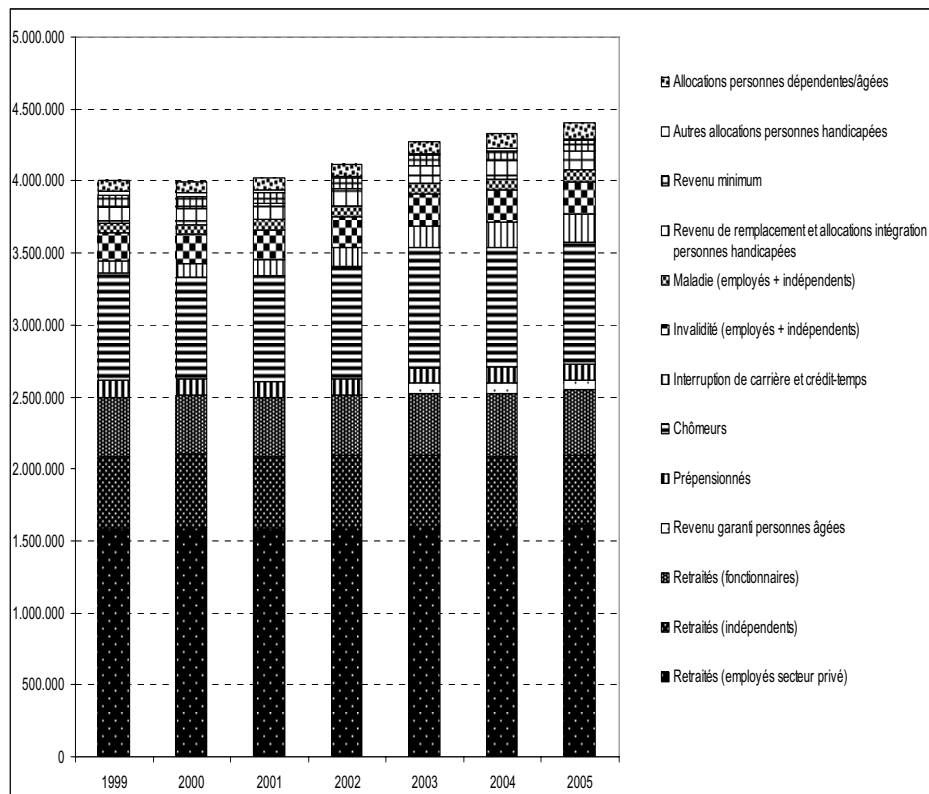
nombre total de retraités, qui a été corrigé du double comptage dans chaque catégorie, se chiffre à environ 2,5 millions et est resté relativement stable au cours des huit dernières années. Le nombre de personnes percevant des prestations de maladie ou d'invalidité est, lui aussi, en augmentation, surtout lorsque l'on adopte une approche à plus long terme. Cette situation s'explique probablement aussi par la démographie de la main-d'œuvre. Mais d'autres catégories de bénéficiaires se sont, elles aussi, élargies (personnes souffrant d'un handicap, revenu minimum garanti des personnes âgées). Nous ajoutons à cela un nombre croissant de personnes percevant une allocation spécifique du fait de leur dépendance (prestation en espèces). Selon une première estimation, le nombre de bénéficiaires s'élèverait à plus de 4 millions. C'est à tous ces groupes que s'adresse l'Etat-providence. Ce sont ces bénéficiaires qui se cachent derrière le 'beau visage' (5) de l'Etat-providence belge. Mais pour un Etat-providence préventif moderne, leur nombre doit rester aussi limité que possible.

Toutefois, depuis les années 1980, les prestations sociales étaient uniquement liées à un indice de santé, ce qui signifie qu'elles n'étaient pas en adéquation avec l'augmentation du bien-être. Cela a eu pour effet de réduire les prestations sociales, qui ont perdu tout lien avec l'évolution du bien-être général / revenu national (cf. Cantillon et al, 2001 ; 2003). Le Gouvernement fédéral a donc décidé en 2004 que certaines prestations sociales devaient être actualisées à partir de 2005, et plus particulièrement qu'un mécanisme reliant ces prestations à l'évolution du bien-être général devait être mis en place en 2007 (voir Pacolet, Verschueren, 2007). Cette décision a été officialisée dans le Pacte de solidarité entre les générations (Art. 72/73). Il convient de faire remarquer que la future décision d'actualiser ou non les prestations sociales sera fondée, entre autres, sur le ratio entre le nombre de bénéficiaires et la population active (au travail). Le contrôle de ce ratio de dépendances des prestations jouera un rôle déterminant dans toute décision concernant une éventuelle actualisation des prestations sociales. En 2006, l'actualisation de quelques prestations sociales (pensions, assistance sociale, invalidité) a été annoncée et sera mise en oeuvre prochainement. Bien que cette décision soit certainement un pas en avant, il reste toujours un énorme fossé à combler entre le niveau des prestations et celui des salaires (Van Mechelen et al., 2007).

---

(5) Selon le titre d'un livre de l'historienne britannique Patricia Carson 'The Fair Face of Flanders'.

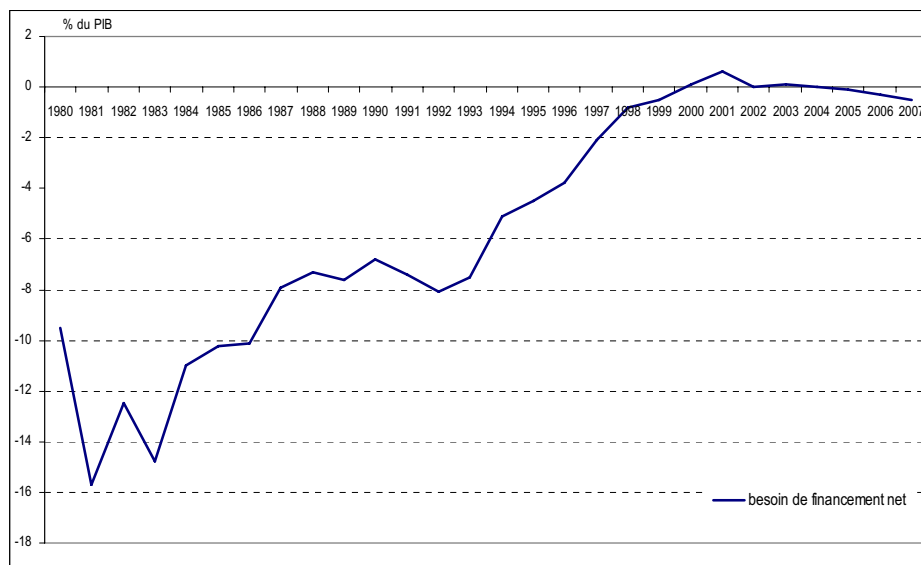
**FIGURE 6 : NOMBRE DE BENEFICIAIRES EN BELGIQUE, 1999-2005**



Source : Ministère Fédéral des Affaires Sociales (2001), Vade-mecum et SPF Sécurité Sociale (2005 ; 2006 ; 2007), Vade-mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique.

## 5. VIABILITE DES FINANCES PUBLIQUES ET CONSEQUENCES POUR LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Alors que l'endettement était un obstacle majeur au respect des critères de Maastricht par la Belgique, depuis 1999 (en 2006, pour la 7ème année), le pays a un budget équilibré et a réussi à réduire sa dette publique de façon substantielle. Cela est d'autant plus remarquable que nous avons connu une diminution des cotisations à la sécurité sociale et une réduction de l'impôt direct.

**FIGURE 7 : BESOIN DE FINANCEMENT NET 1980-2007 (EN POURCENTAGE DU PIB)**

Source : Ecodata, SPF Economie, PME, Classes moyennes et Energie ET Commission européenne (2005), évaluation par la Commission de la mise à jour 2004 du programme de stabilité de la Belgique.

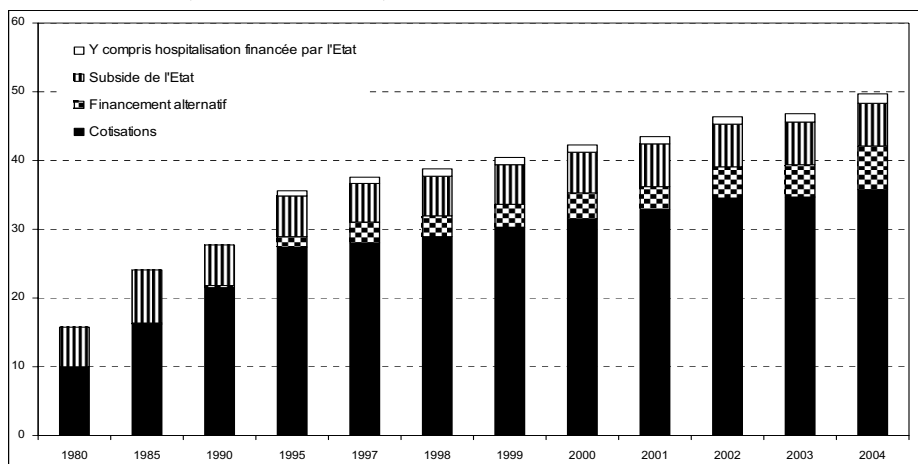
**TABEAU 1 : SOUTENABILITE DES FINANCES PUBLIQUES EN BELGIQUE 1983-2003 (EN POURCENTAGE DU PIB)**

	1983	1987	1993	1998	2003
Dettes	109,4	128,2	136,8	119	100
Solde budgétaire	-14,8	-8	-7,4	-0,7	0,3
A. Intérêts	9,9	10,6	11	7,5	5,4
B. Déficit /excédent primaire	-4,9	2,7	3,7	7	5,7
I. Revenus	49	49,1	48,3	50,1	51,3
1. Revenus fiscaux	43,6	44,7	43,7	45,5	44,8
a. Impôt sur les ménages	15,7	15	13,7	14	13,8
b. Impôt sur les sociétés	2,1	2,4	2	3,5	3
c. Taxation indirecte	12,2	11,7	12,1	12,9	12,9
d. Cotisations à la sécurité sociale	13,3	15,2	15,4	14,6	14,4
e. Autres	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6
2. Autres revenus	5,4	4,4	4,6	4,6	6,5
II. Dépenses primaires	53,9	46,4	44,6	43,1	45,6
1. Salaires et pensions	13,2	12,1	11,9	11,7	12,1
3. Formation brute de capital	3,9	2,4	2,1	1,7	1,6
4. Dépenses sociales	24,6	23,2	22,9	22	23,3
a. Soins de santé	5,1	5,5	5,5	5,6	6,2
b. Autres	19,6	17,8	17,5	16,5	17,1
5. Subsidés et autres versements aux entreprises	6,7	3,4	2,9	2,9	3

Source : Bogaert, H., 2005, Entre soutenabilité et croissance économique : le rôle difficile des finances publiques, dans Les Finances Publiques : défis à moyen et long termes, 2005, CIfOP, Charleroi.

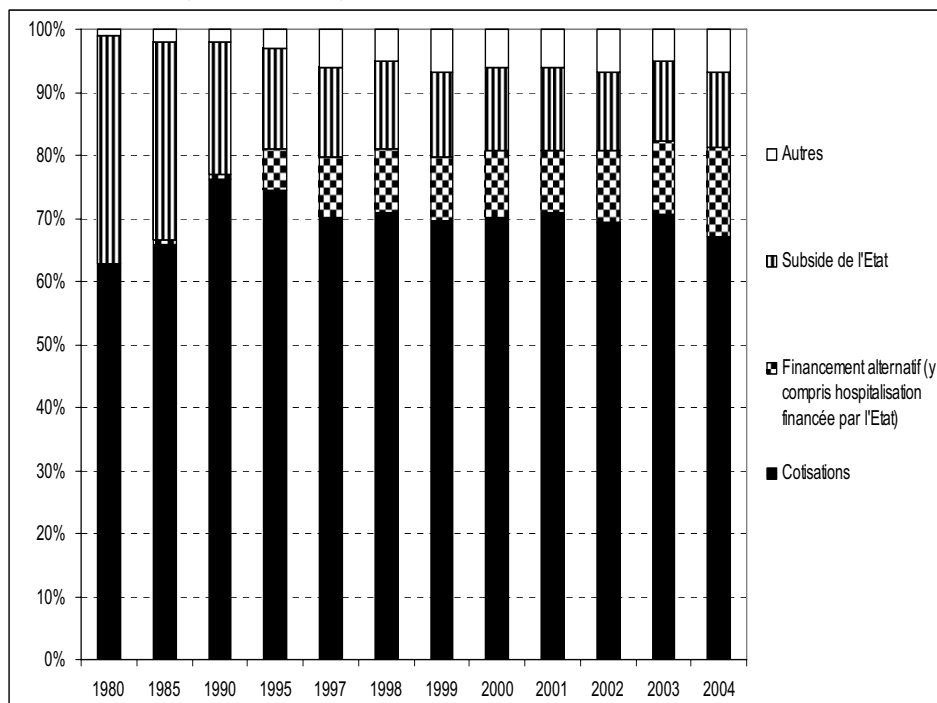
Dans un précédent rapport, nous avons conclu que, durant les deux dernières décennies, les partenaires sociaux avaient assumé leur responsabilité de financement de la sécurité sociale en augmentant l'importance relative de leurs contributions, face à une stagnation nominale de la contribution de l'Etat pendant 20 ans. Cela a entraîné une diminution relative du financement de l'Etat de 35 à 11 %. Telle est la situation pour les travailleurs salariés. Pour les travailleurs indépendants, la subvention de l'Etat se maintient à 27 %, bien que cela soit moins élevé en % des revenus macroéconomiques de cette catégorie (voir CNT, p. 13 et BNB). La stabilisation de l'intervention de l'Etat est, bien sûr, une question de formulation. Dans les années 1980 a été introduit ledit 'financement alternatif' de la sécurité sociale, qui implique un recours accru à la modération des salaires pour financer une contribution supplémentaire des employeurs et une part de 20 % des taxes sur la valeur ajoutée (6). Depuis 2004, le financement supplémentaire des hospitalisations par l'Etat est inclus dans ce 'financement alternatif' mais, bien sûr, il existait déjà auparavant, et était financé par le budget de la santé publique. Le financement alternatif est aujourd'hui plus élevé que les autres subsides de l'Etat, mais cela est évidemment un point de vue juridique ou institutionnel : en réalité, il s'agit de nouveau d'un passage d'un système de financement par les cotisations à un système de financement par imposition générale, plus ou moins marqué. En octobre 2005, le Gouvernement a accepté d'affecter 15 % des retenues d'impôts sur le revenu des capitaux, qui sont en augmentation, au financement de la sécurité sociale.

**FIGURE 8 : FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES ET INDEPENDANTS 1980-2004 (EN MILLIARDS D'EUR)**



Source : SPF Sécurité Sociale, (2005), Vade-mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique, SPF Sécurité Sociale, Bruxelles.

(6) Ce % est variable : il était pour les employés de 20,3 % des revenus de la TVA en 1999, et de 23,5 % en 2001. Voir *Vade-mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique 1999-2005*, p. 101-103.

**FIGURE 9 : FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES ET INDEPENDANTS 1980-2004 (EN % DU TOTAL)**

Source : SPF Sécurité Sociale, (2005), Vade-mecum des données financières et statistiques de la protection sociale en Belgique, SPF Sécurité Sociale, Bruxelles.

## 6. PRINCIPALES REFORMES DU SYSTEME DE PENSION

### 6.1. STRUCTURE DU SYSTEME BELGE A TROIS PILIERS

Le système de pension belge est un système à trois piliers : il y a eu une vaste réforme du système de pension en 1997, une réforme des pensions professionnelles en 2003 et une sensibilisation accrue à l'importance de l'épargne-pension individuelle du troisième pilier, alors qu'actuellement l'accent est également mis sur l'accès à la propriété. Les pensions légales sont des pensions liées aux revenus fondées, pour les travailleurs du secteur privé, sur un système par répartition, un système pour les indépendants et un système pour les fonctionnaires.

Le système de pension belge est généreux du point de vue du nombre de bénéficiaires mais restrictif du point de vue du niveau des prestations. Cela est en partie dû au faible niveau d'activité dans les catégories d'âge au-delà de 55 ans. Néanmoins, le système est critiqué pour son caractère actuariel et injuste, et parce qu'il n'offre pas d'incitations à travailler plus longtemps. Il n'est pas surprenant que, à l'heure



actuelle, la Belgique soit le pays dans lequel le nombre d'années à vivre au-delà de la retraite est le plus élevé, pas parce que l'espérance de vie y est beaucoup plus élevée qu'ailleurs mais parce que l'âge réel de la retraite y est l'un des moins élevés (58,7 pour la Belgique, comparé à 61 pour l'UE 25 en 2003) (Rapport sur l'emploi 2005 de l'OCDE ; Rapport stratégique Pensions national belge, 2005). Cette situation est quand même changeante maintenant : entre 2003 et 2005 l'âge réel de la retraite est augmenté en Belgique de 58,7 à 60,6, en comparaison avec un niveau plus stable pour l'UE de 60,9 en 2005 (Eurostat, Employment Statistics, 2007, Average exit age from the labour force - total).

**TABEAU 2 : FINANCEMENT DES PENSIONS EN BELGIQUE, 1996 ET 2003**

	<b>1996</b>	<b>2003</b>	<b>1996</b>	<b>2003</b>
	<b>% du PIB</b>	<b>% du PIB</b>	<b>Millions d'EUR</b>	<b>Millions d'EUR</b>
Contributions				
Premier pilier	5,70		11 795	
Deuxième pilier	1,20	1,67	2 483	4 498
Troisième pilier	1,20	4,51	2 483	12 147
Total	8,10		16 762	
Prestations				
Premier pilier	8,90	8,43	18 417	22 723
Premier pilier secteur privé	6,40	5,93	13 244	15 982
Premier pilier secteur public	2,50	2,50	5 173	6 741
Deuxième pilier	1,05	1,38	2 173	3 720
Troisième pilier	0,50	1,23	1 035	3 311
Total	10,45	11,04	21 625	29 754

Source : calculs personnels et Association belge des institutions de pension.

Nous observons actuellement une relative stabilisation du nombre de retraités pour des raisons démographiques. Cela peut expliquer pourquoi la part relative des pensions publiques est stable (voire en légère baisse), aussi bien pour les pensions publiques que pour les pensions privées.

Les cotisations annuelles n'ont pas augmenté de façon substantielle pour le deuxième pilier, comme le montre le tableau. Compte tenu des pressions sur les salaires et de l'intensification de la concurrence en particulier, le nombre de personnes bénéficiant d'un nouveau système de pension du deuxième pilier n'est pas très élevé. Nous n'avons observé qu'une faible augmentation nette des primes. Le reste de cette augmentation des fonds est attribuable aux performances du marché. Les cotisations nettes ont doublé au cours des cinq dernières années, mais nous avons également assisté à d'importantes sorties de prestations, de sorte que la prime nette a été limitée.

Le regain d'intérêt pour les fonds de pension sectoriels que l'on observe depuis 1999-2000 (ASV, Leuven, 31 mars 2000) a été favorisé par l'annonce de la nouvelle loi sur les fonds de pension sectoriels. Les pensions professionnelles peuvent être organisées au niveau de l'entreprise, par des assurances vie et, de plus en plus depuis la loi LPC de 2003, par des fonds de pension sectoriels.

Les chiffres ci-après illustrent cette importance croissante (Rapport Stratégique Pensions national belge, p. 14) :

- le nombre de personnes recevant ces prestations a augmenté, de 4,4 % en 1981 à 12,8 % en 1999 ;
- la pension moyenne comprenant un composant du deuxième pilier comparé à une pension du seul premier pilier a augmenté de 156,2 % en 1981 à 168,5 % en 1999 ;
- le montant total des cotisations a augmenté de 0,69 % du PIB en 1985 à 1,22 % en 2000 ;
- les cotisations par rapport aux remboursements ont augmenté de 108,4 % en 1995 à 125,4 % en 2000 ;
- le niveau total des réserves a augmenté de 7,69 % à 14,66 % du PIB en 1999 ;
- le nombre de personnes cotisant à des systèmes du deuxième pilier en 1999 comprend 35 % de la main-d'œuvre tandis que seulement 12,8 % reçoivent des prestations, ce qui illustre cette importance croissante.

D'après le registre des pensions de 2001, pour les nouveaux retraités de cette année, quelque 28,5 % des retraités ayant derrière eux une carrière de salarié disposaient uniquement d'une pension du deuxième pilier, contre 8,7 % pour les carrières d'indépendants, 4,6 % pour les carrières de fonctionnaires et 22,4 % pour les carrières mixtes (Rapport Stratégique sur les Pensions 2005, p. 20).

La nouvelle loi relative aux fonds de pension sectoriels devrait relever ce niveau de façon substantielle. Selon le Rapport Stratégique sur les Pensions en Belgique, en 2004, il existait des conventions collectives pour les pensions professionnelles dans les secteurs économiques, qui représentaient quelque 25 % de l'emploi dans le secteur privé, et si l'on inclut les 800.000 travailleurs qui avaient déjà un fonds de pension ou une assurance de groupe, cela couvre 48 % des employés du secteur privé. Pour le secteur privé non marchand, la nouvelle convention collective pour les années à venir annonce également la création d'un fonds de pension, bien que très limité (7).

---

(7) L'accord fédéral relatif au secteur non marchand stipule que, à compter de janvier 2006, 16,4 millions d'EUR seront mis de côté dans un 'fond d'épargne' ; le capital qui se trouvera dans le fonds sectoriel à partir du 31/12/2010 ne sera jamais inférieur à 0,6 % de la masse salariale totale du groupe concerné de l'année en cours (Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé - secteur privé).

**TABLEAU 3 : ESTIMATION DU NOMBRE DE PARTICIPANTS AUX SYSTEMES DU DEUXIEME PILIER**

<b>Travailleurs du secteur privé</b>	
Fonds de pension 2003	263 952
Assurance groupe	1 314 839
Institutions de pension sectorielles 2004	643 045
Total employés du secteur privé	2 685 000
% du secteur privé avec système du deuxième pilier, corrigé du double comptage	Quelque 48%
<b>Travailleurs indépendants</b>	
Fonds sociaux 2003	Quelque 65 000
Compagnies d'assurance 2004	Quelque 70 000
Total travailleurs indépendants	640 047
% de travailleurs indépendants avec système du deuxième pilier, estimation	21%

Source : Rapport Stratégique sur les Pensions, Belgique 2005, annexe 6.

La Commission Vieillesse suppose que, à court terme, le nombre de cotisants augmentera de 400.000 à 500.000 personnes (Commission Vieillesse, 2003, p. 40).

On observe une augmentation beaucoup plus forte de l'épargne-pension dans le troisième pilier où, d'une part, il existe des comptes de pension individuels (le budget 2006 propose une augmentation du montant déductible) et, d'autre part, les contrats d'assurance vie connaissent aujourd'hui une véritable renaissance, appelons cela une 'deuxième vie'. Ces derniers ont en effet affiché la plus forte augmentation, notamment grâce au succès des nouvelles opportunités d'investissement, les contrats d'assurance de la branche 23, qui sont liés à des fonds d'investissement. Le taux d'épargne a grimpé jusqu'à 4,5 % du PIB pour ces produits. L'épargne pension connaît déjà un succès remarquable depuis 1996 (voir BNB, Rapport annuel 2004, p. 126, augmentation des actifs financiers des ménages).

Les nouvelles pensions sectorielles prétendent pouvoir couvrir relativement rapidement un groupe supplémentaire de la population active (voir le double), ce qui permettrait la couverture de la quasi-totalité de la population (à l'exception des travailleurs du secteur public, qui bénéficient déjà d'un meilleur taux de remplacement pour leur pension du premier et unique pilier).

Un élément crucial, et qui devait faire l'objet de négociations, a été l'introduction des limites d'âge dans les systèmes. Il a fallu plusieurs négociations avec les partenaires sociaux pour tomber d'accord sur l'âge de 60 ans, en tenant compte d'une période de transition de 7 ans dans les situations existantes.

Comme illustré dans Pacolet, 2002, la part des fonds de pension et des compagnies d'assurance reste cependant limitée dans les marchés financiers, mais cela est plus que compensé dans le portefeuille des ménages belges, et dans l'économie en

général, par le niveau élevé des autres actifs financiers et non financiers. La propriété d'un logement représente près de la moitié du patrimoine des ménages (rapport BNB 2004), et le niveau total d'actifs bancaires et autres actifs financiers est plus élevé (par rapport au PIB) que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. La situation financière nette des ménages belges est l'une des meilleures, dans une perspective internationale. En 2003, pour un total d'actifs financiers des ménages de 680 milliards d'EUR, on observait des dettes de 116 milliards d'EUR (Rapport BNB 2004, p. 124). Nous avons considéré dans le passé l'importance de la propriété en tant qu'épargne-pension implicite comme une 'épargne-pension avant la lettre' (Devos, Van Dender, Pacolet, 1991), un élément qui est désormais intégré à juste titre dans la question des pensions (Rapport Stratégique Pensions Belgique 2005, p. 7).

La Belgique reste caractérisée par un niveau relativement faible d'épargne-pension sous forme d'annuités et de revenus de pension complémentaires. La plupart du temps, les fonds de pension sont reversés sous forme de capital. La nouvelle loi relative aux fonds de pension souhaite limiter cela, mais la population n'y est pas très favorable. Cela implique qu'une plus grande partie des épargnes-pension est transmise aux générations suivantes, en tant que legs. Dans les pays où le recours aux annuités a été poussé plus loin, il a donné lieu à une augmentation de la consommation et à une diminution de l'épargne globale alors que, au contraire, les pensions par capitalisation pourraient favoriser cette épargne globale.

Bien que les prestations professionnelles obligatoires et facultatives représentent une partie limitée du total des prestations de pension (seulement 12 %), qui ne concerne que 12 % des retraités, cela implique que les bénéficiaires des pensions professionnelles (industries riches, revenus plus élevés) verront leurs revenus de pension augmenter de façon substantielle.

L'énorme différence entre les personnes qui n'ont droit qu'à une pension du premier pilier et celles qui bénéficient d'une pension du deuxième pilier devient plus claire au vu des chiffres suivants : le premier groupe perçoit une pension moyenne de 839 par mois ; le deuxième groupe a une pension de 1 414 par mois (Conseil Supérieur des Finances, Comité d'étude sur le Vieillissement, avril 2002, p. 113).

Le ratio de remplacement macroéconomique (8) du système de pension légal diminue progressivement (Rapport Stratégique Pensions national belge, p. 13) : alors qu'il était de 29,9 % en 2000, il redescendra à 28 % en 2030 et n'atteindra plus que 25,5 % en 2050. Cet impact ne doit pas être surestimé, car le nombre de familles percevant deux salaires est appelé à augmenter de 32 % à 55 % entre 2010 et 2050 (Ibidem, p. 13). Il pourrait être amélioré avec une cotisation relativement modeste à un régime du deuxième pilier. Le comité d'étude sur le vieillissement a calculé, pour le 'Current and Prospective Replacement Rates Report' du sous-groupe d'indi-

---

(8) Défini comme étant la pension moyenne en tant que part du salaire brut moyen.

cateurs du Social Protection Committee (Commission d'étude sur le vieillissement, 2004, p. 149), le ratio de remplacement d'une pension moyenne dans le cas d'une carrière complète dans le secteur privé, avec une cotisation à une pension du deuxième pilier représentant 4,25 % du salaire brut. Les cotisations pour 2002 avaient débuté 10 ans plus tôt ; en 2030, elles avaient commencé 40 ans plus tôt. Le taux de remplacement brut est peu élevé mais, compte tenu du régime fiscal relativement favorable (crédit d'impôt), le taux de remplacement net se chiffre à quelque 66 %, en ce compris la part de la pension du deuxième pilier. Pour le moment, cette part est limitée à moins de 10 % de la pension totale, mais cette limite pourrait être relevée à l'avenir et atteindre un quart du revenu de pension moyen total et du taux de remplacement. Cela signifie qu'il est possible d'atteindre, moyennant un 'effort relativement modéré', un objectif de taux de remplacement de 75 %, en part du PIB. Toutefois, une proportion de 4,25 % du salaire pour l'épargne-pension individuelle est très élevée par rapport à la cotisation d'origine pour les pensions publiques, qui était de 5,7 % (du PIB) (voir ci-dessus). Quel aurait été le résultat si les cotisations du premier pilier avaient été augmentées ? Et nous ne devons pas oublier que même ces résultats ne sont pas ambitieux puisqu'ils correspondent au taux de remplacement au moment de la retraite, et qu'aucun lien avec l'évolution du bien-être général n'est établi, ce qui entraîne une érosion des pensions de vieillesse.

**TABLEAU 4 : TAUX DE REMPLACEMENT POUR LES CAS TYPIQUES, EN TERMES BRUTS ET NETS, AU MOMENT DE LA RETRAITE**

Taux de remplacement en %	2002	2010	2020	2030
Taux de remplacement brut 1er pilier	36,5	37,1	36,8	36,6
Taux de remplacement brut 2ème pilier	3,5	6,1	12,2	11,8
Taux de remplacement brut total	40,0	43,2	49,0	48,4
Taux de remplacement net total	66,1	68,2	77,2	76,3

Source : Commission d'étude sur le vieillissement, 2004, p. 151.

Nous sommes donc de plus en plus préoccupés par l'adéquation de nos pensions, car, durant la période 1982-1998, le plafond pour le calcul des prestations de pension n'était indexé qu'en fonction des prix et non en fonction de l'évolution du bien-être général. Quant aux retraités, encore une fois, leur pouvoir d'achat est garanti par une liaison des pensions à l'index, mais pas à l'évolution générale des salaires. Seul, le système appliqué aux fonctionnaires est lié à l'évolution des salaires ('péréquation'). D'autres mesures destinées à améliorer les prestations de façon sélective sont décrites dans le rapport de Pacolet et Verschuere (2007).

Les systèmes de pension jouent un rôle crucial dans la prévention de la pauvreté chez les personnes âgées. Sans eux, quelque 90 % de ce groupe basculeraient dans la pauvreté. Toutefois, même dans les conditions actuelles, le risque de pauvreté est

deux fois plus élevé chez les personnes âgées que dans le reste de la population (Commission d'étude sur le vieillissement, 2004, p. 37) : ce groupe compte près de 25 % de personnes en situation de pauvreté, contre 13 % pour le reste de la population. En outre, compte tenu de la série d'augmentations sélectives des pensions, un nombre de moins en moins important de personnes demandent la pension minimale.

## 6.2. REFORME

La réforme du secteur des pensions publiques actuel, que l'on évoque si souvent, n'a pas été mise en œuvre. L'assurance-pension reste donc essentiellement un système par répartition traditionnel, au sein duquel le régime du deuxième pilier peine à se faire une place (ce n'est que durant ces dernières années que les performances exceptionnelles ont permis de compenser les paiements). La modération des salaires et la croissance dans les secteurs qui n'ont pas les moyens de recourir aux systèmes de pension complémentaire expliquent cette croissance apathique (Bouten, Pacolet, 2000).

La réforme des pensions de 1997 a tenté de restaurer la confiance dans l'actuel système de pension publique, celui du premier pilier, en améliorant la pension maximale liée à des plafonds de salaires adaptés ainsi que l'ajustement des plus petites pensions au bien-être général. Dans un même temps, elle a limité les dépenses puisque les pensions n'étaient indexées qu'en fonction des prix (index des prix de la santé). Les calculs du Bureau fédéral du Plan, fondés sur une extrapolation à long terme du système actuel, sont arrivés à la conclusion que les pensions resteraient viables et même abordables, pour autant que la dette publique diminue. Par rapport à la croissance réelle, ces pensions seront de plus en plus ramenées à un régime de base, suscitant ainsi une demande pour les régimes de pension complémentaires. A l'heure actuelle, ceux-ci n'occupent pas une plus grande place dans l'épargne individuelle et les marchés financiers, lesquels sont dominés par un glissement beaucoup plus important des services bancaires commerciaux vers les fonds communs de placement, qui prennent de plus en plus d'importance grâce aux avantages fiscaux (SICAV) et aux performances exceptionnelles du marché boursier dans les années 1990.

**TABLEAU 5 : PRINCIPALES INITIATIVES REGLEMENTAIRES****Réforme du premier pilier**

1997 Réforme des pensions

**Réforme du deuxième pilier**

1995 Loi Colla  
 1997 Pension minimale et revenu minimum garanti pour les retraités âgés  
 1999 Accord du Gouvernement sur la création de fonds de pension sectoriels  
 2001 Accord des partenaires sociaux sur la création des fonds sectoriels  
 2002 Création de pensions complémentaires pour les travailleurs indépendants  
 2003 Loi sur les pensions sectorielles  
 2003 Non-discrimination des travailleurs temporaires

**Réforme du troisième pilier**

1985 Création de comptes d'épargne-pension individuels

Source : Association Belge des Fonds de Pension.

La réforme des fonds de pension sectoriels opérée par le Ministre Colla a amélioré la participation des employés au contrôle des régimes de pension professionnels et a également permis d'accroître la flexibilité. La nécessité de combler le fossé entre l'importance décroissante des pensions statutaires et la volonté de fournir des revenus de pension décents a été satisfaite par la nouvelle loi sur les fonds de pension du Ministre Vandembroucke (LPC - Loi relative aux pensions complémentaires du 28 avril 2003). L'objectif premier de cette loi consiste à élargir l'accès aux régimes du deuxième pilier à tous les travailleurs, notamment dans les secteurs qui recourent traditionnellement moins à ces systèmes de protection sociale professionnels. Elle a entraîné (entraînera) une sorte de 'démocratisation' du deuxième pilier (voir Conseil Supérieur des Finances, Commission d'étude sur le vieillissement, avril 2002, p. 29). En mai 2003, cette même commission d'étude sur le vieillissement a procédé à une évaluation de l'impact potentiel de cette réforme. Elle a utilisé des scénarios dans lesquels la participation actuelle aux pensions professionnelles (quelque 30 % à 35 % des travailleurs) pourrait augmenter de 15 % à 35 %. Cela implique une augmentation des cotisations de 0,2 % à 0,6 % du PIB pour 2003, et des dépenses fiscales supplémentaires de 0,09 % à 0,26 % du PIB (Commission d'étude sur le vieillissement, mai 2003, p. 40, 41, 44).

Les objectifs de la nouvelle loi sont clairement définis :

- éviter les abus en n'autorisant la retraite qu'à partir de 60 ans ;
- encourager les annuités : dans chaque plan de pension impliquant un paiement en capital, la transformation en annuités est prévue, y compris la neutralité fiscale (taxation à 16,5 % et une retenue sur les annuités) ;
- les pensions sectorielles sont négociées dans le cadre de conventions collectives et diffèrent des systèmes existants sur l'initiative des employeurs. Elles permettent une meilleure couverture, en particulier pour les ouvriers et les petites et moyennes entreprises ;

- étant donné qu'elles sont si essentielles à la protection (sociale) des travailleurs, elles sont contrôlées par le Gouvernement.

Les nouvelles pensions sectorielles sont également destinées à encourager la participation au marché du travail. (Rapport Stratégique Pensions national belge, p. 11). De nouvelles propositions (2004) visant à accorder des droits de pension supplémentaires aux individus qui travaillent plus longtemps ont été mises sur la table.

En 1999, le Gouvernement fédéral a décidé d'encourager la création de pensions professionnelles, sur une base sectorielle, aussi bien pour les travailleurs indépendants que pour les salariés du secteur privé. Depuis 1982, il existe un cadre réglementaire pour l'instauration d'un système du deuxième pilier pour les travailleurs indépendants (Pension complémentaire libre, B. Cantillon et al., 2002).

En outre, la nouvelle loi relative à la non-discrimination signifie que les pensions sectorielles ou les fonds de pension, qui jusqu'à maintenant s'inscrivaient dans une stratégie visant à encourager la rétention des travailleurs, devront également être appliqués aux travailleurs temporaires.

L'image fragmentée d'entreprises individuelles organisant, en tant qu'organisations sans but lucratif, la pension de certaines catégories de travailleurs est remarquable. Les pensions sectorielles ne devraient pas limiter la mobilité intersectorielle (Stevens, 2000, p. 261). Les fonds de pension individuels au niveau des entreprises, les anciens fonds de pension sectoriels, les assurances de groupe et les fonds de pension créés récemment coexisteront. En outre, ils peuvent exister pour les travailleurs, les travailleurs indépendants et les entreprises publiques. Bien qu'ils permettent une certaine mobilité, la complexité administrative ne semble en être qu'à ses débuts.

Le secteur des fonds de pension se plaint sans cesse de la complexité du système créé, système qui impose de lourdes tâches administratives, qui laisse perdurer la discrimination fiscale existante et qui ajoute à la complexité du paysage des pensions professionnelles en Belgique.

### 6.3. FUTURE STABILITE FINANCIERE DU PREMIER PILIER : LE 'FONDS DE VIEILLISSEMENT'

Afin de garantir la soutenabilité des finances publiques et l'avenir des pensions, un système de provision a été créé pour financer les pensions publiques dans le futur. Il s'agit dudit 'Fonds de vieillissement' qui, d'une certaine manière, est une forme de système de préfinancement de la charge que représenteront les pensions futures (2010-2030). Un pourcentage maximal de 1 % du PIB peut être investi (en obligations d'Etat) dans ce fonds, créé en 2001, lequel peut être réduit dès lors que la dette publique tombe au-dessous de la barre de 60 % du PIB. Au départ, le Conseil supérieur des finances publiques avait suggéré que l'excédent structurel du budget public (dont 0,3 % du Gouvernement fédéral et 1,3 % de la sécurité sociale) soit



reversé dans ce fonds, atteignant 0,7 % en 2007 et allant jusqu'à 1,5 % en 2011. C'est une sorte de système de remboursement de la dette publique qui doit être utilisé pour financer les pensions futures. Depuis 2001, environ 0,25 % du PIB a été injecté chaque année dans ce fonds (quelque 0,625 milliards d'EUR) de sorte que, à la fin de 2003, il atteignait 0,7 % du PIB. Cet élément 'd'affectation spécifique' se retrouve également dans la méthode de financement du 'Fonds de vieillissement'. En 2001, les produits des licences UMTS et la valeur excédentaire du transfert en or de la Banque centrale belge à la BCE ont été versés dans le fonds. En 2003, une partie des produits de la vente d'une filiale de Belgacom (opérateur de télécommunications public) aux Pays-Bas a été utilisée. En 2002, une partie des bénéfices de la Banque centrale belge qui devait revenir au Gouvernement belge a été versée dans le fonds (9). En septembre 2003, une somme supplémentaire de 2,6 milliards d'EUR a été affectée à ce fonds (la valeur de la titrisation d'un portefeuille de l'organisme public de prêt hypothécaire Credibe), ce qui l'a fait considérablement gonfler. Lorsque, à la fin de 2003 (réparti sur 2003 et 2004), la valeur du fonds de pension de Belgacom a pu être ajoutée au fonds, cela a entraîné un doublement du total du portefeuille en une seule transaction. La responsabilité accrue de l'Etat pour payer plus tard les pensions du personnel statutaire de Belgacom n'est pas prise en compte ici, de sorte qu'il ne s'agit pas vraiment d'un financement supplémentaire des engagements relatifs au régime de pension. En 2005, les rapatriements effectués dans le cadre de l'amnistie fiscale (quelque 400 millions d'EUR) ont été ajoutés au Fonds. Néanmoins, il a atteint à la mi-2005 une réserve totale de quelque 12,4 milliards d'EUR. Toutefois, ce financement fragmenté n'est pas rassurant pour le volume futur de ce fonds (voir aussi 'Programme de Stabilité de la Belgique 2003-2005'). Le portefeuille est investi dans des obligations coupon zéro du Trésor.

**TABLEAU 6 : RESERVES DU FONDS DE VIEILLISSEMENT : UNE RESERVE ALIMENTEE POUR FINANCER LES PENSIONS FUTURES, EN MILLIONS D'EUR, SITUATION MI-2005**

Financement	Montant
UMTS	437,8
Réserves en or de la Banque centrale	177,1
Bénéfices Banque centrale	429,0
Intérêt 2002	11,8
Dividende Belgacom 2002	237,2
Valeur non remboursée billets en francs belges	214,0
Credibe	2 645,7
Dividende Belgacom 2003	290
Fonds de pension Belgacom	5 000,0
Intérêt 2003	0,3
ALESH	2 500,0
Intérêt 2004	6,2
Amnistie fiscale	422,9
Credibe	19,8
Total en juin 2005	12 391,8

Source : résumé personnel.

(9) [www.begroting.be](http://www.begroting.be); [www.gva.be/dossiers/begroting](http://www.gva.be/dossiers/begroting) 2003.

#### 6.4. QUELQUES CONCLUSIONS STRATEGIQUES

Avec les changements paramétriques mis en œuvre dès 1997, le système de pension du premier pilier est viable pour l'avenir, mais son adéquation fait actuellement l'objet de discussions. Le Fonds de vieillissement est un fonds véritablement affecté mais relativement limité. Quoi qu'il en soit, il facilitera le financement des futures pensions du premier pilier. Les fonds de pension sectoriels constituent une solution intermédiaire (10) permettant de créer des droits de pension adéquats pour un groupe plus large. Pour le moment, son succès n'est pas établi et peut-être le citoyen belge, fidèle à sa réputation non pas de 'gros dépensier' mais de 'gros épargnant', a-t-il déjà choisi sa pension individuelle du troisième pilier. Quoi qu'il en soit, il semble évident qu'il y aura une certaine augmentation des cotisations (augmentation des cotisations estimée à un maximum de 0,6 % du PIB et dépenses fiscales estimées à 0,26 % du PIB ; voir ci-dessus). Le 'Fonds de vieillissement' implique également une nouvelle cotisation annuelle de 0,25 % du PIB.

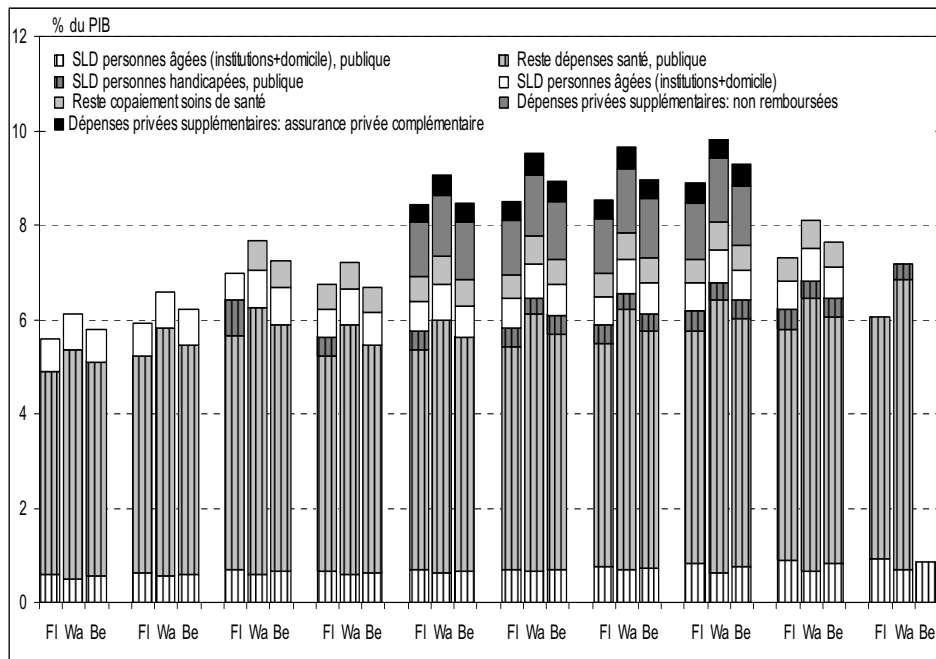
### 7. SOINS DE SANTE ET SOINS DE LONGUE DUREE

La Belgique compte parmi les pays les plus vieux. Cela implique qu'une part de plus en plus grande des dépenses en soins de santé est consacrée aux personnes âgées de 65 ans et plus (de quelque 35 % jusqu'à 50 % aujourd'hui, et elles atteindront 60 % en 2030). C'est pourquoi nous traitons conjointement les soins de santé et les soins de longue durée (non seulement pour les personnes âgées mais aussi pour les personnes souffrant d'un handicap). Etant donné que certaines de ces responsabilités sont du ressort des communautés, nous devons combiner l'information au niveau national et au niveau communautaire.

#### 7.1. DE L'AUSTERITE BUDGETAIRE A L'EXPANSION CONTROLEE

Dans la figure ci-après, nous présentons conjointement la croissance des dépenses publiques et privées qui sont affectées aux soins de santé et aux soins de longue durée en Belgique, ainsi que dans les communautés francophone et néerlandophone.

(10) À mi-chemin entre une pension professionnelle privée et un régime de pension plus solidaire.

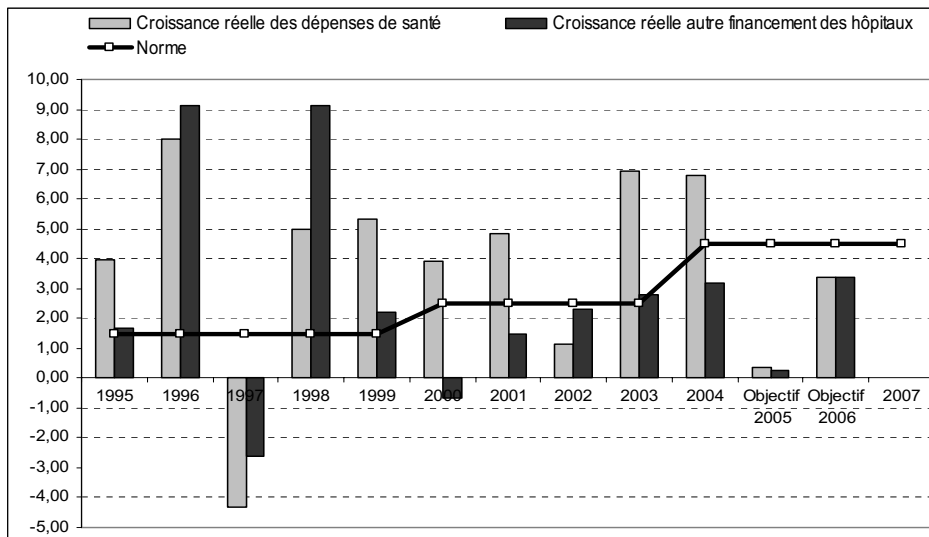
**FIGURE 10 : CROISSANCE DES DEPENSES PUBLIQUES ET PRIVEES EN SOINS DE SANTE : ASSURANCE SLD EXPLICITE ET IMPLICITE**

Source: Pacolet, J., Deliège, D., Artoisenet, C., Cattaert, G., Coudron, V., Leroy, X., Peetermans, A. et Swine, C. (2005), p. 421.

Ce schéma montre l'évolution du plus important budget de l'assurance nationale sur la santé (INAMI) : une période d'austérité budgétaire (croissance réelle autorisée de 1,5 % pour les années 1995-1999, 2,5 % pour les années 2000-2003) a été suivie d'une expansion contrôlée de la croissance annuelle réelle de 4,5 % pour les années 2004-2007 (Pacolet, 2002, p. 271 ; Commission d'étude sur le vieillissement, 2004) (11). En 2006 et 2007, nous observerons une nouvelle croissance de l'assurance publique sur la santé en raison de l'inclusion des petits risques pour les travailleurs indépendants (décidée en janvier 2004, mise en œuvre depuis le 1er juillet 2006). D'après les estimations, son coût budgétaire devrait représenter une croissance supplémentaire du budget de l'assurance publique sur la santé de 1 et 2 %, et une baisse équivalente de l'assurance facultative (une baisse de 10,7 % en 2006 et une nouvelle baisse de 32,7 % en 2007) (Pacolet, Deliège et al., 2005 , p. 365 et Commission d'étude sur le vieillissement, 2004). Cette 'nationalisation' de l'assurance facultative pour les travailleurs indépendants réduirait donc de façon substantielle la part de marché de l'assurance facultative.

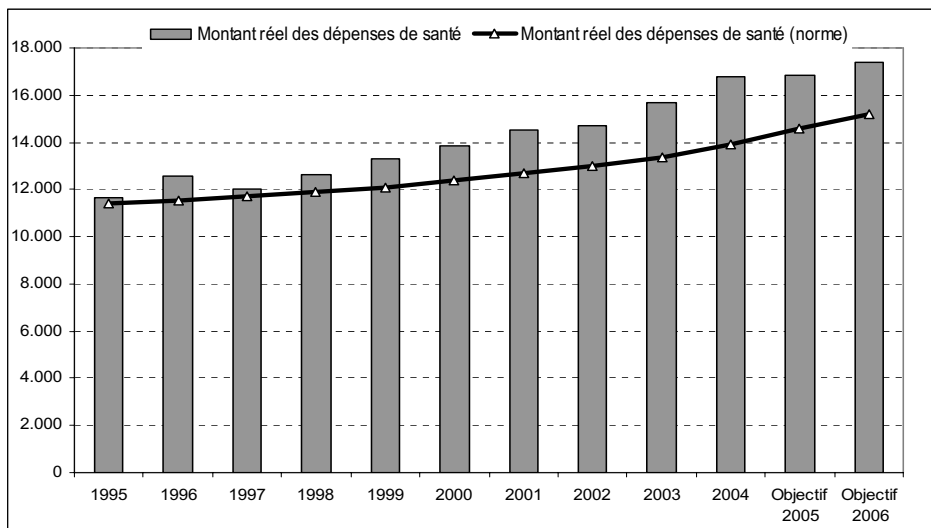
(11) Depuis 2004, l'intervention de l'Etat dans le financement des hôpitaux est incluse dans l'assurance-santé, et des fonds supplémentaires sont ajoutés au financement alternatif du budget global de la sécurité sociale, entrant ainsi dans le budget de l'assurance-santé.

**FIGURE 11 : TAUX DE CROISSANCE REELLE ANNUELLE DU BUDGET DE L'ASSURANCE-SANTE ET FINANCEMENT SUPPLEMENTAIRE DE L'HOSPITALISATION PAR L'ETAT, PAR RAPPORT AU TAUX DE CROISSANCE AUTORISE : LE BUDGET DE LA SANTE EST-IL MAITRISE ?**



Source : calculs personnels.

**FIGURE 12 : EVOLUTION REELLE DE LA CROISSANCE DU BUDGET DE LA SANTE PUBLIQUE ET EVOLUTION DE LA CROISSANCE AUTORISEE : LE BUDGET DE LA SANTE N'EST PAS MAITRISE (EN MILLIONS EURO)**



Source : calculs personnels.

Comme par le passé, la croissance réelle a été supérieure à la croissance autorisée et, en dépit de la politique expansionniste envisagée pour l'avenir, les coûts réels ont eu tendance à exploser, ce qui a forcé les gouvernements à appliquer des mesures de contrôle des coûts supplémentaires. Ce n'est que l'année dernière que cette situation semble avoir été maîtrisée. Il a été question d'introduire, en plus de cela, une assurance pour les soins de longue durée, mais les conditions budgétaires n'ont pas permis un tel changement institutionnel. Pour combler une lacune au niveau national, et face à la volonté accrue d'organiser la santé et les soins de longue durée (SLD) au niveau régional, le Gouvernement flamand a introduit une assurance SLD en 2001. En moins de trois ans, le groupe ciblé a été couvert presque entièrement et les soins prodigués aux personnes dépendantes, que ce soit à domicile ou en institution, se voient rembourser respectivement 90 et 125 EUR (12). Le succès (certains parlent de générosité) de ces mesures a déjà suscité un regain d'inquiétude quant au financement de ce nouveau système et à sa viabilité. Compte tenu du succès fulgurant de cette assurance SLD, nous l'avons appelée 'miracle flamand' (Pacolet, Deliège, e.a., 2006). En outre, les autorités nationales ont amélioré le financement des soins de longue durée prodigués aux personnes âgées dans des établissements spécialisés, de sorte que, si l'on ajoute à cela les budgets des soins infirmiers à domicile, la croissance du secteur des soins aux personnes âgées a été l'une des plus rapides des secteurs de l'assurance-santé. Néanmoins, les soins prodigués aux personnes âgées dans des institutions semblent être sous-assurés par comparaison aux autres pays. (OCDE, M. Huber). En Flandre, la prise en charge des personnes handicapées stagne déjà depuis une dizaine d'années, et les listes d'attente continuent de s'allonger, de sorte qu'une politique spécifique a été mise en œuvre afin de rattraper le retard. Au niveau national, le Gouvernement a également assoupli les conditions et amélioré le niveau d'un système d'allocations de soins pour les personnes âgées dépendantes. Nous en avons donc conclu qu'un système implicite d'assurance des soins de longue durée avait été établi. Si l'assurance SLD explicite au niveau flamand est bonne pour environ 0,11 % du PIB, l'augmentation des dépenses dans l'assurance-santé nationale et les allocations de soins, quelque 0,5% du BIP a été rajouté, soit la moitié des dépenses supplémentaires pour les 20 dernières années.

## 7.2. NIVEAU TOTAL DES DEPENSES PRIVEES ET PUBLIQUES

Bien que le système de soins de santé et de l'aide sociale soit très développé, tant du point de vue de la portée que du point de vue de la disponibilité, le volume des dépenses n'est pas exubérant, ni au niveau privé ni au niveau public, comme nous pouvons le constater par rapport aux autres pays. Nous n'avons pas non plus jusqu'à présent enregistré de plaintes concernant des listes d'attente excessives – sauf pour les soins prodigués aux personnes handicapées. Au contraire, le processus d'organisation d'un numerus clausus dans certaines professions médicales n'en était

---

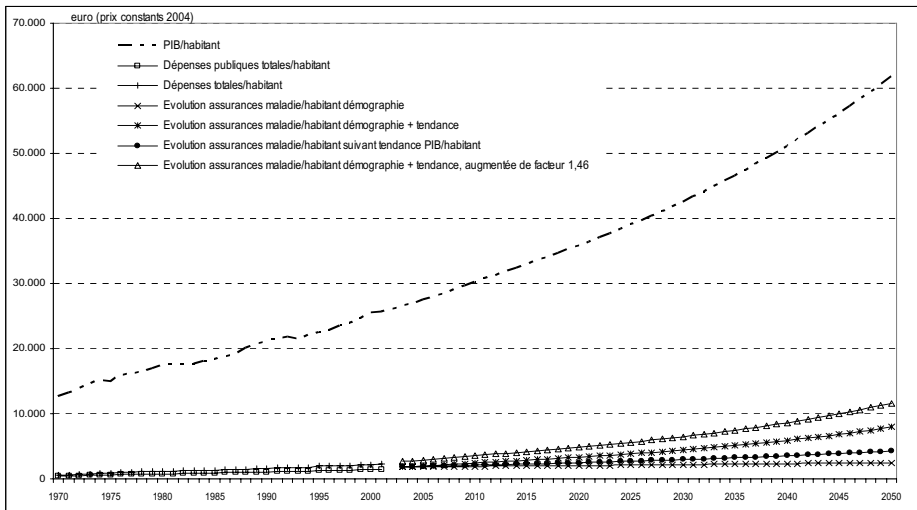
(12) À l'avenir, le montant de l'allocation perçue pour les soins à domicile sera relevé au même niveau que pour les soins en institution (125 EUR par mois en 2009)

qu'à ses débuts et pourrait entraîner un rationnement à l'avenir. La stratégie de contrôle de l'offre, ainsi que la liberté dans le choix du traitement, pourraient bien expliquer pourquoi l'on obtient une disponibilité relativement importante à un coût raisonnable.

Tout comme l'avaient révélé les calculs effectués par la Commission de la Politique Economique dans son groupe de travail sur le vieillissement au niveau européen, le coût augmente en raison du vieillissement de la population. En effectuant des calculs similaires, nous sommes arrivés à la conclusion que l'augmentation du coût des soins ne serait pas exubérante. En nous fondant sur des hypothèses de croissance du PIB et de dépenses largement acceptées, nous ne pouvons que décrire l'avenir comme une 'corne d'abondance' dans laquelle, même en cas d'augmentation des dépenses relatives, privées et publiques, nous conserverions un niveau abondant d'autres revenus disponibles, que nous pourrions affecter à la consommation privée, à la consommation publique ou à une autre redistribution.

Dans la figure ci-après, nous avons projeté le scénario de croissance du Bureau fédéral du Plan, avec plusieurs scénarios de dépenses privées et publiques dans les soins de santé. Cette présentation est inspirée dudit 'effet Baumol'. Elle montre que, malgré une croissance réelle substantielle (peut-être surestimée) des dépenses de santé (de 2 800 EUR par habitant aujourd'hui jusqu'à 11 600 EUR en 2050), nous aurons toujours à notre disposition une corne d'abondance additionnelle composée d'un autre pouvoir d'achat privé s'élevant à 24 200 EUR aujourd'hui et à 50 200 EUR en 2050. Ceci montre simplement que nous ne devons avoir aucune crainte quant à l'abordabilité macroéconomique des soins de santé.

**FIGURE 13 : UNE CORNE D'ABONDANCE : EVOLUTION DU PIB/HABITANT ET DU TOTAL DES DEPENSES, ET PROJECTION DES DEPENSES PUBLIQUES ET TOTALES PAR HABITANT, A PRIX CONSTANTS 2004, 1970-2050, EN EUR, BELGIQUE**



Source : Pacolet, J., Delière, D., Artoisenet, C., Cattaert, G., Coudron, V., Leroy, X., Peetermans, A. et Swine, C. (2005), p. 472

Nous avons observé une tendance accrue à la coassurance (appelons cela la responsabilité au niveau individuel), qui a entraîné une augmentation des dépenses privées, aujourd'hui estimée à 1/3 du total des dépenses. Mais cela a engendré des problèmes d'accessibilité : dans les dernières enquêtes sur la santé, près d'un tiers des personnes malades ont déclaré qu'elles avaient été 'contraintes pour des raisons financières de ne pas recourir aux services de santé ou de postposer ce recours'. L'instauration de 'franchises sociales', qui s'est ensuite transformée en un maximum à facturer pour les catégories de bénéficiaires disposant de revenus faibles à moyens, a amélioré l'abordabilité. Pour tous les soins de santé, le montant total de la coassurance de 2 % du PIB est remboursé via le maximum à facturer pour environ 0,5 %, ce qui dénote un effort important pour limiter cette quote-part. Encore une fois, nombreux sont ceux qui craignent que ce coût n'augmente trop vite, mais cela indique aussi les limites de l'augmentation des quotes-parts.

Certains pensent que l'introduction d'un deuxième pilier dans le système de pension est un appel à l'introduction d'un deuxième pilier similaire dans le secteur des assurances-santé. D'autres, comme l'ancien ministre des affaires sociales Vandembroucke, estiment que les solutions du deuxième pilier ne sont pas appropriées dans le cas des soins de santé. Les exemples au niveau international, les Etats-Unis 'par excellence', montrent que cela est possible. L'assurance facultative en Belgique, que ce soit du deuxième ou du troisième pilier, est aujourd'hui largement accessible mais, jusqu'à maintenant, son importance est restée limitée. La situation des travailleurs indépendants, soit 700 000 personnes, qui avaient besoin d'une assurance facultative pour les petits risques, est un cas particulier. Dès la mi-2006, les indépendants seront intégrés dans l'assurance-santé publique, ce qui réduira le recours à l'assurance facultative. Les caisses de maladie participaient et continueront de participer à l'assurance facultative, de sorte qu'elle persistera probablement. En outre, l'assurance-hospitalisation facultative est devenue un autre élément important de prévoyance professionnelle. Elle est le principal produit du deuxième pilier. D'autres assurances individuelles sont possibles. Ainsi, des compagnies d'assurance privées proposent des polices d'assurance SLD, et elles sont autorisées à fournir l'assurance SLD flamande obligatoire (mais n'ont pas eu beaucoup de succès). Leur étendue est considérable : pas moins de 60 % de la population (soit 6 millions de personnes, 2 millions par les mutualités, 4 millions par des assureurs privés) sont couverts par ce système. Toutefois, les estimations de leur importance relative restent limitées à environ 4 à 5 % des dépenses de santé totales (voir tableau ci-après) mais, parallèlement, elles ont enregistré une augmentation rapide ces dernières années (13).

---

(13) Pour une analyse plus détaillée du financement des soins de santé et de l'aide sociale en Flandre, voir Pacolet, Van Opstal, Borghgraef, 2007.

**TABLEAU 7 : SYSTEME A TROIS PILIERS DE L'ASSURANCE-SANTE EN BELGIQUE, EN MILLIONS D'EUR, INFORMATIONS PARTIELLES**

	1987	1993	1999	2001	2002
<b>Assurance santé publique</b>					
Quotes-parts santé					1.390,3
Quotes-parts maisons de repos et établissements de soins					1.401,0
Total quotes-parts	676,7	n.a.	3.544,9 (a)		2.791,3
Assurance santé publique					13.047,7
Maisons de repos et établissements de soins					1.110,3
Total assurance-santé publique	5.999,0	8.592,6	12.029,1	13.774,4	14.158,0
Département santé publique	530,5	n.a.	1.066,5	1.129,0	1.175,2
<b>Assurance facultative</b>					
Petits risques travailleurs indépendants					
Assurance	163,6	n.a.	240,5	n.a.	264,0
Quotes-parts	59,5	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Total petits risques	223,1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Assurance privée					
Assurance complémentaire caisses de maladie	n.a.	168,4	n.a.	256,2	n.a.
Assurance privée de groupe	n.a.	70,1	n.a.	209,5	n.a.
Assurance privée individuelle	n.a.	75,2	n.a.	196,3	n.a.
Total assurance privée (b)	99,2	145,3	379,3	405,8	813,2
<b>Total assurance-santé facultative</b>	322,3	313,6	619,7	662,0	1.077,2
<b>Total des dépenses</b>	7.528,5		17.260,3		19.201,7
Assurance facultative en % des dépenses totales	4,3		3,6		5,6
Assurance privée en % du budget de la santé publique	1,7		3,2		5,7

(a) Y compris la consommation médicale autonome

(b) Hors assurance privée caisses de maladie

Source : Pacolet, Deliège, e.a., 2004, p. 367, basé sur L'Office de contrôle des mutualités, Rapport annuel 2003, p. 62 ; Wouters, Spinnewyn, Pacolet, 1988 ; Pacolet e.a. 2001 ; Communiqué de presse Premier Ministre 02/02/2004 ; CNT, Rapport concernant le financement de la sécurité sociale, p. 75 pour les années 1993 et 2001.

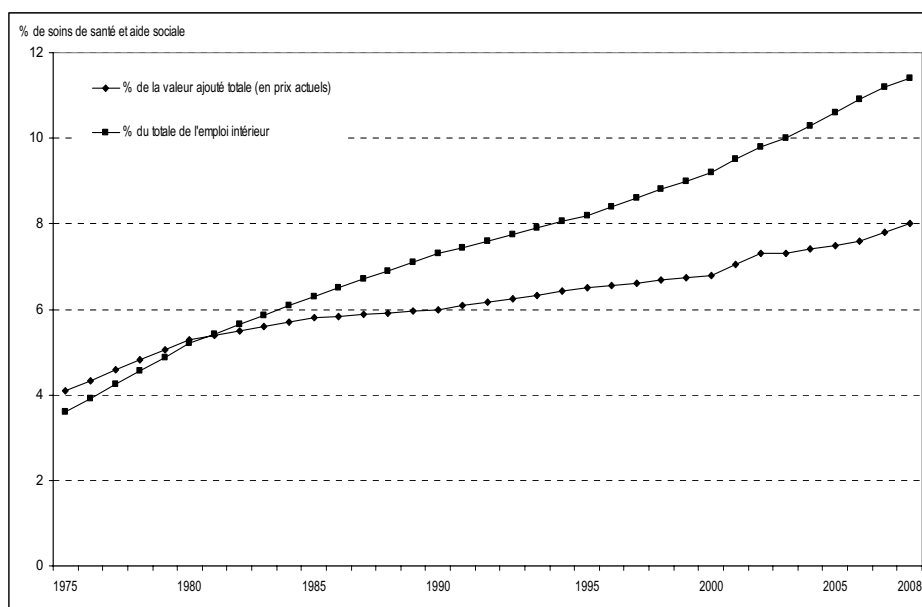
### 7.3. LES SOINS DE SANTE ET L'AIDE SOCIALE ONT ETE ET RESTERONT UN IMPORTANT VEHICULE DE CREATION D'EMPLOIS

La croissance du secteur des soins de santé et de l'aide sociale en Belgique a été rapide, essentiellement sous l'impulsion d'un puissant mouvement syndical en faveur de l'amélioration des conditions de travail, de la création d'emplois et des salaires. Ainsi, les réductions des cotisations à la sécurité sociale ('Maribel social') ont été réinvesties dans le secteur pour créer des emplois, et nous avons appliqué ce que nous appelons des 'bonnes pratiques' qui consistaient à réduire le temps de travail des travailleurs âgés, ce qui a permis non seulement de faciliter le prolongement de la vie active mais aussi de susciter de nouveaux besoins de création d'em-



ploi (14). En outre, dans un avenir proche, près de 80 % des emplois supplémentaires de l'économie belge seront créés dans le secteur de la santé et de la fourniture de soins (projections à moyen terme du Bureau fédéral du Plan). La création d'emplois a été importante. La figure ci-après montre que l'emploi a augmenté de 3,5 à 11,3 %, tandis que sa part dans le PIB a enregistré une augmentation beaucoup moins marquée, ce qui s'explique en grande partie par l'expansion du secteur de l'aide sociale. Cette évolution des prix et des salaires n'est pas exubérante, du moins en moyenne. Cette création d'emplois a tiré à la hausse et a soutenu l'emploi total en Belgique ces 25 dernières années, et les comparaisons au niveau international montrent que les pays scandinaves ont été encore plus loin dans cette voie. Nous n'avons pas l'impression que cette croissance supplémentaire doit être entravée par des pénuries de main-d'œuvre puisque, d'une part, nous assistons à l'émergence du *numerus clausus* et que, d'autre part, nous sommes confrontés à un chômage massif, ce qui requiert des efforts supplémentaires au niveau de la formation du personnel de la santé.

**FIGURE 14 : LA SANTE ET LES SOINS DE LONGUE DUREE, LE MOTEUR DE LA CREATION D'EMPLOIS : EVOLUTION DU PIB ET DE L'EMPLOI EN BELGIQUE DANS LES SOINS DE SANTE ET L'AIDE SOCIALE, 1975-2008, % DU TOTAL**



Source : Pacolet, J., Delière, D., Artoisenet, C., Cattaert, G., Coudron, V., Leroy, X., Peetermans, A. et Swine, C. (2005), p. 496.

(14) Le temps de travail normal, de 38 heures par semaine, est réduit à 36 heures pour les travailleurs du secteur des soins de santé et de l'aide sociale au-delà de l'âge de 45 ans, réduit à 34 heures pour les travailleurs de plus de 50 ans, et réduit à 32 heures pour les travailleurs âgés de 55 ans et plus.

## 8. CONCLUSIONS

L'Etat-providence belge a connu une expansion raisonnable. Le secteur des soins de santé a enregistré une croissance supérieure aux objectifs fixés, de sorte que les coûts des soins de santé publics en termes macroéconomiques ne semblent être maîtrisés que depuis peu. Pour le système de pension, la situation est moins claire. Dans le domaine des soins de santé, nous pouvons voir ce qui s'est réellement passé, tandis que le système de pension dépend de ce qui va se passer durant les prochaines années. D'autres réformes paramétriques visant à adapter les anciennes et nouvelles pensions à l'évolution des salaires doivent être mises en place. Le Fonds de vieillissement et le deuxième pilier doivent tenir leurs engagements. Une grande partie du Fonds de vieillissement doit encore être constituée, et le succès des pensions du deuxième pilier dépendra de la participation, du niveau des cotisations et des performances du marché. Le citoyen belge fuit vers l'avant en continuant d'épargner, en particulier dans les produits du troisième pilier, mais l'épargne-pension individuelle à long terme a toujours fait partie de sa nature. Ce n'est pas du tout une alternative à la protection sociale, ni un synonyme de protection sociale.

L'élaboration de politiques n'a certainement pas été dogmatique à cet égard puisque les fonds de pension déjà créés pour les entreprises publiques comme Belgacom ont été réintégrés dans le système par répartition destiné aux fonctionnaires. Dans le domaine de l'assurance-santé, les deuxième et troisième piliers facultatifs sont encore une fois largement répandus mais limités, et ils diminueront encore lorsque les petits risques pour les indépendants auront été intégrés dans le système public de soins de santé. Etant donné qu'ils sont à l'opposé de la privatisation, nous pourrions appeler cela 'nationalisation'.

En l'espace de cinq ans, nous avons observé une tendance à l'activation accrue dans les politiques de l'emploi, et nous pensons que le changement de régime ne sera pas marginal à long terme puisqu'il propose un âge réel de la retraite plus raisonnable. Il contribuera à la viabilité de la sécurité sociale, mais les changements les plus importants, les plus rassurants aussi, seraient l'augmentation de la création d'emplois et la réduction de la dette. Au vu des plafonds et des réductions d'impôt, nous tenons à mettre en garde contre l'érosion future du premier pilier de la protection sociale. Une réflexion sur l'activation et la création d'emplois a été engagée, le débat sur le niveau souhaité de protection sociale du premier pilier a été éclipsé et nous sommes passés d'un bond au débat sur les deuxième et troisième piliers. Le fait de plaider en faveur d'un Etat-providence décent (aussi dans le premier pilier) ne signifie pas pour autant que la recherche de l'efficacité et de la prévention des coûts soit une priorité moins importante dans les systèmes existants.

*(Traduction)*

## 9. BIBLIOGRAPHIE

---

Banque Nationale de Belgique, *Rapport 2002: Partie 1 Evolution économique et financière*, Bruxelles, 2003.

Bogaert, H., Entre soutenabilité et croissance économique: le rôle difficile des finances publiques, in *Les Finances Publiques: défis à moyen et long terme*, CIFO, Charleroi, 2005.

Bureau Fédéral du Plan, *Perspectives économiques 2002-2007*, Bureau Fédéral du Plan, 2002.

Cantillon, B., De Maesschalck, V. et Van Dam, R., *Welvaartsvastheid en de adequaatheid van de sociale minima 1970-2001*, CSB-Berichten, Centrum voor Sociaal Beleid, 2001.

Cantillon, B., Crop, M., Paeme, L. et Perl, G., Proposition de réformes dans le régime de pension des travailleurs indépendants. Deuxième rapport du groupe de travail Cantillon, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 2, pp. 229-263, 2002.

Cantillon, B., Marx, I. et De Maesschalck, V., *De bodem van de welvaartsstaat van 1970 tot nu, en daarna*, CSB-Berichten, Centrum voor Sociaal Beleid, 2003.

Commission des Communautés Européennes, *Rapport conjoint de la Commission et du Conseil concernant des pensions viables et adéquates*, 2003.

Conseil Supérieur des Finances, Commission d'étude sur le vieillissement, *Rapport annuel*, 2002.

Conseil Supérieur des Finances, Commission d'étude sur le vieillissement, *Rapport annuel*, 2003.

Devos, H., Van Dender, K. et Pacolet, J., *De rijkdom van de ouderdom. De sociaal-economische situatie van de bejaarden in België: huidige situatie en vooruitblik*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 1991.

Deffet, M., Aperçu historique, *Revue belge de sécurité sociale*, tome. 39, n° 2, pp. 283-319, 1997.

Degavre, F., Protection sociale et rapports de pouvoir, *Reflets et perspectives de la vie économique*, n° 1, pp. 77-88, 2000.

Economic Policy committee, *Budgetary challenges posed by ageing population: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Bruxelles, 2001.

Economic Policy Committee, *Reform challenges facing public pension systems: the impact of certain parametric reforms on pension expenditure*, 2002.

Englert, M., Fasquelle, N., Festjens, M. J., Lambrecht, M., Saintrain, M., Streel, C. and Weemaes, S., *Perspectives financières de la sécurité sociale 2000-2050. Le vieillissement et la viabilité du système légal des pensions*, Bureau Fédéral du Plan, Bruxelles, 2002.

Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, *Vade Mecum – budget de la sécurité sociale 2000*, Bruxelles, 2000.

Moniteur Belge, *Loi du 13 mars 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale*.

Pacolet, J. et Bouten, R., *Pensioen en pensioenfondsen: Complementair of concurrentieel?*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 2000.

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. and Versieck, K., *Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Member States and Norway*, Ashgate, Aldershot, 2000.

Pacolet, J. (ed.), *The state of the welfare state anno 1992 and Beyond*, APF-Press, ETUI/HIVA-K.U. Leuven, Toronto/Louvain, 2003.

Pacolet, J., The State of the Welfare State in Belgium around 1997, in J., Pacolet (ed.), *The State of the Welfare State in Europe Anno 1992 and Beyond*, APF, ETUI/HIVA-K.U. Leuven, Toronto/Louvain, 2003.

Pacolet, J., Deliège, D., Cattaert, G., Coudron, V., Peetermans, A., Artoisenet, C., Leroy, X. et Swine, C., Vieillissement, aide et soins de santé en Belgique, *Revue belge de sécurité sociale*, n° 2, pp. 129-183, 2006.

Pacolet, J., Vandersteen, A., Bestaat de spaarparadox in België, CoViVE, *Ouderen in Vlaanderen: een terugblik in de toekomst*, Anvers, UA, 2007.

Pacolet, J., Van Opstal, W. et Borghgraef, M., *Wie betaalt de social profit in Vlaanderen?*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 2007.

Pacolet, J., Verschuere, W., *Een uitkeringsafhankelijkheidsratio voor België?*, HIVA-K.U. Leuven, Louvain, 2007.

*Projet de loi sur les pensions complémentaires*, 30 juin 2001.

SPF Finances, *Programme de stabilité belge 2003-2005*, Bruxelles, 2002.

Stevens, Y., Van Buggenhout, B., *Sectorpensioenen*, die Keure, Bruges, 2000.

Van Mechelen, N., Bogaerts, K. et Cantillon, B., *L'évolution du bien-être des minima sociaux en Belgique, en Allemagne, en France et aux Pays-Bas*, SPF Sécurité sociale, Working Paper n° 2, 2007.

---

# TABLE DES MATIERES

## SITUATION DE L'ETAT-PROVIDENCE EN BELGIQUE EN 2005

<b>1. INTRODUCTION</b>	591
<b>2. CONCLUSIONS DU PRECEDENT RAPPORT SUR LA BELGIQUE</b>	591
<b>3. CROISSANCE ECONOMIQUE ET PROTECTION SOCIALE</b>	591
<b>4. CHOMAGE MASSIF ET STRATEGIES D'EMPLOI</b>	593
<b>5. VIABILITE DES FINANCES PUBLIQUES ET CONSEQUENCES POUR LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE</b>	598
<b>6. PRINCIPALES REFORMES DU SYSTEME DE PENSION</b>	601
6.1. STRUCTURE DU SYSTEME BELGE A TROIS PILIERS . . . . .	601
6.2. REFORME . . . . .	607
6.3. FUTURE STABILITE FINANCIERE DU PREMIER PILIER : LE 'FONDS DE VIEILLISSEMENT' . . . . .	609
6.4. QUELQUES CONCLUSIONS STRATEGIQUES . . . . .	611
<b>7. SOINS DE SANTE ET SOINS DE LONGUE DUREE</b>	611
7.1. DE L'AUSTERITE BUDGETAIRE A L'EXPANSION CONTROLEE . . . . .	611
7.2. NIVEAU TOTAL DES DEPENSES PRIVEES ET PUBLIQUES . . . . .	614
7.3. LES SOINS DE SANTE ET L'AIDE SOCIALE ONT ETE ET RESTERONT UN IMPORTANT VEHICULE DE CREATION D'EMPLOIS . . . . .	617
<b>8. CONCLUSIONS</b>	619
<b>9. BIBLIOGRAPHIE</b>	620

# LE DECLIN SILENCIEUX DU REGIME DE PENSION DES MEMBRES DU PERSONNEL DU SECTEUR PUBLIC LOCAL EN BELGIQUE

PAR **JAN GYSEN**

Administrateur général, Office national de Sécurité sociale des administrations provinciales et locales

## INTRODUCTION

Très souvent, les études comparatives ou les conférences internationales présentent ce que nous appelons couramment les 'best practices'. L'objectif du présent document est de schématiser les défis auxquels un système de sécurité sociale donné est confronté en Belgique. Cette étude de cas aborde le problème des pensions d'une partie du personnel de la fonction publique, à savoir le personnel du secteur local (provinces, villes et communes, ainsi que les intercommunales chargées de la collaboration intercommunale).

## 1. STRUCTURE DES REGIMES DE PENSION

Il s'agit du financement des pensions de près de la moitié des 330.000 fonctionnaires locaux en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. Ensemble, ceux-ci représentent en Belgique environ un tiers du personnel de la fonction publique, aux côtés du personnel des communautés et des régions et du personnel de l'Etat fédéral, qui représentent chacun un tiers de l'ensemble du personnel de la fonction publique.

Au cours de la période 1995-2004, le nombre de membres du personnel contractuel employés dans les administrations locales n'a cessé d'augmenter, passant de 50 % à 56 %. La proportion de fonctionnaires nommés a, quant à elle, chuté de 50 % à 44 %. Le présent document traite de leur pension légale.

Nous schématiserons brièvement l'apparition, l'évolution et la signification actuelle de ce régime de pension par et pour le secteur local. En outre, nous désignerons les mécanismes généraux qui interviennent dans ce régime, ainsi que les points chauds qui nécessiteront certainement des interventions dans un avenir proche si nous voulons que le régime défini reste viable.

Ce régime par répartition a vu le jour au début des années trente et a donné naissance à un système de solidarité volontaire entre les communes qui, pour l'octroi des droits de pension à leurs fonctionnaires, ont la possibilité de se regrouper moyennant le paiement d'un pourcentage de participation sur la masse salariale des fonctionnaires nommés. Ce pourcentage doit être fixé chaque année.

Nous abordons ici une autre notion : ce système de financement porte uniquement sur les pensions des membres du personnel nommés. Les cotisations sont perçues en même temps que les autres cotisations de sécurité sociale.

Les cotisations de pension sont perçues de façon identique pour les membres du personnel contractuel, mais elles sont ensuite reversées à la gestion globale de la sécurité sociale, qui est chargée du financement des secteurs en fonction de leurs besoins.

Pour le membre du personnel individuel, qu'il soit statutaire ou contractuel, la cotisation personnelle est identique et correspond à 7,5 % du salaire. Toutefois, dans le cas des statutaires, la cotisation 'patronale' a sensiblement augmenté ces dernières décennies, tandis qu'elle est fixée à 8,86 % pour les contractuels. Cette différence importante de cotisations pour le secteur des pensions (plus du double) est bien entendu liée aux écarts considérables entre le secteur public et le secteur privé sur le plan des pensions versées.

Nous reviendrons plus tard sur l'importance du nombre et sur la proportion de statutaires et de contractuels dans le cadre des besoins de financement futurs.

A quoi correspond exactement la pension d'un membre du personnel statutaire ? La loi oblige les administrations locales à octroyer au personnel nommé des droits de pension qui soient au moins égaux à la pension d'un fonctionnaire fédéral. Auparavant, certaines communes versaient des pensions sensiblement plus élevées mais ces avantages exceptionnels attribués dans le secteur local ont été progressivement supprimés en raison d'un manque de moyens financiers.

Pour l'attribution et le paiement des pensions de leurs fonctionnaires, les communes peuvent :

- soit adhérer à un régime commun (pools 1 et 2) ;
- soit constituer une caisse de pension communale propre (pool 4) ;
- soit s'adresser à une compagnie d'assurances (pool 3) (appelée 'institution de prévoyance agréée' dans la législation).

Cette dernière présentera des plans de financement à l'administration individuelle, sur la base d'études d'actuariat propres. Il s'agit en fin de compte de l'exécution d'un contrat avec une compagnie d'assurances privée en rapport avec la fixation et le paiement des pensions, moyennant le paiement annuel d'un montant fixé de commun accord. Ici, les pouvoirs publics régionaux ou fédéraux n'interviennent pratiquement pas. Ces dernières années, la réforme politique a donné naissance à un cinquième pool. Nous abordons ci-dessous l'importance relative des différents régimes de pension.



**TABLEAU 1 : EVOLUTION DU NOMBRE DE CONTRACTUELS ET D'AGENTS NOMMES PAR REGIME DE PENSION**

<b>Nombre de travailleurs (têtes)</b>				
POOL	1995	1998	2001	2004
Contractuels	133.152	148.405	168.456	187.782
Nommés pool 1	59.387	59.296	60.745	50.564
Nommés pool 2	132	6.887	8.034	10.038
Nommés pool 3	13.374	47.419	46.773	37.727
Nommés pool 4	62.829	21.175	19.256	17.302
Nommés pool 5	0	0	0	29.569
<b>TOTAL</b>	<b>268.874</b>	<b>283.182</b>	<b>303.264</b>	<b>332.982</b>

Pool 1 : le régime commun de pension des administrations locales (ONSSAPL).

Pool 2 : le régime des nouveaux affiliés à l'Office (ONSSAPL).

Pool 3 : le régime des administrations affiliées à une institution de prévoyance (ONSSAPL).

Pool 4 : le régime des administrations qui possèdent leur propre caisse de pension.

Pool 5 : le Fonds des pensions de la police intégrée (ce Fonds est englobé dans le Service des pensions du secteur public – SDPSP, pas dans l'ONSSAPL).

Source : ONSSAPL, Evolution de l'emploi contractuel et statutaire dans le secteur local 1995-2004, Brochure ONSSAPL.

Les acteurs suivants sont concernés par ce problème des pensions :

- une administration locale peut soit opter pour une propre caisse de pension, soit faire appel à une institution de prévoyance, soit adhérer à un régime commun ;
- la fixation des droits de pension à attribuer et le paiement de ces pensions sont du ressort soit de l'administration à proprement parler soit de l'institution de prévoyance ; dans le cadre du régime commun, il s'agit en principe d'une compétence du Service des pensions du secteur public (SDPSP), qui est un Office national ;
- pour une caisse de pension propre, la fixation et la perception des cotisations constituent bien entendu un élément du budget communal. Dans le cas des institutions de prévoyance, il s'agit de l'exécution d'un engagement contractuel et, pour le régime commun, il s'agit d'un mandat de l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales.

## **2. LE FINANCEMENT DES PENSIONS DES AGENTS NOMMES**

Même si, sur le plan fonctionnel, cette méthode ne s'avère nécessaire que dans le cas d'un régime solidarisé, il est courant dans toutes les situations d'exprimer la charge de pension par rapport à la masse salariale : la masse salariale des membres du personnel nommés.

Commençons par vous donner une idée du taux de cotisation actuel : pour les deux régimes communs, ce taux s'élève respectivement à 27,5 % et 29,5 %. Avant 1987, la caisse de répartition des communes comprenait essentiellement les petites communes, qui forment le premier groupe. 1993 a marqué le début de l'affiliation des grandes villes, qui constituent le deuxième groupe. La composition et la structure du personnel de ces deux groupes sont sensiblement différentes. C'est en raison de cette dynamique différente que les deux groupes sont gérés individuellement.

Toutefois, outre ces pourcentages (27,5 % et 29,5 %), il n'est vraiment pas rare de voir de plus grandes villes confrontées à un coût de pension qui, en plus de la charge salariale, représente entre 50 et 70 % de cette même charge salariale à titre de charge de pension.

En conséquence de cette charge de pension relative, nous assistons dans les budgets des autorités locales à une "éviction" des statutaires en faveur des contractuels. La préférence sera accordée aux membres du personnel dont le coût salarial budgétaire est le moins élevé.

Manifestement, le groupe des membres du personnel statutaire approche aujourd'hui assez rapidement de l'âge de la pension, sans que ceux-ci ne soient remplacés en tant que groupe.

Par ailleurs, ce glissement 'silencieux' vers le contrat de travail contractuel diminuera à terme la facture des pensions des autorités locales, à moins qu'un 'second pilier' ne soit instauré pour ces contractuels.

Il faudra donc faire des choix politiques clairs et, par souci d'honnêteté, préciser que, outre la composante financière (aussi importante soit-elle), d'autres considérations joueront un rôle dans ce secteur public. Quel est le statut le plus indiqué pour un receveur, un secrétaire, un membre du personnel de l'état civil, etc. ? Dans quelle mesure le statut du personnel doit-il garantir l'indépendance vis-à-vis de l'autorité politique ?

### **3. FACTEURS DE REUSSITE ET MENACES DU REGIME DE PENSION**

---

Permettez-moi à présent d'aborder 5 caractéristiques typiques du régime de pension du secteur local en Belgique : les avantages, les facteurs de réussite, mais aussi les menaces.

- Un pur régime par répartition, basé sur le principe de la solidarité, n'est envisageable que moyennant une adhésion irrévocable. Dans le cas contraire, les membres adhèreraient au système lorsque celui-ci pourrait leur procurer un avantage et l'abandonneraient lorsque ce n'est plus le cas.
- Nous sommes néanmoins parvenus, non pas à la suite d'un choix politique délibéré mais plutôt en vue d'assurer une gestion prudente, à constituer des réserves dont le montant actuel équivaut presque au double des dépenses de pension annuelles. Bien sûr, il ne s'agit pas là d'un moyen de financement direct mais

d'une méthode pouvant contribuer à compenser une hausse inattendue des charges de pension ou à mieux étaler les augmentations des charges dans le temps.

- Le régime reste cependant fragile parce qu'il doit réaliser son financement sur la masse salariale des fonctionnaires actifs 'nommés'.

Cette base de financement peut être compromise par diverses évolutions sociales, mais aussi par des décisions politiques :

- une diminution de l'emploi statutaire (-10 % en 10 ans dans le secteur local en Belgique) (ce qui ne représente pas une diminution en chiffres absolus mais une baisse en termes de pourcentage de l'emploi contractuel) risque, à terme, d'entraîner un sous-financement ;
- un aspect encore plus inquiétant est la courbe d'âge des statutaires, qui pointe aux alentours de 50 ans sans qu'il soit encore pourvu à leur remplacement ;
- il y a bien entendu l'augmentation de l'espérance de vie ;
- ajoutons à cela d'autres changements simultanés : ainsi, la réforme de la police en 2001 a intégré la police communale dans la police fédérale et les a toutes deux englobées au sein d'un fonds de pension propre et distinct ; la police communale constituait toutefois le groupe de travailleurs le plus statutaire au sein du secteur local et représentait donc une composante de financement non négligeable ; cette situation a donc clairement des répercussions sur le financement des pensions du secteur local ;
- le secteur hospitalier observe également une évolution similaire, dont les conséquences sur le financement des pensions du secteur local seront encore plus spectaculaires ; les nombreuses fusions de cliniques privées et publiques, opérées en vue de former des unités plus viables, donnent naissance à de nouvelles entités de droit privé qui non seulement ne nomment plus de statutaires, mais qui laissent en outre les charges de pension du passé aux institutions publiques (1) ;
- enfin, la solidarité peut être sapée par des 'tricheurs' : ainsi, les administrations qui embauchent davantage de contractuels et, partant, moins d'agents nommés (par 'plus et moins', entendez 'plus et moins que les valeurs moyennes au sein du secteur') peuvent réduire leur propre facture de pension au détriment de collègues ; leurs propres pensionnés sont alors payés en grande partie par les autres administrations du système de solidarité.

Les charges sont répercutées de la même façon lorsque des contractuels deviennent des agents nommés à la fin de leur carrière ; ils acquièrent ainsi le droit à une pension de fonctionnaire pour toute la carrière passée au sein de la fonction publique, tandis que les cotisations de pension qui leur avaient été payées les années précédentes (lorsqu'ils étaient contractuels) étaient sensiblement moins élevées que les cotisations d'un statuaire.

---

(1) Pour de plus amples informations à ce sujet, voir J. Pacolet, C. Coudron, 2006.

- Nous n'insisterons jamais assez sur le fait que les régimes de pension et leur financement sont des questions à long terme. Les effets non réglés de la fusion des communes de 1976 sur le financement des pensions du secteur local ne se font sentir qu'aujourd'hui. Si l'on voulait modifier quelque peu la nature de l'emploi et par exemple ne plus considérer des travailleurs comme statutaires, les agents actuels récemment nommés pourraient rester actifs pendant encore environ 30 ans tout en ayant la possibilité par la suite de prétendre à une période similaire en tant que pensionnés. Même en mettant en place un nouveau statut du personnel, il faudrait continuer à financer l'ancien système pendant 60 ans, de façon dégressive, certes.
- Pour le secteur local, le discours actuel visant à rendre la situation de pension des contractuels plus attrayante par la création du fameux deuxième pilier de pension représente une opportunité et, probablement, une évolution inéluctable lui permettant de se placer au même niveau que le secteur privé. Les politiciens doivent toutefois être conscients du fait qu'il s'agira ici de dépenses de personnel 'nouvelles' et 'complémentaires', étant donné qu'il serait difficilement envisageable de compromettre ainsi le financement des pensions des fonctionnaires nommés.

#### 4. IMPLICATIONS POLITIQUES

---

Que pouvons-nous conclure de ce qui précède sur le plan politique ?

- Il est quasiment impossible de remplacer un régime de répartition par un régime de capitalisation ; les capitaux nécessaires à cet effet sont tout simplement indisponibles. En Belgique, le secteur public local dispose, grâce à ses réserves, d'une structure mixte permettant certaines corrections.
- Pour qu'un régime solidarisé fonctionne de façon optimale au sein des pouvoirs publics, il est vivement recommandé à toutes les administrations d'adhérer à ce régime, en vue notamment de combattre efficacement les abus et les techniques de répercussion des charges par le biais de la législation et des réglementations. Les mesures devront en effet s'appliquer à la totalité des administrations parce que, dans le cas contraire, les causes des problèmes contre lesquelles il faudra lutter seront partiellement inhérentes ET étrangères à ceux qui participent au régime. L'affiliation au régime peut être stimulée activement ou imposée par la loi.
- Le cadre institutionnel propre au public ne facilite pas toujours le fonctionnement : en Belgique, la législation sur les pensions et l'attribution des droits de pension sont des compétences fédérales, tandis que la tutelle des communes et la définition des statuts pour le personnel sont devenues des compétences régionales.
- Comme nous l'avons expliqué, le problème des pensions ne concerne pas uniquement la question du financement. De nombreuses évolutions politiques et sociales, des fatalités économiques interviennent (réforme de la police, problèmes de fusions, restructurations au sein des pouvoirs publics, modernisation des statuts du personnel et, partant, des pensions).

- Enfin, en ce qui concerne le financement, il est primordial de souligner que les dépenses de pension des pouvoirs publics pour leur propre personnel sont bien entendu élevées et qu'elles continueront à augmenter. Il est encore plus important d'étudier de façon plus approfondie les causes et les effets de certaines mesures, ou certains effets secondaires. Et, surtout, que le secteur concerné en soit informé, afin qu'il puisse en tenir compte dans sa politique du personnel et sa politique budgétaire. En effet, le secteur a en main tous les éléments lui permettant de maîtriser les dépenses de pension.
- Pour pouvoir réaliser tous ces objectifs, il faudra renforcer les compétences et les connaissances actuarielles au sein de la fonction publique. Il en va de même pour les compétences en matière de gestion des réserves et des techniques de placement mais, à cet égard, il faudra également moderniser la réglementation publique.

## CONCLUSIONS

---

Deux bombes à retardement se cachent derrière cette lente décomposition du régime des pensions pour les administrations publiques locales. La première est l'érosion de la base de financement principale pour les agents nommés, qui s'accompagne d'une répartition équitable durable entre les participants. La seconde est l'évidement des droits de pension par les contractuels qui, tôt ou tard, viendront frapper à la porte en vue d'obtenir une meilleure pension.

Nous avons tenté, au moyen de cette partie spécifique du régime de pension belge, de démontrer la complexité et les menaces de ce régime. Sachant qu'il est particulièrement difficile de soumettre les aspects partiels de la sécurité sociale à la situation dans chaque pays, nous espérons néanmoins avoir démontré que le maintien des qualités de la sécurité sociale est une question de vigilance et de détermination permanentes pour chacun de nous. Car un régime autrefois considéré comme un régime modèle peut se dégrader très rapidement.

*(Traduction)*

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

ONSSAPL, Contractuels et statutaires : évolution du secteur local 1995 - 2004, ONSSAPL, Bruxelles, 2005.

ONSSAPL, Contractuels et statutaires : évolution du secteur local 1995 - 2004, Résultats de recherche complets, ONSS-APL, Bruxelles, 2005.

Pacolet, J. et Coudron, V., Evolution dans le secteur hospitalier public local en Belgique, 1995 - 2004, ONSS-APL, Bruxelles, 2006.

---

# TABLE DES MATIERES

## **LE DECLIN SILENCIEUX DU REGIME DE PENSION DES MEMBRES DU PERSONNEL DU SECTEUR PUBLIC LOCAL EN BELGIQUE**

<b>INTRODUCTION</b>	625
<b>1. STRUCTURE DES REGIMES DE PENSION</b>	625
<b>2. LE FINANCEMENT DES PENSIONS DES AGENTS NOMMES</b>	627
<b>3. FACTEURS DE REUSSITE ET MENACES DU REGIME DE PENSION</b>	628
<b>4. IMPLICATIONS POLITIQUES</b>	630
<b>CONCLUSIONS</b>	631
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	632

# LA REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 1982-2003

PAR **LEI DELSEN**

Département d'économie, Ecole de gestion de Nimègue, Université Radboud de Nimègue, Pays-Bas

## INTRODUCTION

---

Le principal thème de recherche de la troisième conférence sur "La situation de l'Etat-providence en 1992" organisée pour le Centre européen pour les questions des travailleurs (EZA) est : dans quelle(s) direction(s), les systèmes de couverture sociale évoluent-ils et dans quelle mesure, cette évolution des systèmes de couverture sociale de l'Union européenne est-elle influencée par les forces et le raisonnement économiques ? La réponse à cette question accorde une attention particulière à l'impact de l'Union économique et monétaire et à l'impact du vieillissement de la population. Ce document actualise le rapport de la deuxième (2000) conférence EZA (De Kam, 2003) et de la première (1995) conférence EZA (Kemperman, 1995) sur la réforme de l'Etat-providence et la politique néerlandaise en matière de couverture sociale. À la demande des organisateurs de cette conférence, les faits et les chiffres pour 1998-2003 relatifs à l'évolution de la couverture sociale néerlandaise, et tout particulièrement à l'assurance-maladie et au régime des pensions, sont comparés aux tendances précédentes. Les perspectives d'avenir sont décrites. Placer les données dans une perspective historique permet non seulement de retracer les changements politiques significatifs de ces dernières décennies mais aussi d'analyser les tendances pertinentes. Une comparaison internationale sélective aidera également à évaluer le raisonnement et l'idéologie économiques sous-jacents à cette politique.

La structure du présent document est la suivante. Le 1er volet décrit les tendances macroéconomiques et leur lien avec des activités de dépense ou de financement gouvernementales de ces deux dernières décennies. Plusieurs macrodonnées historiques importantes du système de sécurité sociale néerlandais sont présentées dans le 2e volet. Le 3e volet examine en détail certaines grandes réformes des régimes de l'Etat-providence néerlandais au cours de ces 20 dernières années. L'attention se portera sur des changements apportés entre 1998 et 2003. Le contenu et l'efficacité du remaniement radical du secteur des soins de santé, du système de retraite et des régimes d'incapacité sont visés. Le 4e volet clôt le document par une série de réflexions personnelles sur la réforme de l'Etat-providence aux Pays-Bas.



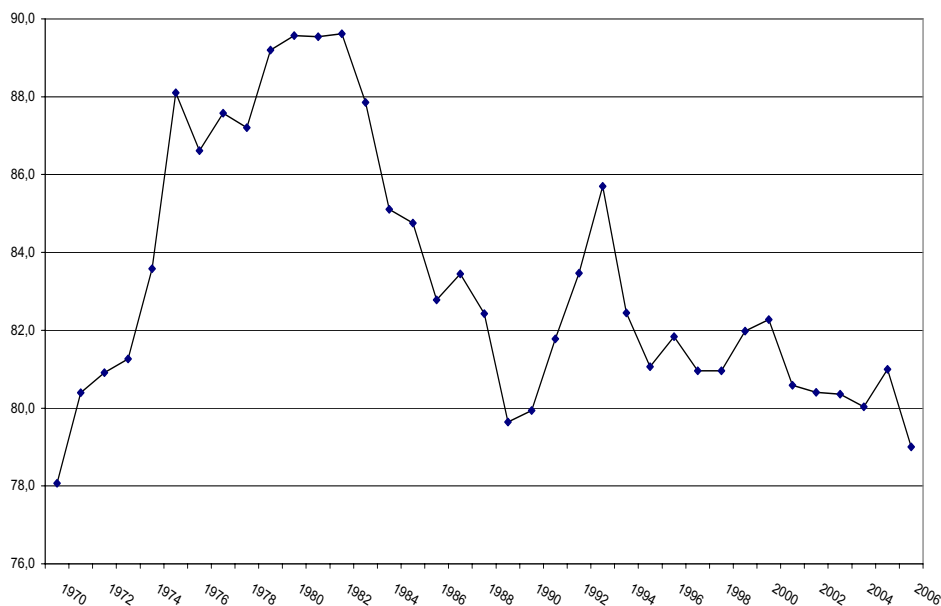
## 1. TENDANCES MACROECONOMIQUES ET FINANCES PUBLIQUES

La réforme de l'Etat-providence néerlandais est fortement influencée par des périodes de croissance et de stagnation. Au début des années 80, les Pays-Bas ont connu une profonde récession. La pression fiscale et des cotisations dépassait 40% et les dépenses publiques nettes représentaient près de 50% du PIB ; le déficit budgétaire UEM dépassait 6% du PIB ; la charge salariale était élevée et les sociétés étaient à peine rentables ; le taux du chômage dépassait les 11% en 1982 et 25% de la population active recevait une allocation ("syndrome hollandais"). En 1982, la consolidation fiscale et la réforme de la sécurité sociale étaient lancées par le premier gouvernement Lubbers. Elles sont toujours en cours.

Bien que la composition des cabinets successifs diffère (cf. tableau 1), les accords de coalition néerlandais 1982-2003 traduisent une continuité politique : contrôle des dépenses collectives, réduction du déficit budgétaire et activation de la politique du marché de l'emploi (cf. Okma, 2004). En 1982, la politique durable de maîtrise des charges salariales a vu le jour afin de restaurer la profitabilité des sociétés et de créer des emplois.

**TABLEAU 1 : PREMIERS MINISTRES ET COMPOSITION DES CABINETS AUX PAYS-BAS DEPUIS 1982**

Date d'installation du cabinet	Premier ministre	(groupe)	Composition du groupe	Part majorité de coalition	Gauche, centre ou droite
04-11-1982	Lubbers I	CDA	CDA, VVD	81 (54%)	Centre-Droite
14-07-1986	Lubbers II	CDA	CDA, VVD	81 (54%)	Centre-Droite
07-11-1989	Lubbers III	CDA	CDA, VVD	103 (68,7%)	Centre-Gauche
24-08-1994	Kok I	PvdA	PvdA, VVD, D'66	92 (61,3%)	Centre
03-08-1998	Kok II	PvdA	PvdA, VVD, D'66	97 (64,7%)	Centre
22-07-2002	Balkenende I	CDA	CDA, VVD	93 (62%)	Centre-Droite
27-05-2003	Balkenende II	CDA	CDA, VVD	77 (51%)	Centre-Droite

**GRAPHIQUE 1 : PART DU TRAVAIL DANS LES REVENUS DE L'ENTREPRISE, 1970-2006 (EXPRIME EN %)**

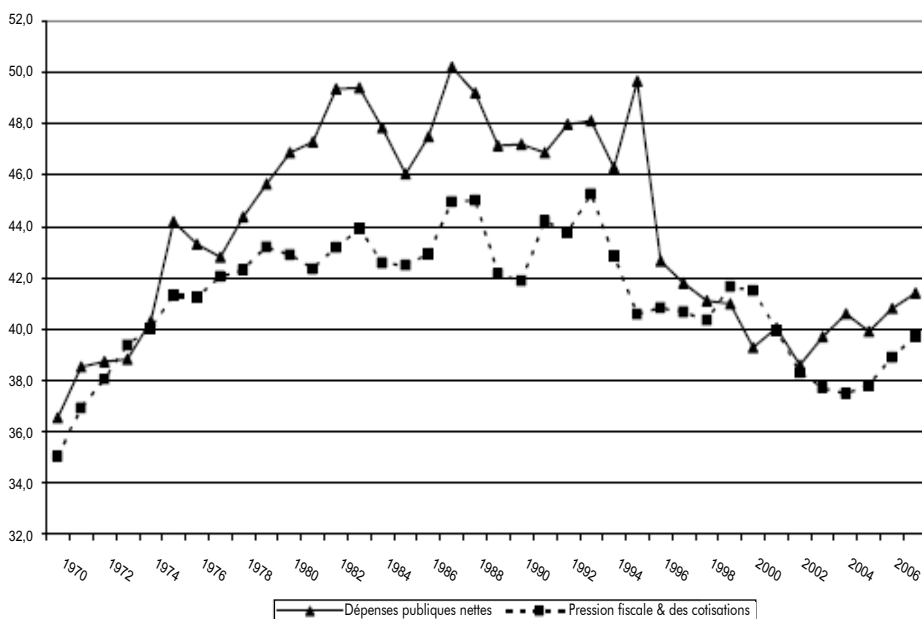
Source : Centraal Planbureau (CPB – Bureau Centrale de Plan).

La part des revenus du travail a atteint un niveau record en 1982 et les bénéfices ont atteint leur point le plus bas (cf. graphique 1). La part des revenus du travail est fortement influencée par la situation économique. Dans les années 80, la part des revenus du travail a baissé de 10 points de pourcentage, passant de quasi 90% à quasi 80%, suite à une croissance économique soutenue. Durant la première moitié des années 90, le revers conjoncturel allait de pair avec une augmentation de la part des revenus du travail. La politique de modération des salaires a à nouveau été mise en œuvre. L'accord central conclu en 1993 par les partenaires sociaux a porté ses fruits. Au cours de la seconde moitié des années 90, l'économie néerlandaise a surpassé la plupart des économies européennes ("miracle néerlandais"). Non seulement la croissance de la production et de l'emploi a dépassé la moyenne européenne mais le taux de chômage néerlandais a dégringolé pour atteindre près de 2% en 2001, l'un des taux les plus bas de l'UE (Delsen, 2002). La période 1994-1999 peut être considérée comme la représentation en miroir de la période 2000-2005. La période de croissance économique supérieure à la moyenne européenne a en effet été suivie par une période de croissance économique inférieure à la moyenne européenne. L'augmentation de la part du travail depuis 1999 est importante par rapport au reste du monde (OCDE, 2004, p. 32) (1). Après 2000, la crois-

(1) Suite à un recalcul du Bureau Centrale de Plan (CPB) – Centraal Planbureau), la part du travail a chuté de 83,4 % à 80,6 % en 2001.

sance du chômage aux Pays-Bas a été supérieure à la moyenne européenne : elle est passée à quelque 4% en 2003 et à près de 7% en 2005. Le marasme actuel est non seulement plus profond mais aussi plus long qu'au cours des précédents cycles économiques que nous avons connu depuis les années 80 ou dans la plupart des autres pays européens (OCDE, 2004, p. 25). L'importante baisse de l'emploi enregistrée depuis mi-2003 ainsi que le gel des salaires pour 2004 et 2005 devraient réduire la part du travail et stimuler les investissements des entreprises ainsi que la croissance de l'emploi. Grâce au regain économique, la part du travail et le chômage devraient diminuer en 2006.

**GRAPHIQUE 2 : PRESSION FISCALE ET DES COTISATIONS ET DEPENSES PUBLIQUES NETTES 1970-2006 (% DU PIB)**

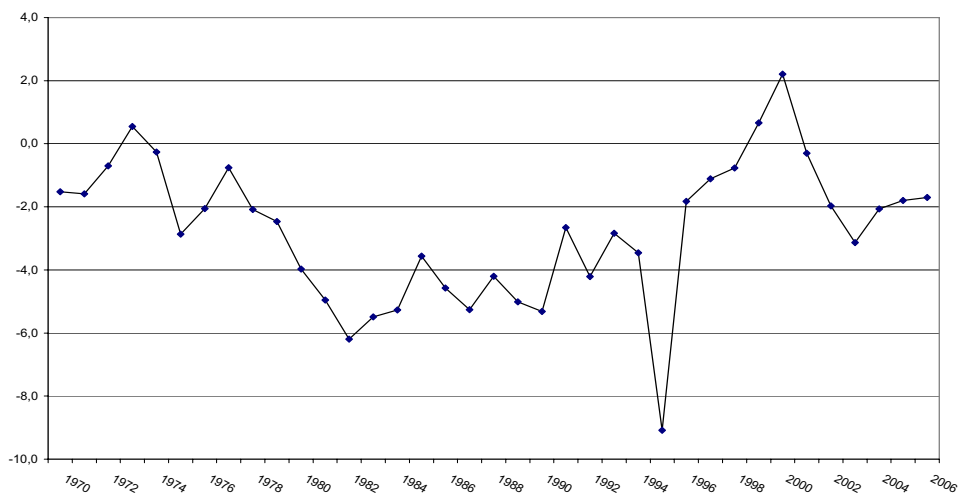


Plan (CPB).

Les dépenses publiques, en tant que part du PIB, ont chuté de 49% en 1982 à 39% en 2001 (cf. graphique 2). Une forte chute a été enregistrée au cours du boom de la seconde moitié des années 90. Depuis 1994, la politique fiscale néerlandaise s'est concentrée sur une norme de dépenses publiques stricte dans le but de réduire le déficit budgétaire et le ratio dette/PIB afin de répondre aux exigences de Maastricht ainsi que de réduire les impôts et les cotisations de sécurité sociale pour diminuer les charges collectives et soutenir l'emploi. Face à la charge fiscale excessive qui avait réduit l'efficacité et minait le fonctionnement des forces du marché, le gouvernement central a fixé des plafonds pour les secteurs du gouvernement central, de la sécurité sociale et des soins de santé (OCDE, 1998, p. 47 ; OCDE, 2002, p. 37).

Les dépenses de santé sont l'une des principales catégories de dépenses publiques. Des considérations politiques macroéconomiques sont souvent à la base de la politique des soins de santé et de la réforme de soins de santé aux Pays-Bas. Après 2001, le ratio dépenses/PIB a à nouveau augmenté jusqu'à un pourcentage estimé de 41,4% en 2006. Au début des années 90, le taux des dépenses publiques était significativement plus élevé que la moyenne européenne. Actuellement, il correspond à cette moyenne. La réduction de la charge salariale a été soutenue par un allègement fiscal et une politique de sécurité sociale. Toutefois, la pression collective fiscale et des cotisations, en tant que pourcentage du PIB, présente une tendance à la hausse dans les années 80. Ici aussi, une forte baisse est enregistrée dans la seconde moitié des années 90. Conformément au Belastingplan 21ste eeuw (Plan fiscal 21e siècle), les deux taux fiscaux les plus élevés de 50 et 60% sont baissés à 42 et 52% en 2001. Le glissement de la pression fiscale des impôts directs aux impôts indirects est un autre élément important du plan fiscal. Le taux de la TVA (de 17,5% à 19%) et les taxes environnementales ont été augmentés. Cette augmentation fiscale est surcompensée par une réduction de l'impôt sur les revenus et donc des impôts sur le travail. L'un des grands objectifs de la réforme budgétaire de 2001 était de rendre la transition d'une allocation à un emploi financièrement attractif. Un crédit d'impôt uniforme a été introduit pour ceux qui travaillent. Le montant exonéré d'impôt, qui augmente en même temps que le taux d'imposition marginal, a été remplacé par un crédit d'impôt identique pour tous. Lors de cette révision fiscale réalisée par le gouvernement pourpre, un montant de 2,3 milliards d'euros a été utilisé comme "lubrifiant" afin de trouver un soutien suffisant pour ces réformes. Ce montant a largement été compensé par des mesures d'austérité en matière de dépenses : l'excédent a même augmenté. La réforme de l'impôt sur les revenus de 2001 a en moyenne amélioré le revenu brut des ménages néerlandais de près d'1,5%. Après 2003, la pression fiscale et des cotisations a à nouveau augmenté (cf. graphique 2).

**GRAPHIQUE 3 : SOLDE DE FINANCEMENT GENERAL DES POUVOIRS PUBLICS 1970-2006**  
(EXPRIME EN % DU PIB)



Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

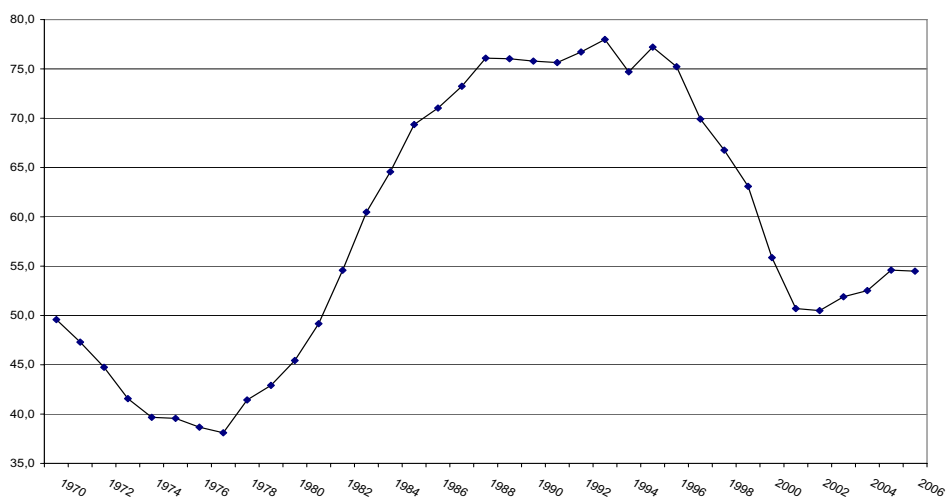
Aux Pays-Bas, des directives pour la réduction graduelle du déficit budgétaire ont été introduites durant la première moitié des années 80 sous la pression de considérations économiques internes autonomes. C'est parce que ces mesures avaient déjà été prises que la transition à l'UEM a eu peu de conséquences visibles sur la sécurité sociale néerlandaise. Le déficit budgétaire de l'UEM dans le secteur collectif a chuté presque continuellement depuis 6,2% en 1982, se transformant en un excédent de 0,7% en 1999 et de 2,2% en 2000 (cf. graphique 3) (2). D'un point de vue historique, l'amélioration du solde budgétaire est substantielle, car aucun excédent n'avait plus été enregistré depuis le début des années 70. Pendant le gouvernement Lubbers III (1989-1993), le déficit budgétaire public général a été réduit tandis que les déficits budgétaires d'autres pays de l'UE se sont rapidement aggravés. Abstraction faite de toute considération politique, ces développements reflètent la situation économique favorable de la seconde moitié des années 90. Au cours de la période 1999-2002, une consolidation fiscale plus poussée a été recherchée afin de créer suffisamment de possibilités pour gérer les coûts prévus suite au vieillissement de la population néerlandaise, et l'augmentation prévue des dépenses sociales, notamment la pension de vieillesse et les soins de santé (OCDE, 1998, p. 56 ; OCDE, 2002, p. 39). L'adhésion à l'UEM implique que la politique fiscale néerlandaise est importante pour la stabilisation du cycle économique : il faut prévoir un champ d'action pour les stabilisateurs automatiques. Vu la récession, il était attendu que l'équilibre budgétaire général des pouvoirs publics se détériore sérieusement. En 2001, un déficit était à nouveau enregistré. En 2002 et 2003, la réduction de la charge fiscale totale résultant de la grande réforme de l'impôt sur les revenus de 2001 était plus qu'inversée. En 2001, des aubaines fiscales ont été utilisées pour un allègement fiscal supplémentaire visant à améliorer la disponibilité de la main-d'œuvre : des augmentations des crédits d'impôt et des baisses de cotisations de sécurité sociale pour les employeurs qui engageaient des travailleurs plus âgés.

En 2002, le déficit budgétaire des pouvoirs publics était de 2,0% du PIB et en 2003, il était de 3,1% (cf. graphique 3). Afin de répondre aux exigences du Pacte de Stabilité et de Croissance (PSC), le gouvernement était obligé de lancer un programme d'austérité alors que l'économie était encore faible (OCDE, 2004, p. 42). Les dépenses ont été fortement réduites ; les salaires du secteur public et les allocations ont été gelés en 2004 et 2005. L'impact négatif de cette politique budgétaire procyclique s'est encore aggravé suite à une crise des retraites. En 2001 et 2002, de nombreuses caisses de retraite néerlandaises se sont retrouvées sous-financées suite à la chute de la Bourse et à des rendements négatifs. Pour restaurer les taux de financement dans le secteur privé, les cotisations de retraite sont passées de 10,5% en 2002 à 14% en 2004 et dans le secteur public de 12% à 19% du salaire brut, entravant la politique de modération des charges salariales. Le gouvernement Balkenende II a en outre annoncé pour 2006 une réforme fondamentale des différents accords concernant l'Etat-providence. Les Néerlandais sont très attachés à leur Etat-providence. Un gou-

(2) En 1995, les subventions annuelles aux coopératives du logement ont été rachetées pour 14,9 milliards d'euros (4,9 % du PIB).

vernement qui réduit unilatéralement les avantages et les futurs droits ne bénéficie pas du soutien de l'opinion publique (Beckers, 2005 ; 21 minuten.nl, 2005). En réaction au gel des salaires, à l'augmentation des primes de pension et à l'incertitude accompagnant la réforme annoncée dans le secteur des soins de santé ainsi que la réforme des pensions, les Néerlandais ont augmenté leur épargne privée dans le but de compenser la faiblesse du réseau de sécurité publique. Cela explique en partie pourquoi les Pays-Bas connaissent actuellement la plus longue récession depuis la Deuxième guerre mondiale. Cela montre également que les assurances de sécurité sociale publiques et privées sont interchangeables.

**GRAPHIQUE 4 : DETTE BRUTE DES POUVOIRS PUBLICS 1970-2006 (EXPRIMEE EN % DU PIB)**



Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

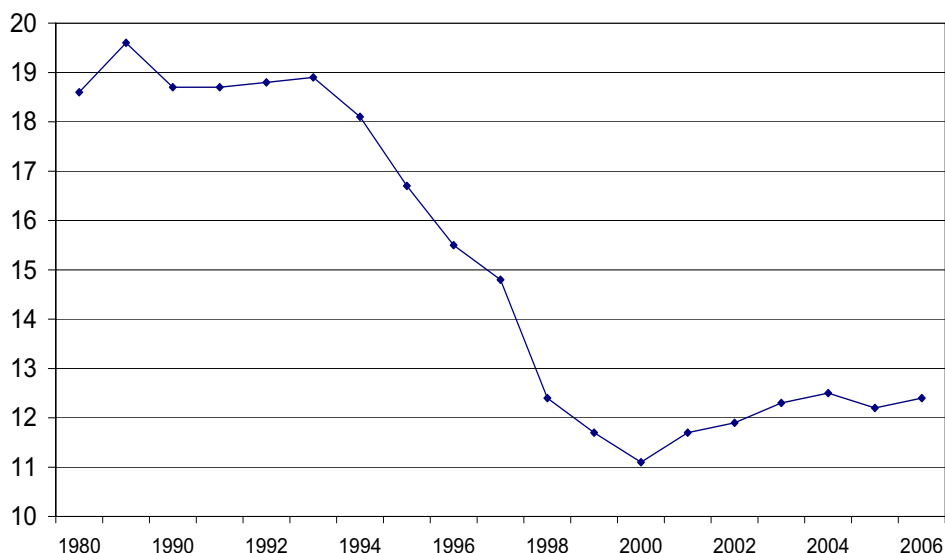
Depuis la moitié des années 70, la dette publique a considérablement augmenté, passant de 38% en 1977 à 76% en 1988. Cette augmentation s'est stabilisée après 1988. En 1993, le ratio dette/PIB a atteint son maximum (78%). Durant la seconde moitié des années 90, il a considérablement baissé pour descendre sous la barre des 51% en 2001 (cf. graphique 4). Une position moyenne pour l'UE. En 2002, le cabinet Balkenende I a annoncé son intention politique de régler la dette publique en 25 ans (une génération) afin de financer les coûts croissants du vieillissement démographique. Cette intention est également liée au PSC, car ce dernier exige de ses Etats membres qu'ils arrivent à un équilibre ou à un excédent budgétaire à moyen terme. À partir de la "formule de Domar" sur la relation entre l'importance du déficit budgétaire et le ratio dette/PIB, on peut déduire que le PSC suppose que la nouvelle norme UEM pour le ratio dette publique/PIB est fixée à 0% au lieu de 60% (Delsen, 2001). Malgré cette intention politique, le ratio dette/PIB a augmenté de 4 points de pourcentage après 2001 pour dépasser les 54%.

Dans les années 80 et 90, les gouvernements ont donné la priorité à des finances publiques "saines". On peut supposer que les Pays-Bas récoltent les fruits de cette décision prématurée d'effectuer les économies et les redressements nécessaires. Le processus d'adaptation et de réforme de l'Etat-providence néerlandais est considéré comme un processus fructueux d'apprentissage politique (cf. p.ex. Visser et Hemerijck, 1997). Toutefois, la politique socioéconomique mise en œuvre dans les années 80 et 90 a de lourdes répercussions. Le gouvernement néerlandais a fait preuve d'un excès de zèle dans ses réformes de l'Etat-providence. Les politiciens ont systématiquement oublié ou ignoré certains effets à long terme. En résulte une inefficacité dynamique. Les investissements dans le capital physique et humain ont été sacrifiés afin de réduire le déficit budgétaire public ou la dette publique (Delsen, 2002, pp. 191-193). Des calculs récents du Bureau Centrale de Plan (CPB) le confirment également (Webbink, 2004). En 1982, les formations universitaires sont passées de 5 à 4 années d'étude afin de réduire les dépenses. Cette mesure a porté préjudice au système social en général, car l'épargne publique n'a pas compensé la réduction de rentrées des étudiants quittant l'université. En fait, elle a non seulement fait du tort à la croissance économique mais aussi aux futures recettes publiques, avec un montant plus important que les économies initiales. Ces résultats placent l'intention politique d'arriver à des finances publiques "saines" dans une tout autre perspective. Ils indiquent également la complémentarité de l'Etat-providence et du marché. L'Etat-providence néerlandais, à l'instar de tout autre Etat-providence, joue un rôle social mais aussi un rôle économique explicite dans les économies de marché. Un Etat-providence est non seulement un facteur de coût mais aussi un investissement.

## **2. MACRODONNEES DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE NEERLANDAIS**

---

La baisse des dépenses publiques nettes mentionnée ci-dessus est partiellement liée aux dépenses sociales. Dans les années 80, le taux des dépenses sociales des Pays-Bas, les soins de santé exceptés, était supérieur à la moyenne de l'OCDE. En termes de net, le taux était relativement bas comparé à celui d'autres pays de l'UE. Depuis 1982, les gouvernements néerlandais ont tenté de réduire les dépenses sociales en tant que pourcentage du PIB. En 1980, le taux des dépenses sociales (les soins de santé exceptés) s'élevait à près de 19% et au début des années 80, il dépassait 20%. Suite à la politique de réduction des coûts des cabinets Lubbers, la part a graduellement diminué pour atteindre près de 19% en 1993 (cf. graphique 5). La principale baisse de la part de la sécurité sociale au cours d'une courte période est enregistrée durant le premier mandat du gouvernement Kok, à savoir de 18% en 1994 à 12% en 1998, partiellement suite à la situation économique favorable. En 2000, le taux des dépenses sociales avait chuté à 11% avant de passer à nouveau récemment au-dessus de la barre des 12%.

**GRAPHIQUE 5 : TAUX DE LA SECURITE SOCIALE 1980-2006**

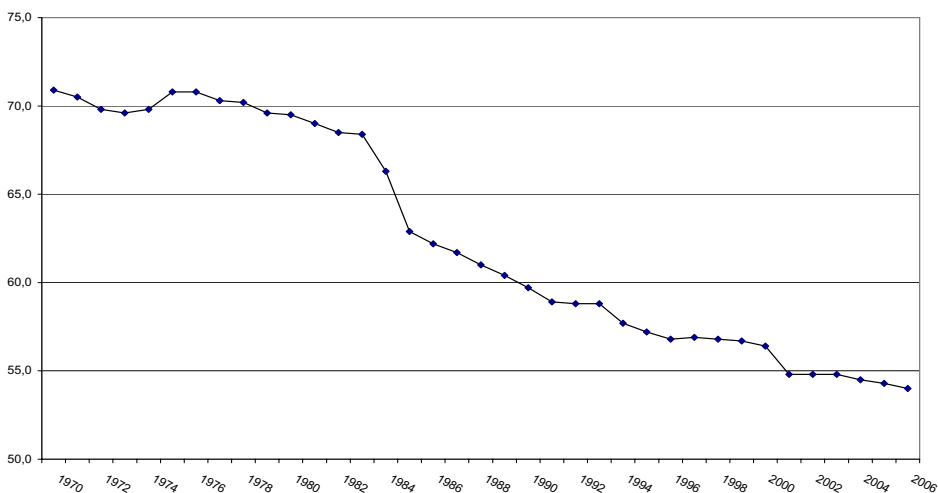
Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Le taux des dépenses sociales est le produit de la part du revenu du travail, du ratio de dépendance aux prestations (ratio  $i/a$ ) et de la prestation moyenne en tant que pourcentage du salaire moyen (taux de remplacement). Dans les années 70, le taux de remplacement était relativement constant, approximativement de 70% (cf. graphique 6). À partir de 1983, la différence entre le revenu du travail et les prestations augmente considérablement. Le taux de remplacement chute à 60% en 1990 et à un 55% approximatif pour 2006. Depuis le milieu des années 80, la réforme du système de sécurité sociale néerlandais a pour objectif de réduire le risque moral avec l'accord marqué du public et du monde politique. Dans les années 80, la réduction des dépenses collectives, y compris des dépenses en matière de sécurité sociale, avait pour principal objectif la consolidation des finances publiques et l'augmentation de la rentabilité de la sécurité sociale par la réduction du niveau des allocations (mesures de prix). En 1983, le pourcentage des allocations, à savoir le taux de remplacement, a été réduit et les allocations brutes ont été dissociées de la croissance moyenne des salaires fixés par CCT (Contrat collective de travail). Les prestations sont réajustées deux fois l'an sur la base d'une estimation du salaire moyen dans tous les secteurs de l'économie. Afin de stimuler la demande de travail, les salaires minimaux nominaux légaux ont été réduits de 3% en 1984 et gelés jusqu'à 1990. La politique de 'découplage' implique que pour le gouvernement, le but social de l'augmentation des emplois prime sur le but social de la protection des revenus. Jusqu'en 1988, cette politique a été motivée par le désir du gouvernement de limiter les dépenses dans le secteur collectif et, ce faisant, d'améliorer la situation socio-économique défavorable. Dans les années 90, un autre critère a été introduit, à savoir



le 'ratio i/a' entre les bénéficiaires 'inactifs' de la sécurité sociale et les travailleurs 'actifs' (cf. Asscher-Vonk et al., 2000, pp. 153-154). Pour 1993, 1994 et 1995, les salaires minimums ont à nouveau été gelés au niveau de 1992. En 1986, le niveau des prestations de maladie, invalidité et chômage est passé de 80% à 70% du salaire brut gagné. Cette réduction a stimulé la disponibilité de la main-d'œuvre. Ces baisses ont également permis de contenir les dépenses et de réduire le coïn fiscal.

**GRAPHIQUE 6 : TAUX DE REMPLACEMENT, 1970-2006**

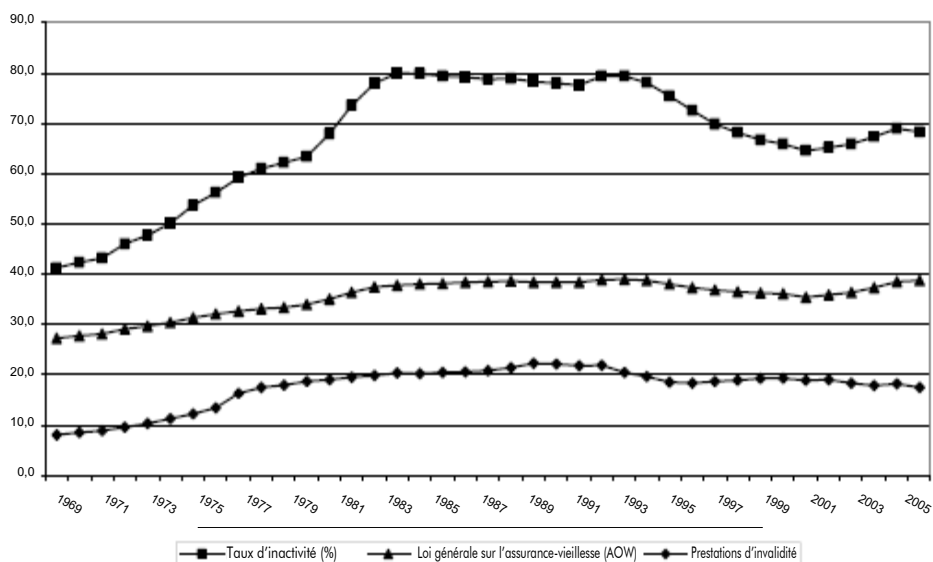


Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Dans les années 90, des mesures de volume ont principalement été prises pour réduire les dépenses sociales. Afin de réduire le chômage chronique, la politique active du marché du travail a reçu plus d'attention ; des emplois Melkert supplémentaires ont été introduits, à l'instar de la réduction spécifique des contributions (Speciale Afdrachtskorting - SPAK) et la diminution pour chômeurs de longue durée (Vermindering Langdurige Werklozen - VLW). Le règlement SPAK offrait à l'employeur une subvention pour tout travailleur peu rémunéré (moins de 115% du salaire minimum légal) sur le bordereau de paie. Le SPAK est supprimé en 2001. Le VLW offre une réduction spéciale aux employeurs pour tout chômeur de longue durée engagé à un salaire de moins de 130% du salaire minimum légal. En 2001, le VLW a été étendu aux chômeurs plus âgés ; le niveau salarial maximum est passé à 150% du salaire minimum légal. L'accent a davantage été placé sur les amendes et la répression de la fraude. En 1996, une nouvelle loi sur les amendes administratives est entrée en vigueur. Elle supprime les allocations de chômage en cas de chômage volontaire et réduit les allocations pour ceux qui violent les règles ou refusent d'accepter un emploi convenable. Le deuxième gouvernement pourpre a fait passer la

priorité de la demande du marché du travail – visant un nombre suffisant d'emplois pour des travailleurs peu qualifiés – à l'offre – visant l'augmentation de la quantité et de la qualité de la main-d'œuvre. Les stimulants se sont faits plus importants, avec entre autres la réforme de l'impôt sur le revenu destinée à améliorer l'emploi dans le bas du marché du travail (brisant le cercle vicieux du chômage et de la pauvreté) ainsi qu'à réintégrer des allocataires sociaux inactifs (approche globale-'sluitende aanpak'). L'objectif de cette approche globale est d'éviter le chômage endémique et de réduire la dépendance aux prestations sociales. Les chômeurs incapables de trouver un emploi par eux-mêmes reçoivent une offre dans les 12 mois visant à les relancer sur le marché du travail. Des seuils ont été introduits. Le principe d'équivalence a reçu plus d'attention : une relation plus stricte a été établie entre l'allocation payée et le niveau de la prestation. Des incitants financiers ont été introduits dans le système de sécurité sociale par la privatisation, y compris l'introduction d'une tarification ajustable dans l'assurance-maladie et dans l'assurance-invalidité du travailleur. Le but premier de la réforme passe donc de la simple réduction de coûts à la réduction d'un niveau élevé d'inactivité. En 2002, l'obligation de poser sa candidature pour des emplois a été réintégrée pour les chômeurs plus âgés (57 ans et demi et plus). En 2004 et en 2005, les prestations ont à nouveau été gelées. Ces dernières années, l'emploi et l'activation sont devenus des objectifs encore plus importants des cabinets Balkenende.

**GRAPHIQUE 7 : TAUX D'INACTIVITE, 1969-2006**



Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Le ratio entre le nombre d'allocataires sociaux (inactivité) et le nombre de travailleurs (activité) (le ratio  $i/a$ ) est passé de 41 dans les années 70 à 63 en 1980 (cf. graphique 7). Durant la seconde moitié des années 80, il a considérablement grimpé pour atteindre un pic en 1984 (80). Ensuite, il a graduellement baissé jusqu'à 78 en 1992. Au début des années 80, le ratio  $i/a$  des Pays-Bas était inférieur à celui des pays voisins mais supérieur au niveau du Royaume-Uni et des Etats-Unis. La profonde récession de 1981-1982 a engendré des indices du chômage et des chiffres d'incapacité nettement à la hausse. En 1985, les Pays-Bas enregistraient l'un des ratios  $i/a$  les plus élevés de l'UE. Avec la récession de 1992-1993, le ratio  $i/a$  a de nouveau augmenté. Durant le boom de la seconde moitié des années 90, il a baissé à 65. La récente crise l'a à nouveau fait remonter à 69. Après 1985, l'emploi et l'inactivité aux Pays-Bas se sont développés de manière relativement favorable. Le ratio  $i/a$  s'est donc aussi développé favorablement par rapport à d'autres pays. C'est la raison pour laquelle le ratio  $i/a$  néerlandais est actuellement l'un des plus bas de l'UE (Delsen, 2002, pp. 46-47). Le graphique 7 montre également qu'une part considérable (plus de la moitié) du ratio  $i/a$  concerne les allocataires sociaux bénéficiant d'une pension de vieillesse. Ce taux d'inactivité présente une tendance croissante allant de 27 en 1969 à près de 39 en 2006 ; le cycle économique joue également un rôle. Cette évolution s'applique en outre en majeure partie aux prestations d'invalidité (maladie incluse). Le ratio prestation d'invalidité/activité présente un développement courbé. Entre 1969 et 1990, il est passé de 8 à 22 puis a graduellement baissé jusqu'à 18 en 2006. Mesuré en équivalents temps pleins, le volume de prestataires sociaux inactifs aux Pays-Bas a doublé entre 1969 et 1995, passant de 2,0 millions à près de 4,2 millions. Entre 1995 et 2006, ce volume est resté assez stable bien que le cycle économique ait joué ici un rôle certain. La baisse du ratio  $i/a$  est donc principalement liée à la croissance de l'emploi. Une grande partie du miracle néerlandais de l'emploi des années 90 concernait des emplois à temps partiel. Le travail à temps partiel aurait pu réduire la main-d'œuvre réellement disponible en termes d'heures prestées. Toutefois, cela n'a pas été le cas. Après la première moitié des années 80, le montant total des heures prestées aux Pays-Bas montre une croissance soutenue malgré le faible nombre d'heures prestées par travailleur. Mesuré en équivalents temps pleins, le taux de l'emploi était de 60% en 2000 par rapport à 50% durant la seconde moitié des années 80 et à 62% en 1970 (OCDE, 2002, p. 27). Une population relativement jeune et une participation féminine initialement faible fournissaient un réservoir inexploité de main-d'œuvre - en partie pour du travail flexible à temps partiel.

### **3. PRINCIPALES REFORMES DE LA COUVERTURE SOCIALE**

Ce 3<sup>e</sup> volet se concentre sur les principales réformes du système de couverture sociale néerlandais réalisées depuis 1998. Le point 3.1 vise la réforme des soins de santé, le point 3.2 passe en revue la réforme des pensions, le point 3.3 traite de la réforme de l'assurance-invalidité, le point 3.4 traite du logement, le point 3.5 passe en revue les changements de l'aide sociale et de l'assurance-chômage et le point 3.6 décrit la réforme administrative du système de sécurité sociale néerlandais.

### 3.1. SOINS DE SANTE

Le système néerlandais des soins de santé peut se caractériser par un mélange de financements publics et privés, par une offre essentiellement privée et par l'approche consultative de la politique (Ministre de la Santé, du Bien-être et du Sport, 2004). Aux Pays-Bas coexistent trois branches d'assurance parallèles, comprenant quatre régimes d'assurance principaux pour les soins de santé néerlandais. La loi générale sur les frais exceptionnels de maladie (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ) est une assurance nationale obligatoire qui couvre les soins à long terme dans des maisons de soins, des établissements psychiatriques et des hôpitaux. Elle est principalement financée par des cotisations liées au revenu, des subventions gouvernementales et le ticket modérateur. Elle représente 40% des dépenses globales en soins de santé. En 2001 et 2002, le taux de cotisation était de 10,25% pour la première tranche de revenus imposables de 22.000 EUR. La loi sur les caisses de maladie (Ziekenfondswet - ZFW) fournit une assurance obligatoire pour les frais médicaux des travailleurs et des allocataires sociaux sous un certain seuil de revenu (33.000 EUR en 2005) ainsi que des personnes à leur charge. Depuis 2000, les travailleurs indépendants gagnant relativement peu sont également couverts par la ZFW. Le caractère assurance travailleur a graduellement disparu. Le programme ZFW couvre les soins de santé de base. Quelque 63% de la population sont assurés sous le programme ZFW (Ministère de la Santé, 2005). Les prestations sont fournies en nature. Des cotisations par service doivent être payées en plus des primes. En 2000, le taux de cotisation dans le cadre de la ZFW était de 8,1% pour la première tranche de revenus imposables de 25.000 EUR. Dans les années 70, il y avait 60 caisses de maladie indépendantes, 25 au début des années 90 et en 2004, leur nombre était passé à 22.

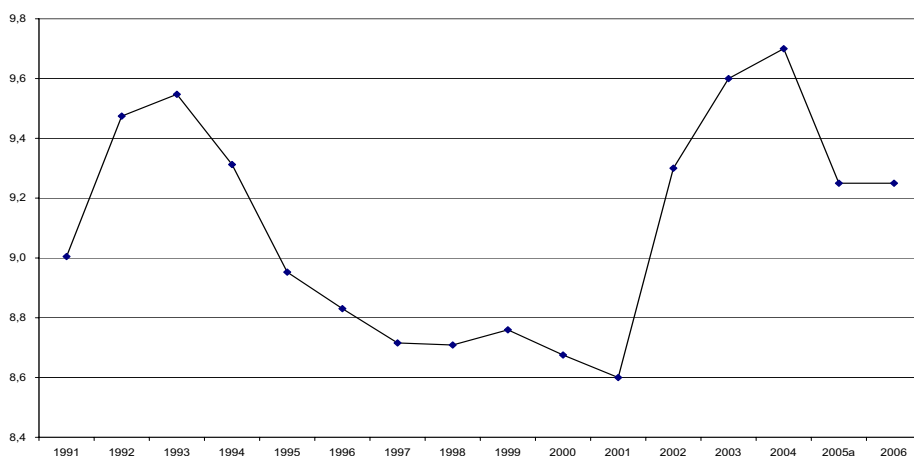
**TABLEAU 2 : FINANCEMENT DU SECTEUR DES SOINS NEERLANDAIS, 1990-2005 (MILLIARD D'EURO)**

	1990	1993	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ZFW	7,1	7,2	7,4	12,6	13,7	15,2	16,0	16,1	16,5
AWBZ	6,8	11,3	12,2	14,7	16,1	18,4	20,0	21,2	22,0
Subventions gouvernementales	2,3	2,6	2,7	1,9	2,2	2,4	2,5	2,5	0
Total	16,2	21,1	22,3	29,2	32,0	36,0	38,5	39,8	38,5
collectif	(75%)	(79%)	(83%)	(83%)	(84%)	(84%)	(84%)	(84%)	(83%)
Assurance privée	5,3	5,5	4,7	5,8	6,1	6,8	7,3	7,4	7,8
Total	21,5	26,6	27,0	35,0	38,1	42,8	45,8	47,2	46,3

Source : CPB.

Une part prédominante et même encore croissante des soins de santé néerlandais est financée par des moyens collectifs, y compris l'AWBZ et la ZFW (cf. tableau 2). Les personnes dont les revenus dépassent le seuil de la ZFW peuvent ne pas s'assurer ou prendre une assurance-maladie. L'assurance privée facultative pour les petits et les gros risques couvre 30% supplémentaires de la population néerlandaise. Cela explique pourquoi une part importante, selon des standards internationaux, est financée par le privé (cf. tableau 2). Le secteur de l'assurance privée est un marché libre concurrentiel. Toutefois, les assureurs privés sont obligés de proposer un service standard (WTZ) comparable à la ZFW et aux taux de cotisation fixés par la loi. En plus de leurs propres primes, les personnes assurées dans le privé paient aussi des cotisations de solidarité forfaitaires au système ZFW, la fameuse cotisation MOOZ, et au régime WTZ. En 2000, le taux forfaitaire MOOZ était de 188 EUR par personne par année. Les systèmes sociaux obligatoires (IZA, IZR, DGPV) couvrent les travailleurs des autorités provinciales et locales ainsi que les forces de police (5% de la population). Le service de l'assurance est plus large que le service ZFW. Près d'1,5% de la population néerlandaise ne possède pas d'assurance-maladie (Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, 2004). La coexistence d'assurances privées basées sur les risques et d'assurances sociales basées sur le revenu engendre des inégalités considérables dans le financement des soins de santé entre les différents groupes de revenus (OCDE, 2000, p. 103). La solidarité, l'accès universel, le traitement équitable et la qualité des services de santé sont les principaux objectifs des soins de santé néerlandais. Dans les années 90, les autres grands principes étaient l'autonomie professionnelle, le choix du patient et la satisfaction de ce dernier. Selon des standards internationaux, les performances du régime de soins de santé néerlandais sont plutôt bonnes. Les Néerlandais sont relativement satisfaits de leur système (cf. OCDE, 2000).

**GRAPHIQUE 8 : DEPENSES DES SOINS DE SANTE 1991-2006 (% DU PIB)**



Source : Bureau Centrale de Plan (CPB).

Mesurées en euros, les dépenses de santé aux Pays-Bas ont doublé entre 1990 et 2004. Exprimées en tant que pourcentage du PIB, les dépenses de santé sont fortement influencées par la situation du cycle conjoncturel et aucune augmentation sérieuse n'a été enregistrée. Entre 1990 et 2006, les dépenses de santé ont fluctué entre 8,6% et 9,7% du PIB (cf. graphique 8). En 1990, les dépenses de santé représentaient 9% du PIB ; lors du marasme économique de 1992 et 1993, elles sont passées à 9,5% du PIB et au cours du boom suivant 1994, elles ont baissé jusqu'à 8,6% en 2001. A la suite de la récente récession, le taux des dépenses de santé a à nouveau augmenté jusqu'à 9,7% en 2004. Les dépenses néerlandaises de santé, présentées comme un pourcentage du PIB, sont plus ou moins conformes à la moyenne OCDE. Dans les années 80 et 90, les dépenses de santé sont restées sous contrôle par rapport à la moyenne européenne grâce à une couverture stricte. Le plafonnement des dépenses fixé pour le secteur des soins de santé a rationné les soins de santé depuis 1994 et des listes d'attente sont apparues à plusieurs endroits (OCDE, 2000, pp.86-95). Ces restrictions budgétaires impliquent qu'il est devenu crucial de fixer les priorités pour les soins de santé. On pourrait également en conclure que la maîtrise des dépenses et la réduction de la qualité sont incompatibles.

L'augmentation du nombre de forces du marché dans les soins de santé a été proposée en 1987 par la commission Dekker, comme solution à un excès de règles et de bureaucratie, à un manque d'efficacité et de réactivité face aux changements et aux besoins divergents de la population. Une assurance nationale a également été proposée. L'introduction du mécanisme de marché dans les soins de santé pourrait être incompatible avec le principe d'équité ou d'égalité de traitement et son efficacité n'est en outre pas toujours prouvée (OCDE, 2000, p. 105). Une comparaison entre le secteur des soins de santé néerlandais et d'autres systèmes nationaux quant à la façon dont ils ont résolu l'antisélection et ont fait face à l'individualisation montre qu'un remaniement complet est rarement nécessaire et n'apporte pas les résultats escomptés. Ouvrir le marché des assurances en soins de santé aux compagnies d'assurance privées ne contribue pas réellement à améliorer la qualité. La maîtrise des dépenses n'a pas non plus fait ses preuves. Les soins de santé publics baissent alors que les dépenses de santé privées augmentent. Au final, les dépenses en soins de santé sont probablement plus importantes (cf. De Gier et al., 2004). Le fait que les dépenses publiques et privées globales nationales en matière de sécurité sociale, les soins de santé y compris, sont, en tant que pourcentage du PIB, plus ou moins équivalentes, indique que les préférences en matière de sécurité sociale sont assez homogènes. La privatisation de la sécurité sociale et l'introduction du marché n'entraînent donc pas une réduction des dépenses globales mais des effets de substitution. Les dépenses de santé peuvent même augmenter. C'est clairement le cas du système de sécurité sociale néerlandais et du secteur des soins de santé en particulier. La compétition entre les assureurs s'exprime par une sélection des risques en réponse à l'antisélection afin d'être capable d'assurer de bons risques. Cela se fait aux dépens de l'efficacité sociale et de la justice. D'autres solutions à l'antisélection sont l'autosélection et la solidarité obligatoire (Delsen, 2002, pp. 143-145).

Certaines propositions de la commission Dekker de 1987 ont été introduites dans la ZFW. Une cotisation forfaitaire d'assurance-maladie qui vient compléter la cotisation liée au revenu et est déterminée par la caisse d'assurance-maladie individuelle. L'idée était que des caisses plus efficaces réduiraient les cotisations forfaitaires. De plus, les personnes assurées ont maintenant le droit de changer de caisse. La concurrence entre les caisses a également été accrue en 1992 afin de permettre aux caisses d'agir à l'échelle nationale (cf. De Kam, 2003). Ces mesures ont été inefficaces. Depuis 1993, les cotisations liées au revenu sont distribuées aux différentes caisses sur une base *ex ante* liée aux risques afin d'inciter les assureurs à maîtriser les dépenses. En 1997, un ticket modérateur a été introduit dans la ZFW pour lutter contre le risque moral et la cotisation forfaitaire a été réduite. Son introduction n'a pas abouti à une réduction significative de la consommation des services médicaux. Son efficacité a été limitée à cause d'une faible élasticité du prix des dépenses de santé ; le ticket modérateur est également en contradiction avec les principes d'équité. En 1999, il a à nouveau été aboli (OCDE, 2000, p. 99). Les employeurs ont soutenu la création de cliniques privées pour des maladies professionnelles en partie en réponse aux listes d'attente. Des médecins ont ouvert des cliniques privées. Le gouvernement craignait que cela entraîne une dichotomie de soins de santé, avec des gens prêts à payer un supplément pour pouvoir éviter d'attendre leur tour. En février 1999, les activités des cliniques privées indépendantes ont été régularisées (OCDE, 2000, p. 100) et intégrées dans le planning des établissements de santé contrôlés par l'Etat.

Au milieu des années 90, le gouvernement a commencé à accroître la concurrence en matière de prestation de services de soins de longue durée (AWBZ). Afin d'augmenter l'efficacité et d'introduire une approche davantage axée sur le client, une petite partie du budget du secteur des soins à domicile a été transférée aux assureurs maladie qui pouvaient acheter des soins de fournisseurs autres que les organisations de soins à domicile traditionnelles. Les 25 nouveaux arrivants apparus entre 1994 et 1996 se sont concentrés sur les services les plus lucratifs des soins de santé, créant une concurrence déloyale pour les organisations traditionnelles de soins à domicile. En 1997, un terme a été mis à cette expérience : le marché a été fermé aux nouveaux arrivants et il a été exigé que les nouvelles organisations existantes proposent les mêmes services que les organisations traditionnelles. En 1996, un système de budgets personnels individuels a été introduit pour les soins de longue durée (AWBZ), qui permettait aux personnes devant suivre des soins d'acheter, sous certaines conditions, leur propre assistance. Ce système a augmenté la flexibilité des soins de longue durée et l'équilibre entre l'offre et la demande (OCDE, 2000, p. 98). En 2000, des budgets personnels ont été introduits dans l'AWBZ pour les soins à domicile des personnes âgées et les handicapés physiques et mentaux (OCDE, 2002, p. 134). Non seulement cette mesure harmonise mieux les services de soins ainsi que les besoins et augmente la satisfaction des patients mais elle réduit aussi les coûts, y compris les coûts des maisons de soins infirmiers. Les frais administratifs ont cependant augmenté (OCDE, 2002, p. 108). De plus, tout le monde n'appréciait pas de jouer au "citoyen calculateur" ou de consommateur de

soins. Un quart des personnes savait comment gérer correctement ce budget personnel AWBZ (Okma, 2004, p. 15).

En 1998, le deuxième gouvernement de coalition pourpre annonçait qu'il allait étudier si, vu le vieillissement de la population, la préparation de changements profonds à long terme du système national d'assurance-maladie était souhaitable sur la base des systèmes utilisés dans d'autres pays de l'UE, ce qui a abouti au rapport "Vraag aan bod" en 2001 (Ministère du VWS, 2001). Dans ce document, le gouvernement néerlandais a conclu que l'opinion était généralement pour la transformation du système centralisé actuel basé sur l'offre en un système décentralisé basé sur la demande, l'un des principaux éléments de ses plans. Le rapport était en droite ligne avec la recommandation du Conseil économique et social (CES, 2000) de remplacer les différents types d'assurance de soins de santé existants par une assurance-soins de santé unique pour toute la population. Cette condition était considérée comme nécessaire pour un fonctionnement correct du système de concurrence administrée des soins de santé. En 2003, le deuxième gouvernement Balkenende a annoncé son intention d'introduire une police d'assurance standard obligatoire pour tout le monde. L'objectif ultime était d'aboutir à un système de concurrence administrée en 2006, avec le degré réel de régulation et de concurrence variant entre les différents secteurs (OCDE, 2002, pp. 110-113). Le gouvernement abandonnerait son rôle coordinateur. Les prix et les quantités de soins de santé à fournir seraient négociés par les assureurs maladie et les fournisseurs de soins de santé. Un système autorégulateur serait mis en place pour inciter les patients, les assureurs maladie et les fournisseurs de soins de santé à garantir une offre efficace de soins de santé de qualité et à maîtriser les dépenses.

Conformément aux plans de 2001, l'AWBZ devait aussi graduellement faire partie de l'assurance de base. Dans le plan 2004 du deuxième gouvernement Balkenende, une partie de la responsabilité pour les soins de longue durée destinés aux personnes âgées et aux personnes souffrant de maladies chroniques est mise entre les mains des autorités locales étant donné que ces services vont de pair avec d'autres services proposés par les autorités locales. En 2004, il est annoncé qu'une partie de l'AWBZ va être gérée par les autorités locales, ne proposant plus qu'un guichet local pour une vaste gamme de services locaux comme le trafic, le logement, les soins et l'assistance (Okma, 2004, p. 27). Cela permet aux autorités locales de fournir des services sur mesure. Dès 2006, il y aura une répartition claire des responsabilités dans les services de santé et sociaux. Les soins médicaux resteront de la compétence de l'AWBZ. Le gouvernement restera responsable des services de soins de santé pour les groupes sociaux plus vulnérables tandis que les autorités locales deviendront responsables d'une politique cohésive des soins de santé et du bien-être au niveau local. L'assistance comme l'aide à domicile, le transport, les repas livrés à domicile, etc. sera du ressort de la nouvelle loi sur le soutien social (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO). Dans les années 60 et 70, une décentralisation régionale était enregistrée ; dans les années 80 et 90, c'était un glissement vers une décentralisation fonctionnelle et au début du 21e siècle, nous constatons à nouveau un glisse-



ment des tâches du gouvernement central au niveau des autorités locales et provinciales, y compris la gestion des soins des personnes âgées et des malades chroniques. Ce glissement a été accompagné par des exigences plus strictes et des cadres politiques imposés par le gouvernement central, illustrant le manque de clarté du “modèle final” dans la politique (Okma, 2004, p. 22).

Une nouvelle assurance-maladie privée obligatoire pour les traitements curatifs nécessaires est introduite le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Elle supprime la distinction entre l'assurance de soins de santé obligatoire (ZFW) et les assurances-maladie privées. Le ministère de la Santé espère que la suppression de la distinction entre l'assurance-maladie publique et privée rendra le marché de la santé plus accessible à tous. Le nouveau système vise un marché libre afin d'accroître la concurrence sur le marché des soins. La qualité des soins devrait donc s'améliorer et le prix des soins pourrait être réduit. En outre, le consommateur pourrait changer plus facilement d'assureur. Les principaux ingrédients du nouveau régime d'assurance de base sont :

- l'assurance de base couvre un service standard de soins nécessaires fort similaire au ZFW actuel. La couverture est déterminée par le gouvernement. Les assureurs de soins sont libres de la fournir comme bon leur semble : différences de franchises personnelles. Cette franchise peut s'élever à 500 EUR avec des réductions de primes ;
- les assureurs de soins doivent accepter les clients, quel que soit leur âge ou leur historique médical. Les assureurs ne peuvent pas demander des primes plus élevées aux personnes âgées ou aux personnes qui ont davantage besoin de soins médicaux. Ils seront dédommagés par les fonds nationaux pour les clients à risques élevés (péréquation des risques) ;
- les prestataires de soins se feront concurrence sur la base de la qualité et du prix ;
- la prime nominale sera d'environ 1.100 EUR par an. Chaque assureur fixe le montant ;
- pour éviter des conséquences indésirables sur le revenu d'une prime de base plus élevée, près de deux tiers de toutes les personnes assurées recevront un complément en matière de soins de santé dépendant du revenu, de la part du bureau des contributions ;
- l'assuré aura droit à un remboursement annuel pour non-sinistre de 255 EUR qui faisait déjà partie de la ZFW ;
- les enfants de moins de 18 ans ne doivent pas payer la prime d'assurance nominale (le gouvernement la paiera).

Les compagnies d'assurance sont libres de conclure des arrangements avec des fournisseurs préférés et des contrats collectifs. Le système encourage les compagnies d'assurance à se disputer les clients, notamment en achetant activement des soins de santé. En ce sens, les combinaisons de traitement diagnostique introduites en 2003 sont importantes. Les citoyens sont considérés comme des clients critiques qui peuvent chaque année choisir leur assureur de soins.

Un système plus compétitif et plus efficace des soins de santé devrait aider à réduire les listes d'attente. Visant la réduction de ces listes d'attente, le gouvernement a débloqué davantage de fonds et a augmenté la responsabilité des fournisseurs de soins de santé en répartissant ces fonds additionnels. Les assureurs sont censés négocier avec des hôpitaux et d'autres fournisseurs de soins de santé afin de réduire les listes d'attente spécifiques (OCDE, 2002, p. 107). Si les consommateurs veulent atteindre leurs objectifs, ils doivent mettre la pression sur les assureurs pour que ces derniers fournissent ces services avec une plus-value. Les consommateurs devraient avoir accès aux informations concernant la qualité des services fournis par leurs assureurs. L'asymétrie d'informations joue un rôle : la publicité à titre de persuasion et non d'information (OCDE, 2004, p. 76). Dans la théorie économique du choix rationnel mais aussi dans la théorie psychologique classique de la motivation humaine, il est admis d'avoir le choix, c'est bien et que plus il y a de choix, mieux c'est. Il a maintes fois été démontré que les gens aiment avoir le choix et d'avoir plusieurs options peut accroître la motivation intrinsèque et améliorer les prestations. Plus de choix signifie généralement que les différences dans les préférences individuelles peuvent être mieux satisfaites et donc que la satisfaction individuelle moyenne peut être supérieure. Les gens ne sont pas totalement conscients ou ne comprennent pas vraiment les (futurs) conséquences d'un choix qu'ils font maintenant, par exemple pour le calcul des pensions ou pour la couverture de la sécurité sociale. Donc, bien qu'en économie, offrir des choix est couramment considéré comme préférable, en fin de compte, les gens peuvent considérer que des options additionnelles augmentent tout simplement le risque de faire le mauvais choix (Delsen et al., 2006). Les critiques avancent que la nouvelle assurance-maladie privée obligatoire sera plus coûteuse, redistribuée et bureaucratique et aboutira à des personnes qui ne s'assurent pas (comme aux Etats-Unis par exemple). L'augmentation des cotisations pourrait inciter les personnes à faibles revenus de faire leur choix sur la base du prix et non de la qualité ou des besoins.

### 3.2. LA REFORME DES PENSIONS

Le système de pension néerlandais à trois piliers dans lequel les partenaires sociaux jouent un rôle central est bien développé et unique en Europe. La pension de base statutaire, la loi générale sur l'assurance-vieillesse (Algemene Ouderdomswet – AOW) fournit une pension de base forfaitaire à partir de 65 ans. Il s'agit d'une pension de vieillesse de base obligatoire pour les résidents âgés entre 15 et 65 ans. La prestation de pension de l'Etat est financée par répartition par des cotisations payées par les travailleurs et les indépendants. Le taux de remplacement du second pilier inclut une franchise AOW. Suite au 'découplage' entre les prestations AOW et les salaires des années 80 et 90 ainsi qu'en 2004 et 2005, la privatisation progresse. Le déclin des pensions de base n'est pas entièrement compensé par le deuxième pilier des pensions. En 1997, le premier gouvernement Kok a débuté le financement partiel de la pension de base en créant un fonds d'épargne AOW (126 milliards d'euros en 2020) afin de faire face aux dépenses temporairement élevées lorsque les générations du baby-boom prendront leur retraite. Le deuxième pilier comprend le

système de pension professionnel complémentaire collectif et est entièrement capitalisé. La constitution et le contrôle des caisses de retraite sont la responsabilité des partenaires sociaux. Aux Pays-Bas, le nombre de participants ainsi que le nombre de bénéficiaires d'une pension professionnelle sont parmi les plus élevés de l'UE. L'importante couverture (plus de 90% des travailleurs) est en partie liée à l'extension légale d'accords salariaux collectifs sectoriels entre des syndicats et des organisations patronales à tous les membres de l'industrie. Le niveau des pensions professionnelles est en outre assez élevé par rapport à d'autres pays. Les pensions professionnelles représentent 40% du revenu des pensionnés, les pensions de l'Etat 40 autres pour cent et les pensions individuelles 20%. Le troisième pilier des pensions, en pleine croissance, comprend des plans d'épargne volontaires et des provisions faites individuellement comme une assurance-vie, la possession d'une maison, des actions ou des comptes d'épargne.

Dans l'accord de Wassenaar de 1982, la retraite anticipée volontaire est évoquée lors des négociations collectives, tout comme la modération salariale, les réductions collectives du temps de travail et la promotion du travail à temps partiel, comme un moyen de redistribuer les emplois existants et de réduire les heures de travail - après l'importante augmentation du chômage structurel dans les années 70 - et comme un moyen de combattre le chômage chez les jeunes. Ces mesures de retraite anticipée ont été négociées dans des conventions collectives. Dans les années 90, les régimes de retraite anticipée par répartition ont commencé à être convertis en régimes de prépension individuels capitalisés afin d'augmenter le taux d'activité de travailleurs plus âgés et de réduire la charge sur la génération plus jeune. En 1998, près de la moitié de toutes les conventions collectives incluaient des accords visant le remplacement de régimes de retraite anticipée volontaire par des mesures de pension flexible. En outre, le niveau de la prestation à la retraite anticipée volontaire a été réduit et l'âge du droit à la retraite anticipée volontaire est passé de 60 à 61 ou 62 ans. Dans la seconde moitié des années 90, le gouvernement et les partenaires sociaux ont accepté de remplacer progressivement la retraite anticipée volontaire par des régimes de prépension actuariellement neutres et capitalisés intégrés dans des pensions professionnelles. Aujourd'hui, la retraite anticipée volontaire n'est disponible que pour 2% des travailleurs ; la prépension s'applique à 87% et les accords de transition expireront en 2015 (OCDE, 2005n p. 12). Le gouvernement a décidé d'abolir le soutien fiscal des régimes de retraite anticipée et de prépension à partir du 1er janvier 2006. En guise de remplacement, le gouvernement a introduit un dégrèvement du Plan-temps. Les travailleurs peuvent demander des réductions d'impôts afin d'épargner pour un congé sans solde dont ils peuvent profiter à différents moments de leur carrière. Les travailleurs peuvent économiser 210% de leur salaire annuel et ils ont droit à une réduction d'impôt supplémentaire lorsqu'ils prennent un congé. Les travailleurs peuvent ainsi financer trois années de congé sans solde à 70% de leur salaire habituel. Les travailleurs néerlandais sont nettement en faveur de la retraite anticipée. Ce congé n'est pas un droit. Tenant compte des profils âge-salaire élevés avec des salaires supérieurs au niveau de productivité, les employeurs ne pourront qu'approuver s'ils peuvent retirer un profit économique en

autorisant le congé pour lequel il a été épargné, ce qui représente un incitant supplémentaire pour le régime de la retraite anticipée. L'épargne-temps pourrait devenir une variante de la retraite anticipée.

En matière de pension, les Pays-Bas sont un modèle pour le reste de l'UE : ils sont mieux équipés pour résister aux chocs externes et aux développements démographiques. Le système des pensions néerlandais se caractérise par le fait qu'il est partiellement capitalisé et donc que les Pays-Bas n'ont pas de problème majeur en la matière suite au vieillissement de la population, contrairement à de nombreux autres pays de l'UE où la pension est entièrement financée par un système par répartition. Le capital de pension accumulé est le plus élevé de l'UE. Le pourcentage de travailleurs participant au deuxième pilier des pensions, les régimes des pensions professionnelles, et le pourcentage des bénéficiaires d'une pension sont aussi les plus élevés à un coût relativement bas grâce à la nature obligatoire du système (cf. Delsen, 2002).

Jusqu'en 2004, la majorité des assurés néerlandais (quelque 65%) dans le second pilier des pensions appartenaient à un régime de retraite fin de carrière. Ce système est non seulement valable pour une durée indéterminée mais il subventionne aussi les carriéristes (solidarité inversée). Il entrave le développement d'un quatrième pilier des pensions (vieillessement actif) étant donné que la rétrogradation - à savoir lorsqu'un travailleur âgé se retire temporairement et renonce à ses responsabilités ainsi qu'à sa paye - et le travail à temps partiel pour les travailleurs âgés entraînent tous deux une réduction considérable des droits à la pension. Ce n'est pas le cas avec un système basé sur le salaire moyen vu que la pension est alors calculée à partir du salaire gagné sur toute la carrière du travailleur. En décembre 1997, le gouvernement et les partenaires sociaux ont conclu une convention visant à moderniser et à maîtriser les coûts du second pilier des pensions. Le nombre de travailleurs appartenant à un régime basé sur le salaire moyen a grimpé de 23% en 1995 à 32% au début de 1999.

**TABLEAU 3 : EVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DES CAISSES DE RETRAITE AUX PAYS-BAS, 1997-2003**

	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997
Actifs (milliards d'euros)	448	447	473	460	405	364	318
Taux de financement moyen	114	108	127	141	150	142	135
Actions de l'actif total (%)	47,5	42,3	48,7	48,5	49,9	40,1	37,0
Rendement (pourcentage)	10,3	-7,7	-2,6	2,5	15,5	14,2	15,3

Source : PVK.

En terme de valeur de l'actif, le marché des pensions néerlandais est l'un des plus importants d'Europe. Actuellement, l'actif des caisses de retraite privées s'élève à 110% du PIB (cf. tableau 3). Les investissements à risques en Bourse pourraient surpasser les obligations à long terme ; ils rendent aussi les caisses de retraite plus vulnérables et dépendantes de la place boursière. Dans les années 90, les réserves ont baissé, car les obligations de pensions ont augmenté, les cotisations ont été réduites et le taux d'intérêt du marché financier a chuté. Il est dans l'intérêt des employeurs (profits), des travailleurs (salaires) et de la direction (marge de manœuvre politique) que les primes de pension soient basses. Les pensions ont de plus en plus été financées par des rendements du capital investi au lieu de primes de membres actifs. Avant le crash de 2000, cela ne posait pas problème. Le rendement élevé des actions payait l'indexation des prix (inflation) des pensionnés et l'augmentation des obligations légales de pension. En 2001 et 2002, quelque 300 caisses de retraite se sont retrouvées sous-financées à cause d'une chute des cours de la Bourse et de rendements négatifs. Durant la seconde partie des années 90, le taux de rendement annuel des caisses de retraite néerlandaises était de 15% environ. Après 1999, les rendements ont chuté et sont devenus négatifs en 2001 (-2,6) et en 2002 (-7,7). En 2003, le taux de rendement moyen était de nouveau supérieur à 10% (cf. Tableau 3). Le taux de financement moyen a baissé de 150% en 1999 à 108% en 2002, c.-à-d. le niveau atteint au milieu des années 90. Après 2002, la valeur des actions et la solvabilité ont à nouveau augmenté. Quoi qu'il en soit, la crise néerlandaise des pensions n'a pas été résolue pour autant. Afin de restaurer les taux de financement dans le secteur privé, les cotisations ont augmenté de 10,5% en 2002 à 14% en 2004 ; dans le secteur public, de 12% à 19% des salaires bruts. Les employeurs néerlandais paient près de trois quarts des cotisations totales pour les régimes de pensions professionnelles ; les travailleurs paient le quart restant. Les prestations ont également été gelées et les régimes de retraite des salariés occupés ont été modérés et partiellement indexés, limitant le taux de croissance et entraînant un glissement massif de régimes de retraite salaires fin de carrière vers des régimes de retraite salaires moyennes de carrière. Quelque 98% des pensions aux Pays-Bas sont des dispositions à prestations déterminées, c.-à-d. qu'une certaine obligation de prestation est prédéfinie. Un glissement spectaculaire de régimes de retraite salaires fin de carrière vers les régimes salaires moyennes de carrière a récemment été enregistré dans les régimes de retraite à prestations déterminées. En 2004, 77% des membres étaient couverts par un système salaires de carrière ; en 2003, ils n'étaient que 37% ; en 1998, 25% ; en 1993, 26%. Ce glissement a été motivé par une maîtrise des dépenses. Les systèmes à cotisation déterminée sont plutôt inhabituels aux Pays-Bas bien qu'ils soient de plus en plus courants : 0,2% en 1993 et 0,3% en 1998 et actuellement plus de 2%. Les régimes fin de carrière ont chuté de 72% en 1993, 67% en 1998 et 57% en 2000 à 20% en 2004. Les partenaires sociaux sont en faveur d'un équilibrage et même d'une réduction des cotisations. Le droit à la pension dépend de plus en plus de l'indexation. De facto, cela implique un glissement supplémentaire vers un système de pension à cotisation déterminée. L'âge de la retraite sera le point de mire dans un futur proche.

### 3.3. ASSURANCE-INVALIDITE

Les Pays-Bas disposent d'une série de régimes d'assurances-invalidité. La loi sur l'assurance-invalidité (Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering - WAO) couvre l'invalidité des travailleurs et des chômeurs. Depuis 1998, la loi sur l'assurance-invalidité des indépendants (Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen - WAZ) et la loi sur les prestations d'invalidité de jeunes handicapés (Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening Jonggehandicapten - WAJONG) fournissent des prestations basées sur le niveau d'allocations sociales minimales en vigueur. La WAZ, une assurance obligatoire pour les indépendants, a été supprimée en 2004. La WAJONG est une disposition sociale qui couvre les jeunes. Les Pays-Bas sont le seul pays de l'UE avec un programme d'invalidité général qui ne sépare pas les accidents du travail des autres accidents. Il était prévu de renoncer à l'assurance unique d'invalidité indépendant de la cause. En 2004, les plans pour introduire un nouveau régime d'accidents du travail et de maladies professionnelles (Extra Garantieregeling Beroepsrisico's - EGB) ont été mis au frigo. L'OCDE (2005, p. 18) recommande un dispositif d'accidents du travail qui sépare ce type d'accident de l'invalidité générale. Il évite les facteurs d'accident et d'invalidité derrière le nombre élevé de bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Le nombre d'invalides est de 10% environ de la population en âge de travailler. Le taux de couverture et de prestation est aussi relativement élevé (OCDE, 2002, pp. 71-72). Depuis le début des années 90, plusieurs mesures de privatisation ont été prises pour décourager l'utilisation des assurances-invalidité comme moyen de licenciement et de changer d'organisation de travail pour éviter la maladie et l'invalidité. Les risques financiers ont été transférés aux sociétés via une tarification ajustable (cf. Delsen, 2002 ; De Kam, 2003 ; OCDE, 2005, p. 78). Au début de l'année 1996, la loi en matière d'assurance-maladie était presque entièrement privatisée. Mises à part quelques exceptions comme les intérimaires et les travailleurs à domicile, le système public de la loi en matière d'assurance-maladie a été supprimé. Depuis l'introduction de la loi sur l'extension de l'obligation de continuer à verser la rémunération en cas de maladie (Wet Uitbreiding Loondoorbetaling bij Ziekte - WULBZ) le 1er mars 1996, les employeurs doivent verser aux travailleurs malades 70% de leur salaire normal pendant une année entière. Après un an, les travailleurs en congé maladie sont transférés vers le programme d'assurance-invalidité. L'employeur peut faire assurer ce risque par un assureur privé ; 80% des employeurs ont choisi cette voie. La prime est alors basée sur les statistiques de congé maladie de la société. L'absentéisme lié à la maladie a baissé significativement. Autres conséquences : une sélection basée sur les risques lors du recrutement, une période d'essai plus longue et davantage de contrats intérimaires. Le 1er janvier 1998, la loi sur la différenciation de prime et les règles de marché dans le cadre des assurances-incapacité de travail (Wet Premiedifferentiatie en Marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen - PEMBA) est introduite afin de réduire le nombre de personnes en incapacité de travail. La différenciation de prime réduit le risque moral étant donné que les employeurs ne peuvent plus détourner les conséquences de leurs actes sur un fonds collectif. La loi PEMBA de 1998 n'a pas eu le résultat escompté et pour éviter un

recrutement fondé sur les risques, la loi sur les contrôles médicaux (Wet op de Medische Keuringen - WMK) a été introduite en 1998. La loi interdit tout contrôle avant l'engagement. Pour faire face au problème insider/outsider, les employeurs ne doivent plus, depuis 2002, payer une série de prestations sociales s'ils engagent une personne invalide et, depuis 2004, payer la partie fixe de la cotisation d'assurance-invalidité pour leurs travailleurs de 55 ans et plus et pour toute nouvelle personne engagée de 50 ans et plus. La réforme de l'assurance-invalidité prévue pour 2006 incitera davantage les employeurs à engager ou à garder les travailleurs en invalidité partielle. La PEMBA sera supprimée.

Pour éviter la sélection des risques de la politique PEMBA, la loi sur la (ré)intégration des personnes inaptes au travail (Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten - Wet REA) a été introduite le 1er juillet 1998. Cette loi REA doit permettre à l'employeur d'engager et de conserver plus facilement des travailleurs avec un handicap de travail. Les employeurs sont maintenant responsables de la réinsertion de leur propre personnel et peuvent recevoir un montant standard ou une compensation personnalisée lorsqu'ils engagent une personne inapte au travail ou la repositionne au sein de la société. La loi sur la réintégration des personnes inaptes au travail garantit également qu'un employeur qui engage une personne avec un handicap ne risque pas d'augmenter ses dépenses maladie ou incapacité. La loi REA de 1998 n'a pas été efficace et doit être remplacée par des coupes sombres dans les cotisations sociales pour les personnes en incapacité partielle.

La loi sur l'amélioration de la protection (Wet Verbetering Poortwachter) d'avril 2002 précise les droits et obligations des travailleurs et des employeurs au cours de la première année qu'un employé est en incapacité de travail. La nouvelle réforme se concentre sur la coopération entre l'employeur et l'employé et introduit des obligations mutuelles plus strictes en matière d'efforts de réintégration. D'une part, les employeurs qui ne coopèrent pas suffisamment pour aider les gens à garder leur emploi risquent de payer le salaire de l'employé pendant une année supplémentaire tandis que d'autre part, les travailleurs qui ne contribuent pas à leur réintégration sur le marché du travail risquent un licenciement ou une réduction salariale. La UWV (Uitkeringsinstituut werknemersverzekeringen) servait de portier ('poortwachter').

En 2001, la commission Donner a proposé un réaménagement radical du système d'assurance-invalidité, le rendant uniquement accessible aux personnes en invalidité totale et permanente. Les personnes en invalidité partielle sont couvertes par une assurance privée obligatoire pour les employeurs, basée sur une tarification ajustable. Les personnes en invalidité temporaire sont traitées comme tout autre malade et sont couvertes par l'obligation de l'employeur de payer le salaire. En 2001, le cabinet Kok II a demandé l'avis du Conseil Economique et Social (CES) tripartite sur une révision du système des prestations d'invalidité. Les propositions du CES datant de 2002 pour un nouveau système d'assurance-invalidité ont été adoptées par le gouvernement Balkenende II. Elles prendront effet le 1er janvier 2006 et

s'appliqueront aux personnes frappées d'invalidité après le 1er janvier 2004. Le régime actuel reste en place pour ceux qui reçoivent déjà une prestation d'invalidité. La prestation de maladie doit être payée par l'employeur pendant une période de deux ans. Une assurance peut être contractée. S'ensuit après deux ans une évaluation pour voir s'il faut continuer à payer une prestation partielle ou totale d'invalidité ; une définition médicale plus stricte de l'invalidité totale et des critères plus stricts pour déterminer les emplois toujours réalisables sont appliqués.

La grande réforme du système de prestations d'invalidité vise à réduire l'accès à la magnanimité (relative par rapport à d'autres pays) et de mobiliser la main-d'œuvre disponible parmi les bénéficiaires. En droite ligne avec le rapport Beveridge de 1942, cette loi place l'accent sur le travail. La protection du revenu perd en importance. Le nouveau régime contient trois groupes de personnes :

- les personnes avec une incapacité de moins de 35% (15% auparavant) ; elles ne recevront plus de prestations. La relation de travail est maintenue et l'employeur doit adapter le poste de travail si nécessaire. Les employeurs doivent prendre une assurance privée ou choisir l'assureur public (UWV) et supporter les coûts pour ce premier groupe ;
- les personnes en incapacité totale (80-100%). Seul, ce groupe bénéficie de prestations publiques. Elles recevront une prestation d'invalidité de 70% de leur dernier salaire. À partir de 2006, les travailleurs en incapacité totale ayant peu de perspective de rétablissement auront droit à une allocation conformément à la loi sur l'emploi et sur les revenus en fonction de la capacité de travail (WIA). Pendant les cinq premières années, ils subiront un examen médical annuel afin de constater tout rétablissement éventuel. L'allocation WIA représente 70% du dernier salaire du travailleur. Les personnes dépendant à long terme de ce système ne verront pas leur salaire se réduire davantage ;
- les pertes salariales des personnes en incapacité partielle (35-80%) seront compensées à condition de rester occupé pour au moins 50% du pourcentage de capacité.

La plupart des conventions collectives de travail complètent l'allocation de maladie des travailleurs jusqu'à 100% du salaire. Le gouvernement a récemment proposé une obligation légale de limiter la prestation de maladie, au cours de la deuxième année de maladie, à 70% du revenu. En 2004, un accord social de 170% pendant les deux années a été accepté. Pour les personnes n'ayant pas une incapacité totale et permanente, un nouveau régime de retour au travail (Werkhervatting Gedeeltelijke Arbeids- geschikten - WGA) a été introduit. Les bénéficiaires reçoivent une subvention salariale s'ils travaillent, sinon une prestation. Les employeurs doivent couvrir le risque d'incapacité partielle conformément au WGA par des compagnies d'assurances privées ou par l'assurance publique UWV, ou en supporter le risque eux-mêmes.

Les employeurs et les travailleurs ont accepté de prendre des mesures pour réduire les allocations de maladie pendant la deuxième année de maladie. Cela a incité le gouvernement à abandonner une loi destinée à limiter la deuxième année de presta-



tions de maladie à 70% du dernier salaire. Si le nombre de nouveaux cas d'incapacité complète de travail n'excède pas 25.000 par an à partir de 2006, le gouvernement augmentera rétroactivement l'allocation d'incapacité à 75% du dernier salaire en juillet 2007, et ce depuis le 1er janvier 2006. Dans ce cas, le gouvernement supprimera les primes les plus élevées pour les employeurs qui ont laissé de nombreux travailleurs être déclarés en incapacité. L'amende PEMBA sera supprimée.

### **3.4. LOGEMENT**

Les propriétaires d'un logement sont lourdement subventionnés. Les paiements des intérêts hypothécaires sont fiscalement déductibles. La politique de commercialisation des logements englobant cette imposition favorable des logements occupés par le propriétaire et financés par emprunt amoindrit l'efficacité économique et amplifie le cycle conjoncturel. Les prix immobiliers présentent une tendance croissante et d'importantes fluctuations en fonction de la demande. L'abordabilité des logements a baissé. Les conséquences se font également sentir sur les locataires, car ces derniers ne bénéficient pas de subventions locatives. L'indemnité de logement existante liée aux revenus atténue/affaiblit l'impact de prix élevés sur certains locataires et limite la mobilité. Il est peu probable que les objectifs sociaux soient atteints. Un retrait progressif des subventions fiscales pour les logements occupés par le propriétaire a été examiné et proposé (OCDE, 2004, pp. 47-51).

### **3.5. ASSISTANCE SOCIALE ET ASSURANCE-CHOMAGE**

La politique de protection sociale néerlandaise est de plus en plus basée sur le principe que l'emploi offre la meilleure forme de protection sociale. Les politiciens appliquent la loi des débouchés de Say à la sécurité sociale et au marché de l'emploi. Depuis janvier 2004, la loi sur le travail et l'assistance sociale (Wet Werk en Bijstand) remplace la loi sur l'assistance sociale de 1996. En principe, tout le monde aux Pays-Bas devrait faire de son mieux pour subvenir à ses besoins mais en cas d'impossibilité, cette loi leur donne droit à un revenu minimum. Un emploi rémunéré est considéré comme l'objectif ultime. La dispense de chercher du travail pour des parents isolés avec des enfants de moins de 5 ans a été supprimée. Les autorités locales ont reçu davantage de libertés politiques et financières pour activer les chômeurs de longue durée et d'autres bénéficiaires d'assurances sociales. Dans la loi, "travail convenable" a été remplacé par "travail généralement accepté". Un plan d'action individuel fournit des solutions sur mesure comme des entretiens d'embauche, des opportunités d'expérience professionnelle ou des plans d'intégration sociale. La limitation de l'accès à l'aide sociale et la stimulation de la sortie de l'aide sociale sont les principaux objectifs. En cas de non-coopération ou de réticence à fournir les informations nécessaires, une sanction telle qu'une réduction de la prestation ou une suspension complète est appliquée.

Afin de réduire le risque moral, le gouvernement pourpre examine une différenciation de prime dans le régime d'assurance-chômage (OCDE, 2000, p. 66). Dans le cadre de la loi sur le chômage, les autres nouvelles mesures prises en considération en 2000 et 2002 du côté de la demande sont : les employeurs paient une partie de l'allocation de chômage des travailleurs âgés licenciés ; une tarification ajustable. Pour stimuler l'emploi de travailleurs plus âgés, le gouvernement a, en 2004, réintégré l'obligation de chercher un nouvel emploi pour les chômeurs plus âgés (57 ans et demi et plus) et supprimé l'allocation de chômage continue. La prestation de chômage secondaire ('prestation de suivie' qui suit la première prestation) qui visait à couvrir la période jusqu'à la retraite pour les chômeurs plus âgés a également été supprimée en 2004. La prestation de chômage primaire standard est allouée entre 2 et 5 ans, en fonction de l'âge et des antécédents professionnels. La durée de la prestation standard d'assurance-chômage dépend de tous les antécédents professionnels et non des 5 dernières années uniquement. En 2005, le gouvernement a adapté la recommandation du CES sur l'avenir de la loi sur l'assurance-chômage. La durée maximale a été réduite de 5 ans à 38 mois. Pour avoir droit à une allocation de chômage, une personne doit avoir travaillé 26 semaines pendant une durée de 36 semaines et non plus de 39 semaines. Les deux premiers mois, la prestation est de 75%, ensuite de 70%. Les personnes qui répondent à l'exigence des 26 semaines mais qui n'ont pas reçu un minimum de 52 jours de salaire pendant au moins quatre années au cours des cinq dernières n'auront droit qu'à une allocation pendant trois mois (OCDE, 2005, p. 83).

### 3.6. REFORME DE LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE LA PROTECTION SOCIALE

Depuis la publication du "rapport Buurmeijer" en 1993, la structure administrative a été le point de mire du débat sur la réforme du système néerlandais de sécurité sociale. Ce rapport concluait qu'une mauvaise administration de l'assurance sociale et une coopération insuffisante entre les administrateurs étaient clairement à la source de la situation critique de l'assurance invalidité. L'engagement considérable des partenaires sociaux dans l'exécution de la sécurité sociale était entre autres considéré comme un facteur important dans l'abus de certains arrangements, en particulier le régime d'assurance-invalidité (WAO). Une série de modifications consécutives de cette structure au cours de cette dernière décennie a abouti à un système dans lequel l'influence des partenaires sociaux a été drastiquement diminuée. Plusieurs éléments de concurrence ont été introduits et des responsabilités ont été attribuées aux employeurs et aux travailleurs (individuellement) afin d'augmenter l'efficacité, bien que le système soit toujours considéré être en révision. En 1995, le Conseil de Sécurité Sociale (SVr) bipartite a été dissous. Une nouvelle commission indépendante pour la supervision des assurances sociales (Commissie toezicht sociale verzekeringen - Ctsv) supervise la mise en œuvre de la sécurité sociale. En 1997, l'institut national d'assurances sociales (Landelijk instituut sociale verzekeringen - Lisv) est devenu responsable de la mise en œuvre des assurances des salariés, de la loi sur l'assurance-invalidité des indépendants (WAZ) et de la loi sur les prestations d'invalidité des jeunes handicapés (WAJONG). Le Lisv a repris les assurances

des salariés des chambres des associations sectorielles d'entreprises et les a transférées à cinq institutions d'exécution concurrentielles (Uitvoeringsinstellingen, UVIs).

Alors que l'administration de la sécurité sociale et le service public de l'emploi ont été gardés séparés jusqu'en 1994, cette tradition a été interrompue et ces deux fonctions de l'Etat-providence ont été placées sur le chemin de la coopération. Le 1er janvier 2002, la loi SUWI (Structuur Uitvoering Werk en Inkomen) est promulguée. L'opération SUWI, débutée en 1998, est l'apogée de ce processus global. L'opération SUWI vise à établir des responsabilités claires et à donner aux différents acteurs en la matière les incitants (financiers) adéquats, notamment en ajoutant des éléments de concurrence, pour rendre l'administration de la sécurité sociale et le service de l'emploi plus actifs, plus efficaces et plus conviviaux. Cela suppose une réorganisation majeure de la structure administrative. Les demandes de prestations devraient être traitées par des opérateurs privés et toutes ces activités (paiement des prestations, réintégration) devraient être réalisées par une agence unique. L'accent est placé sur la prévention et sur la réintégration des allocataires sur le marché de l'emploi. En d'autres mots, le travail prime sur le revenu. Aux niveaux local et régional, les organisations de réintégration et les organisations pour la gestion de la sécurité sociale (examen de la demande, recouvrement de cotisations et transfert de la prestation) sont combinées dans 131 centres pour le travail et le revenu (CWI - Centra voor werk en inkomen). L'objectif de toutes les parties est de retrouver du travail aux gens le plus rapidement possible. Les centres occupent une position centrale dans le système de sécurité sociale. Les gens peuvent se rendre dans ces centres pour demander une allocation sociale et pour trouver un travail (réintégration). Pour les employeurs, c'est l'endroit où chercher des travailleurs. Les organisations privées de réinsertion ainsi que les organisations étatiques d'examen des demandes sont actives dans ces CWI. Ce système se base sur la vision d'un guichet unique pour le client pour tous les services concernés.

Des éléments de concurrence sont introduits là où cela est possible. Les tâches qui ne sont pas considérées appropriées pour la concurrence (examen de la demande, recouvrement de cotisations et transfert de la prestation) seront toujours réalisées par des organismes publics. L'objectif de l'introduction d'éléments de concurrence dans les organismes de réinsertion est d'en augmenter l'efficacité. En janvier 2002, les cinq UVI bipartites ont en outre été fusionnées en un service public, l'institut pour la gestion des assurances des salariés (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering, UWV), réduisant ainsi l'influence du secteur. L'UWV a la responsabilité d'évaluer le droit aux allocations, de percevoir les cotisations sociales et de payer les prestations de chômage et d'invalidité. Dans la nouvelle situation, c'est le ministère des Affaires sociales qui est en charge de la supervision. Les partenaires sociaux sont plus ou moins exclus de la gestion actuelle de la sécurité sociale et le Conseil tripartite pour le Travail et le Revenu (RWI) ne conserve qu'un rôle consultatif mineur (De Gier et al., 2004).

#### 4. CONCLUSIONS POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS

Au sein du modèle cappuccino de la sécurité sociale néerlandaise – comprenant une allocation de base (le café), une assurance obligatoire (la crème) et une assurance optionnelle (le cacao) l'accent est toujours plus placé sur le cacao, aux dépens du café. Les récents changements politiques réalisés par le deuxième cabinet Balkenende impliquent un glissement continu du modèle rhénan vers le modèle anglo-saxon. Les Pays-Bas ressemblent aussi de plus en plus aux Etats-Unis lorsque nous regardons le nombre croissant de réclamations introduites par des patients qui se sentent négligés ou qui doivent attendre trop longtemps (Okma, 2004, p. 15). L'Etat-providence néerlandais s'inspire de plus en plus de Beveridge. Dans l'Etat-providence néerlandais, les changements politiques se fondent sur le dogme plutôt que sur les arguments. La maîtrise des dépenses requiert un besoin continu de réforme, tel est le message d'un rapport sur la politique de couverture sociale néerlandaise de ces deux dernières décennies. L'expérience néerlandaise montre également que les réformes de la couverture sociale se sont avérées contreproductives. La maîtrise des dépenses peut entraîner une réduction de l'efficacité et de la qualité. L'introduction de la maîtrise des coûts et des marchés peut être contradictoire. Pour évaluer la nécessité d'une réforme de la couverture sociale, une image claire des objectifs politiques est nécessaire : efficacité, et/ou justice ? De plus, il faut savoir comment réaliser au mieux ces objectifs.

Depuis la création de l'UEM, le besoin de couverture sociale se fait croissant alors que l'UEM réduit la qualité de l'environnement social et les ressources pour financer cette couverture (Delsen, 2001). La dérégulation compétitive et les dégrèvements d'impôts résulteront pour les pays compétitifs en des salaires plus faibles que ceux désirés et en un niveau de couverture sociale plus bas que désiré à savoir la dévalorisation de l'Etat-providence. Cette sous-provision d'assurances et une offre trop faible de biens collectifs semblent être présentes aux Pays-Bas : il y a un fossé énorme entre les objectifs politiques et les priorités des citoyens en matière de couverture sociale. Le soutien de la politique actuelle est limité. Quatre vingts pour cent de la population néerlandaise est pour un changement et préfère une société cohésive. Mais lorsque nous nous penchons sur des mesures spécifiques, nous constatons que ce n'est pas vraiment le cas. En matière de prestations de chômage et d'invalidité, la majorité opterait pour une augmentation de la pression sur le chômeur pour trouver un emploi. Elle ne veut cependant pas réduire davantage les allocations pour ceux qui ont réellement besoin d'un soutien financier. Pour garantir une pension d'Etat à un prix abordable malgré le vieillissement de la population, la préférence va clairement à l'augmentation du nombre d'heures prestées hebdomadairement plutôt qu'à la réduction de l'allocation de pension ou à l'augmentation de l'âge de la retraite (Beckers, 2005 ; 21 minuten.nl, 2005).

Comme une grande partie du coût de la main-d'œuvre en Europe comprend des impôts et des primes, il existe un lien direct entre la position concurrentielle macroéconomique et la couverture sociale. Les économistes voient souvent une ten-

sion entre la politique sociale et les prestations économiques. Poursuivre toutes sortes d'objectifs sociaux freinerait l'économie et générerait donc la croissance de l'économie et de l'emploi. Il n'y a aucune preuve empirique du "big trade-off" d'Okun entre l'équité et l'efficacité au sein de l'Union européenne. Au contraire : l'équité accroît l'efficacité et les prestations, une relation positive (Ederveen et De Mooij, 2003). Désireux de réduire le secteur public, les économistes néoclassiques et les politiciens oublient que conserver un bon système de sécurité sociale n'est pas une charge mais une partie essentielle de l'économie de marché : cela permet l'expansion des marchés. Les gouvernements et les marchés sont complémentaires : l'assurance sociale des gouvernements protège contre les effets de risques économiques externes (Rodrik, 1997). L'Etat-providence est un investissement et non un facteur de coût. Une compétitivité nationale importante est précédée par une période de grandes dépenses sociales. Ces dernières impliquent que la causalité va des dépenses sociales à la compétitivité et non l'inverse. Des dépenses élevées en matière de sécurité sociale créent un environnement présentant moins de conflits sociaux, améliorent les incitants à prendre des risques et garantissent la volonté des entreprises d'investir dans du capital humain (cf. Delsen, 2002 ; De Grauwe et Polan, 2003). Le gouvernement rend la croissance des marchés possible. C'est en contradiction avec les idées traditionnelles derrière la théorie économique néoclassique pour lesquelles les gouvernements sont préjudiciables aux marchés et à leur croissance. Agell (1999) conclut à partir de ses recherches sur la relation entre l'ouverture des pays occidentaux et les institutions du marché du travail, que la globalisation de l'activité économique va entraîner une demande croissante de différentes formes de rigidité du marché de l'emploi. Il faut en conclure que l'Etat-providence et le marché sont complémentaires. Un système de sécurité sociale sain permet l'expansion des marchés et est très important pour la petite économie ouverte des Pays-Bas (Delsen, 2002). Le débat sur la réduction de l'Etat-providence ne devrait donc pas tant se concentrer sur l'importance de l'Etat-providence mais plutôt sur sa structure et ses fonctions au sein d'économies capitalistes.

*(Traduction)*

---

---

**BIBLIOGRAPHIE**


---

Agell, J., On the benefits from rigid labour markets: norms, market failures, and social insurance, *The Economic Journal*, 109, février, pp. F143-F164, 1999.

Asscher-Vonk, I., Delsen, L., Pennings, F. et Sparrius, C., Social security in the Netherlands, in J. van Vugt et al. (eds.) *Social Security and Solidarity in the European Union. Facts, Evaluations, and Perspectives*, Physica Verlag, Heidelberg, pp. 143-162, 2000.

Becker, J., *De Steun voor de Verzorgingsstaat in de Publieke Opinie, 1970-2002. Een Analyse van Trends in Meningen*, Bureau de planification sociale et culturelle, La Haye, 2005.

De Kam, F., Welfare state in transition. The case of the Netherlands, in Pacolet J. (ed.) (2003) *The State of the Welfare State Anno 1992 and Beyond*, ETUI/HIVAK.U.Leuven, Toronto/Louvain, APF-Press, pp. 39-365, 2003.

Delsen, L., EMU and the social environment, *The European Journal of Social Quality*, Vol. 3, N° 1/2, Eté, pp. 70-89, 2001.

Delsen, L., *Exit Polder Model? Socioeconomic Changes in the Netherlands*, Praeger Publishers, Westport, 2002.

Delsen, L., J. Benders and J. Smits, Choices within collective agreements à la carte in the Netherlands, *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 44, N° 1, mars, pp. 51-72, 2006.

De Gier, E. et M. Ooijens, *Dutch Welfare State Reforms: From a Passive to an Active Welfare State?*, Documents de travail n° 321, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, La Haye, 2004.

De Gier, E., A. de Swaan and M. Ooijens (eds.), *Dutch welfare reform in an expanding Europe. The neighbours' view*, Het Spinhuis, Amsterdam, 2004.

De Grauwe, P. and M. Polan, *Globalisation and Social Spending*, CESifo Working Paper No. 885. Centre d'études économiques et Institut de recherches économiques ifo, Munich, 2003.

Département néerlandais de la Santé, du Bien-être et du Sport, *New foundations for health care with a solid future. Preliminary national report on Health Care and Long Term Care*, La Haye, 2005.

Ederveen, S. and R. de Mooij, *Social Europe*, European Network of Economic Policy Research Institutes. Occasion Paper, N° 5, Bruxelles. (<http://www.enepri.org>), 2003.

Kemperman, M., The State of the Welfare State anno 1992: the Netherlands, in J. Pacolet and K. Versieck (eds.) *The State of the Welfare State Anno 1992*, vol. 3, HIVA-K.U.Leuven, Louvain, 1995.

Ministère du VWS, *Nota Vraag aan bod. Hoofddijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, session 2000-2001, 27855, n° 1-2, Deuxième Chambre des Etats généraux, La Haye, 2001.

Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport, *Health Insurance in the Netherlands*, La Haye, 2004.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 1997-1998*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 1998.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 1999-2000*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2000.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 2002-2003*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2002.

OCDE, *Economic Survey of the Netherlands 2004*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2004.

OCDE, *Ageing and Employment. Netherlands*, Organisation de coopération et de développement économiques, Paris, 2005.

Okma, K.G.H., *De beleidsagenda voor de gezondheidszorg in de komende decennia: vragen voor beleid en onderzoek*, SISWO, Amsterdam, 2004.

Rodrik, D., The 'paradoxes' of the successful state, *European Economic Review*, N° 41, pp. 411-442, 1997.

CES, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Conseil économique et social, La Haye, 2000.

Visser, J. et A. Hemerijck, *"A Dutch miracle". Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 1997.

Webbink, D., *Returns to university education. Evidence from an institutional reform*, CPB Discussion Papers No. 34, CPB Bureau national d'analyse de la politique économique, La Haye, 2004.

# TABLE DES MATIERES

## LA REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 1982-2003

<b>INTRODUCTION</b>	635
<b>1. TENDANCES MACROECONOMIQUES ET FINANCES PUBLIQUES</b>	636
<b>2. MACRODONNEES DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE NEERLANDAIS</b>	642
<b>3. PRINCIPALES REFORMES DE LA COUVERTURE SOCIALE</b>	646
3.1. SOINS DE SANTE . . . . .	647
3.2. LA REFORME DES PENSIONS . . . . .	653
3.3. ASSURANCE-INVALIDITE. . . . .	657
3.4. LOGEMENT . . . . .	660
3.5. ASSISTANCE SOCIALE ET ASSURANCE-CHOMAGE. . . . .	660
3.6. REFORME DE LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE DE LA PROTECTION SOCIALE. . . . .	661
<b>4. CONCLUSIONS POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS</b>	663
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	665



# L'ETAT-PROVIDENCE EN 2005 : LA SITUATION DU LUXEMBOURG

**PAR FRANZ CLEMENT**

Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques/International Networks for Studies  
in Technology, Environment, Alternatives, Development, Luxembourg (CEPS/INSTEAD)

## **INTRODUCTION**

La sécurité sociale au Luxembourg a connu quelques évolutions au cours de ces cinq dernières années. Nous les exposerons ici, telles qu'elles se sont déroulées entre le 1er janvier 2000 et le 30 juin 2005.

Après la présentation des chiffres figurant dans les tableaux relatifs aux dépenses et aux recettes de la sécurité sociale au cours des 15 dernières années, nous passerons en revue les thèmes suivants :

- assurance-maladie ;
- assurance-pension ;
- assurance-dépendance ;
- revenu minimum garanti ;
- allocations familiales ;
- prestations de maternité.

Toutefois, avant de développer tous ces thèmes, je souhaite aborder en détail deux remarquables créations de ces cinq dernières années. Elles concernent toutes deux les personnes handicapées et celles souffrant de certaines maladies.

Ces innovations sont les réalisations récentes les plus frappantes de la sécurité sociale luxembourgeoise.

## **1. FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE AU LUXEMBOURG ENTRE 1990 ET 2003**

### **1.1. RAPPORT GLOBAL**

En 2003, les recettes courantes s'élevaient à 6.116,8 millions EUR, soit une progression de 7,0 % par rapport à 2000 (5.718,2 millions EUR). Les dépenses courantes s'élevaient à 5.715,8 millions EUR, soit une augmentation de 10,5 % par rapport à

2002 (5.172,8 millions EUR). 2003 s'est achevée avec un bilan global positif de 400,9 millions EUR (545,4 millions EUR en 2002), à la suite du bilan positif enregistré par le système d'assurance-pension.

Les raisons de la détérioration des résultats de 2003 par rapport à ceux de 2002 sont nombreuses :

- d'une part, la conjoncture économique défavorable a entraîné une progression moins soutenue du niveau de l'emploi et par là même une évolution à la baisse des cotisations ;
- d'autre part, l'augmentation des dépenses a été provoquée par une série de mesures introduites, à savoir l'adaptation des prestations du système global des pensions, la majoration du montant des allocations familiales et l'introduction d'un forfait d'éducation.

## 1.2. SOURCES DE FINANCEMENT

Les cotisations patronales (hors secteur public) représentaient 20,4 % des recettes courantes en 2003, tandis que la participation des personnes protégées s'élevait à 24,9 %. Les pouvoirs publics regroupent les contributions publiques et les cotisations patronales du secteur public.

En termes nominaux, les cotisations patronales s'élevaient à 6,0 %, celles des personnes protégées à 6,2 % et celles des autorités à 8,6 % (5,1 %, 4,3 % et 7,3 % en 2002).

Entre 1998 et 1999, la réduction de la participation des autorités aux recettes de la sécurité sociale est due à l'harmonisation des cotisations salariales entre le régime des pensions du secteur privé et le régime statutaire, comme illustré dans le tableau ci-dessous.

**TABLEAU 1 : CONTRIBUTION DES AUTORITES, DES PERSONNES PROTEGEES ET DES EMPLOYEURS AU FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ENTRE 1990 ET 2003**

	Employeurs	Personnes protégées	Secteur public	Autres sources
<b>1990</b>	23,8%	21,0%	47,2%	8,0%
<b>1991</b>	24,1%	22,1%	46,2%	7,6%
<b>1992</b>	24,2%	21,8%	46,9%	7,1%
<b>1993</b>	23,9%	21,8%	47,1%	7,2%
<b>1994</b>	22,9%	22,2%	48,8%	6,1%
<b>1995</b>	21,2%	21,9%	51,7%	5,2%
<b>1996</b>	21,3%	21,3%	52,6%	4,8%
<b>1997</b>	21,0%	22,3%	52,4%	4,3%
<b>1998</b>	21,3%	22,7%	51,5%	4,5%
<b>1999</b>	20,8%	24,4%	50,9%	3,9%
<b>2000</b>	21,1%	24,0%	50,4%	4,5%
<b>2001</b>	20,6%	25,3%	49,2%	4,9%
<b>2002</b>	20,5%	25,0%	50,1%	4,4%
<b>2003</b>	20,4%	24,9%	50,8%	3,9%
<b>Moyenne 1990 - 2003</b>	22,0%	22,9%	49,7%	5,4%

Entre 1990 et 2003, une diminution des charges sociales des employeurs s'accompagne d'une augmentation de la participation des personnes protégées au financement de la sécurité sociale.

On a aboli avant tout en 1994 les cotisations aux allocations familiales payées par les employeurs du secteur privé, ensuite, en 1999 les cotisations payées par les professions des non-salariés ont été abolies aussi; le taux moyen des cotisations à l'assurance contre les accidents a été réduit à la suite des majorations successives des taux de cotisations à l'assurance-maladie qui est passé de 4,5 % pour les ouvriers et 2,6 % pour les employés en 1996 à respectivement 4,95 % et 2,72 % en 2001, et réduit ensuite à 4,9 % et 2,65 % à partir de 2002.

La part du prélèvement sur les salariés a augmenté à la suite des majorations successives des taux des cotisations à l'assurance-maladie et aux régimes de pension statutaire afin d'augmenter, à partir du 1er janvier 1999, le taux de contribution à charge des travailleurs salariés à 8 % et à l'introduction de la contribution à l'assurance-dépendance à charge des ménages.

Le point le plus caractéristique de l'évolution des sources de financement au cours de ces dernières années a donc été la réduction continue des cotisations, plus particulièrement au profit des entreprises privées, accompagnée d'une augmentation de la contribution des personnes protégées et des pouvoirs publics.

Dans le contexte de la croissance économique enregistrée entre 1995 et 2000, le marché de l'emploi luxembourgeois a connu un dynamisme extraordinaire. L'augmentation du niveau d'emploi intérieur rémunéré au cours des années 1999 et 2000 est exceptionnelle. Le taux de participation des non-résidents à l'emploi intérieur rémunéré approche les 40 %, dépassant ainsi la proportion de salariés de nationalité luxembourgeoise. En 2003, les non-résidents ont participé à raison de 36,8 % au financement des personnes protégées dans le régime de l'assurance-pension.

Pour les régimes assurance maladie et maternité, les assurances-dépendance et contre les accidents, ces taux s'élèvent à respectivement 30,2 %, 27,7 % et 6,9 % (ces taux indiquent la moyenne pour la période 2001-2003).

Le tableau 2 illustre la participation des autorités au financement de la sécurité sociale selon les dépenses courantes du budget de l'Etat. Une augmentation constante des dépenses budgétaires peut être observée entre 1990 et 2003, qui passent ainsi de 45,5 % à 56,3 %. Il y a lieu de comparer les pics que l'on peut observer pour les périodes 1995-1996 et 2001-2003 avec la conjoncture économique globale. Dans ces circonstances défavorables, la rigidité des dépenses budgétaires par rapport à la protection sociale implique des taux supérieurs.

**TABLEAU 2 : PARTICIPATION DES AUTORITES AUX RECETTES COURANTES DE LA PROTECTION SOCIALE, EN FONCTION DU BUDGET DE L'ETAT ALLOUE AUX DEPENSES COURANTES**

<b>1990</b>	45,5%
<b>1991</b>	44,2%
<b>1992</b>	45,8%
<b>1993</b>	47,5%
<b>1994</b>	49,0%
<b>1995</b>	52,4%
<b>1996</b>	52,7%
<b>1997</b>	50,8%
<b>1998</b>	51,7%
<b>1999</b>	53,7%
<b>2000</b>	53,8%
<b>2001</b>	55,8%
<b>2002</b>	54,9%
<b>2003</b>	56,3%
<b>Moyenne 1990 – 2003</b>	51,0%
<b>% modification 1990 – 2003</b>	+ 10,8%

**1.3. DEPENSES RELATIVES A LA PROTECTION SOCIALE**

En 2003, les dépenses courantes représentaient 98,1 % des prestations. Parmi cet ensemble, 72 % représentent les prestations en espèces et 27,8 % les prestations en nature. La majorité des prestations (37,2 %) étaient allouées à la vieillesse et à la survie. Les maladies et les soins médicaux représentaient 24,3 %.

**TABLEAU 3 : VENTILATION DES FONCTIONS DE PROTECTION SOCIALE SELON LE TOTAL DES PRESTATIONS ENTRE 1990 ET 2003**

	<b>Maladie</b>	<b>Incapacité</b>	<b>Vieillesse et survie</b>	<b>Famille</b>	<b>Chômage et autres</b>
<b>1990</b>	25,3%	12,9%	45,0%	10,7%	6,1%
<b>1991</b>	24,7%	13,1%	45,9%	10,5%	5,8%
<b>1992</b>	25,6%	12,6%	45,3%	10,7%	5,8%
<b>1993</b>	26,7%	12,1%	43,4%	11,9%	5,9%
<b>1994</b>	24,4%	12,5%	44,1%	13,0%	6,0%
<b>1995</b>	24,6%	12,6%	43,7%	12,9%	6,2%
<b>1996</b>	25,8%	12,7%	42,5%	12,8%	6,2%
<b>1997</b>	25,2%	12,9%	42,6%	12,8%	6,5%
<b>1998</b>	24,9%	12,5%	41,7%	14,3%	6,6%
<b>1999</b>	25,6%	14,3%	39,7%	15,3%	5,1%
<b>2000</b>	25,2%	13,4%	39,4%	16,4%	5,6%
<b>2001</b>	25,2%	14,7%	37,5%	16,0%	6,6%
<b>2002</b>	24,9%	14,2%	37,4%	16,7%	6,8%
<b>2003</b>	24,3%	13,7%	37,2%	17,6%	7,2%
<b>Moyenne 1990 – 2003</b>	25,2%	13,1%	42,0%	13,7%	6,0%

Les séries chronologiques (cf. tableau 3) illustrent la diminution du poids des prestations de vieillesse alors que les allocations familiales connaissent une augmentation constante depuis 1990, en raison de l'augmentation du montant des allocations familiales, à la suite de l'introduction d'un congé parental et de l'expansion des prestations aux travailleurs transfrontaliers. En 2003, les fonctions vieillesse et survie représentaient 8,9 % du PIB, la fonction maladie et soins médicaux 5,8 % du PIB, la fonction famille et enfants intervenait pour 4,2 % et la fonction invalidité pour 3,3 %.

Les prestations de vieillesse et de maladie absorbent une partie importante du PIB et leur progression relative peut s'expliquer d'une part par l'augmentation continue des dépenses courantes et, d'autre part, par un rythme de progression décroissant du PIB.

En ce qui concerne la pension de retraite, les différents éléments de la pension ont augmenté en 2002 et une prime de fin d'année a été introduite.

Au niveau des allocations de maladie, les suppléments des coûts des prestations en espèces et en nature exercent une pression sur les dépenses.

Une taxe de 10 cents par litre d'essence ou de diesel sera appliquée après le 1er janvier 2004. Les revenus provenant de cette taxe accompagneront les augmentations des dépenses du fonds d'emploi national en raison des indemnités payées aux chômeurs et des mesures actives prises afin d'intégrer les chercheurs d'emploi.

## **2. PRINCIPAUX ELEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE AU LUXEMBOURG ENTRE 1990 ET 2003**

### **2.1. ETABLIR UN REVENU MINIMUM GARANTI POUR LES PERSONNES HANDICAPEES**

La loi du 12 septembre 2003 (1) vise à assurer une indépendance financière et de sécurité sociale aux personnes handicapées et à améliorer leur protection socioéconomique. Elle s'intègre dans la ligne politique du gouvernement visant une meilleure intégration de ses citoyens handicapés et incarne le programme du gouvernement établi par

(1) Loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées et portant modification 1. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat, 2. de la loi du 22 avril 1966 portant réglementation uniforme du congé annuel payé des salariés du secteur privé, 3. de la loi modifiée du 12 mars 1973 portant réforme du salaire social minimum, 4. de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant 1. création d'un fonds pour l'emploi; 2. réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet, 5. de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales, 6. de la loi modifiée du 27 juillet 1987 concernant l'assurance-pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, 7. de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, 8. de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et 9. du Code des assurances sociales, Mémorial A, numéro 144, 29 septembre 2003.

l'accord de coalition du mois d'août 1999 en vertu duquel « une révision de la situation des revenus des personnes handicapées et la mise en place d'une solution complète et juste » deviennent une priorité.

Plusieurs mesures ont été introduites afin de concrétiser cet objectif. Celles-ci impliquent tant les personnes disposant d'une capacité suffisante pour travailler et accomplir une activité professionnelle salariée dans un environnement protégé, que les personnes qui, en raison de la gravité de leur handicap, sont incapables d'accomplir un travail salarié.

Ces mesures se sont avérées nécessaires. En réalité, en dépit d'un système de protection sociale très développé, la situation relative aux revenus des personnes handicapées révèle une disparité majeure et des incohérences injustifiées, déformant toute politique véritable visant à instaurer des droits et des perspectives égales pour les personnes invalides.

Avant la loi du 12 septembre 2003, les personnes handicapées incapables d'accomplir un travail salarié ne disposaient d'aucun revenu garanti. En réalité, celles-ci n'étaient à même de remplir aucune des conditions requises afin de pouvoir prétendre aux prestations de sécurité sociale ou aux prestations allouées en vertu de la loi sur le revenu minimum garanti. Ces personnes dépendaient entièrement de leurs proches et/ou de la solidarité nationale.

Comme pour les travailleurs handicapés actifs dans des milieux de travail adaptés ou des ateliers protégés, il était rare que ces personnes perçoivent un véritable salaire à la mesure de leur travail. Généralement, elles percevaient une allocation d'intégration ou une prestation de sécurité sociale. Les citoyens handicapés exerçant une activité salariée ne pouvaient dès lors pas acquérir une véritable indépendance financière et une véritable intégration sociale aussi longtemps qu'ils ne se voyaient pas octroyer le véritable statut d'un employé salarié, avec l'ensemble des droits et des obligations afférents.

Outre la question de la rémunération, il était clair que la grande majorité des travailleurs handicapés actifs dans des ateliers protégés subsidiés ne bénéficiaient pas de la législation applicable aux travailleurs.

La nécessité d'une intervention du législateur et la loi du 12 septembre 2003 visaient ainsi trois objectifs principaux :

### **2.1.1. Réglementations gouvernant le travail des personnes handicapées dans des ateliers protégés**

La législation prévoit une révision de la situation professionnelle des personnes handicapées en leur garantissant le statut d'un employé salarié et en les soumettant dès lors aux lois relatives aux droits des travailleurs, avec certaines exemptions inhérentes à leurs besoins et à leurs capacités spécifiques. Le contrat de travail doit

contenir un certain nombre de dispositions visant à fixer les engagements et à garantir les droits de chaque partie. En stipulant qu'un travailleur handicapé dans un atelier protégé doit gagner un salaire au moins équivalent au salaire horaire minimal d'un travailleur non qualifié, la loi établit le principe général en vertu duquel toute personne mettant en œuvre un maximum de ses capacités pour travailler bénéficie d'un salaire à la mesure de ses efforts, quel que soit le résultat économique ou le travail réellement accompli.

En réalité, même si les conditions de travail au sein de l'atelier protégé sont adaptées aux travailleurs handicapés et varient de celles d'un cadre de travail 'ordinaire', il n'en demeure pas moins que l'atelier protégé constitue une unité économique entière et distincte et que le travail presté est réel. Les travailleurs handicapés ne seront en aucun cas exemptés des contraintes d'une entreprise. Il s'agit d'honorer l'engagement envers une personne handicapée et les efforts consentis par cette dernière.

Outre les réglementations du travail applicables dans les ateliers protégés, la loi stipule que toute entreprise employant des travailleurs handicapés doit conclure un accord ministériel. Cet accord vise à protéger le travailleur handicapé en lui garantissant le fait que l'organisation concernée répond à certaines conditions assurant une formation optimale aux personnes handicapées. Il s'agit là également d'une exigence essentielle pour permettre à la direction de l'atelier d'obtenir des subsides de l'Etat sous la forme d'une assistance aux coûts de fonctionnement.

### **2.1.2. Création d'un revenu pour les personnes lourdement handicapées**

La nouvelle législation garantit un revenu aux personnes handicapées incapables d'effectuer un travail et ne disposant pas d'un revenu professionnel, ainsi qu'aux personnes reconnues comme étant des travailleurs handicapés, mais qui, pour des raisons indépendantes de leur volonté, n'ont pas accès au travail salarié et disposent d'un revenu inférieur à celui des handicapés graves.

Ce revenu présente l'avantage de pouvoir garantir une réelle autonomie et une sécurité économique aux personnes incapables de travailler. Il convient de souligner que les conditions d'octroi et les méthodes d'attribution de ce revenu sont différentes de celles prévues pour le revenu minimum garanti. En effet, dans la mesure où les ressources personnelles et familiales du candidat ne sont pas prises en considération et dans l'hypothèse où les fortunes des bénéficiaires augmentent, il n'existe aucune obligation de restitution, comme c'est le cas avec le revenu minimum garanti.

### **2.1.3. L'introduction de nouvelles mesures s'est répercutée sur le droit commun de la sécurité sociale pour les personnes handicapées**

Désormais, le paiement de la pension des orphelins pour les personnes handicapées sans limite d'âge a été annulé. Il en va de même pour les paiements des allocations familiales, quelles que soient les limites d'âge. Grâce à l'introduction de dispositions

supplémentaires dans le code social, les travailleurs handicapés actifs dans des ateliers protégés bénéficient d'une assurance-maladie, accidents et pension. En outre, une disposition spécifique dans le code des assurances sociales stipule que le handicap du travailleur invalide actif dans un atelier protégé est également évalué par rapport au cadre de travail existant dans cet atelier et pas uniquement par rapport au marché du travail en général. Cette disposition vise à garantir que les personnes handicapées soient incluses dans le cadre des mesures adoptées sur le lieu de travail, évitant ainsi une situation où, après avoir payé au moins un an de cotisations, elles seraient amenées à prétendre à une pension d'invalidité, pour laquelle aucune mesure n'a été mise en œuvre et aucune situation de dépendance n'a été empêchée.

## **2.2. INCAPACITE DE TRAVAIL ET MESURES DE REINSERTION PROFESSIONNELLE**

La loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle (2) a amélioré le système de protection des travailleurs incapables de travailler pour des raisons de santé, d'infirmité ou de fatigue générale par des mesures visant à réinsérer les travailleurs incapables d'exercer leur dernier poste de travail. Si la réinsertion sur le marché de travail s'avère impossible, la loi essaye alors de coordonner au mieux les différentes prestations de sécurité sociale pouvant intervenir, à savoir indemnités pécuniaires de maladie, prestations de chômage et pension d'invalidité. Le système de protection ainsi créé opère à différentes étapes :

1e étape : le travailleur se trouvant en congé de maladie est convoqué au plus tard le quatrième mois suivant le début de son incapacité de travail pour un examen par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Lors de cet examen les constatations suivantes sont possibles :

- le travailleur est malade de sorte que son indemnité de maladie est prolongée; il sera convoqué à nouveau à une date ultérieure à fixer par le Contrôle médical ;
- le Contrôle médical constate que le travailleur n'est plus malade et qu'il devra reprendre son travail; la caisse de maladie lui notifiera l'arrêt des indemnités pécuniaires. Afin de fixer le travailleur le plus rapidement possible sur sa situation, une procédure accélérée est instituée pour les recours devant les juridictions de sécurité sociale ;
- le travailleur introduit une demande en obtention de la pension d'invalidité.

2e étape : l'examen de la demande en obtention de la pension d'invalidité peut donner lieu :

- à la constatation de l'état d'invalidité ; l'assuré obtient sa pension d'invalidité et son contrat de travail cesse de plein droit ;
- à la constatation que l'intéressé n'est pas invalide; dans ce cas le Contrôle médical adresse le dossier au médecin du travail pour examiner s'il y a une incapacité pour le dernier poste de travail. Si le médecin du travail ne conclut pas que l'employé est inapte à effectuer son dernier emploi, il renvoie le dossier au service de contrôle médical en motivant sa décision, service qui charge généralement le fonds d'assurance-maladie de mettre un terme au versement des prestations financières pour maladie.

(2) Loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, Mémorial A, numéro 76, 30 juillet 2002.



Si par contre le médecin du travail constate l'incapacité du travailleur pour le dernier poste de travail, il déclenche la procédure de reclassement par la saisine d'une commission mixte composée par des représentants des partenaires sociaux et des instances publiques concernées.

3e étape : la commission statue dans un délai de trente jours de sa saisine sur les demandes qui lui sont présentées en vue du reclassement soit interne dans l'entreprise, soit externe sur le marché de l'emploi du travailleur. Elle peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement d'un travailleur.

Pour le reclassement en interne, la loi prévoit :

- un reclassement interne obligatoire auquel sont soumises toutes les entreprises ayant plus de 25 salariés et qui n'ont pas encore suffi à leur obligation légale en matière d'embauche de travailleurs handicapés. Il est toutefois prévu que l'entreprise est admise à fournir la preuve de son impossibilité matérielle à réaffecter le salarié au plan interne. Dans cette hypothèse, la Commission mixte déclenche la procédure de reclassement externe ;
- un reclassement interne volontaire pour les autres entreprises.

En cas de reclassement interne le travailleur a droit, par le biais du fonds pour l'emploi, à une indemnité compensatoire représentant la moins-value entre l'ancienne et la nouvelle rémunération. La prise en compte de l'ancienne rémunération est cependant plafonnée à un montant représentant cinq fois le salaire social minimum.

Si un reclassement interne n'est pas possible, il est procédé au reclassement externe du travailleur qui est inscrit d'office comme demandeur d'emploi et touche les indemnités de chômage. Si le travailleur est reclassé sur le marché général de l'emploi, il a droit à l'indemnité compensatoire dans les mêmes conditions qu'en cas de reclassement interne et l'employeur a droit à certains avantages fiscaux. Dans ce cas, l'indemnité sera calculée sur base de l'ancienne rémunération plafonnée du travailleur sans prise en compte du montant des indemnités de chômage touchées entre-temps.

4e étape : si le travailleur n'a pu être reclassé pendant la durée légale du paiement de l'indemnité de chômage complet sur le marché général de l'emploi, il a droit à une indemnité d'attente dont le montant correspond à la pension d'invalidité. Pendant la durée du bénéfice de l'indemnité d'attente, le travailleur doit rester disponible pour le marché de l'emploi et l'indemnité ne lui est versée que jusqu'à ce qu'un emploi approprié ait pu être trouvé. Le législateur n'a pas voulu exclure les travailleurs transfrontaliers, voilà pourquoi une disposition expresse indique que les travailleurs transfrontaliers sont assimilés aux travailleurs résidents pour l'application de la loi sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle.

**TABEAU 4 : RECLASSEMENT INTERNE ET EXTERNE AU 31 DECEMBRE 2004**

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Reclassement interne</b>	113	200	313	25,1
<b>Reclassement externe</b>	226	403	629	50,4
<b>Dossiers en suspens et problématiques</b>	85	220	305	24,5
<b>Total</b>	424	823	1247	100

### 2.3. ASSURANCE-MALADIE

#### 2.3.1. Financement

Le système de financement de l'assurance-maladie luxembourgeoise repose sur une répartition des charges sur une période de couverture d'un an, avec une réserve qui ne peut pas être inférieure à 10 % du montant annuel des dépenses ou à 20 % de ce même montant.

Etant donné que le budget présenté par l'assemblée générale de l'Union des organismes d'assurance-maladie affichait un déficit pour l'exercice 2004, il convenait, en vertu des exigences légales, de prendre des mesures afin de rétablir l'équilibre financier.

Le Comité de coordination tripartite (voir ci-dessous) s'est vu confronté une fois de plus au problème du financement des allocations de maladie. En novembre 2003, les acteurs de la tripartite membres du gouvernement, du patronat et des syndicats ont décidé que le déficit estimé des fonds de maladie serait compensé par un transfert réalisé à partir des fonds de pension. Etant donné qu'il s'agit d'une action unique, le gouvernement, les employeurs et les syndicats ont décidé de trouver des solutions à plus long terme.

Quelles ont été les actions proposées ? Premièrement, le médecin est désormais tenu de rédiger une 'notification motivée' relative à l'état de santé de l'assuré qui n'est plus malade pendant au moins deux mois. Ce compte rendu permettra au contrôle médical de juger si le patient continuera à être pris en charge par l'assurance-maladie ou si, au contraire, ses dossiers devront être transférés aux fonds de pension ou d'invalidité. Deuxième action envisagée : la période maximale de l'indemnité pour une même maladie est limitée à 52 semaines.

La troisième action s'applique dans le cas d'un emploi temporaire. Afin de limiter les abus, l'indemnité financière pour maladie sera payée en fonction de la durée de l'emploi du salarié au sein de l'entreprise.

Je souhaiterais ajouter ici une brève explication relative à la gouvernance au Luxembourg. La gouvernance est intersectorielle et se compose de plusieurs acteurs et institutions dont on prévoit une extension du rôle et des décisions à l'ensemble du pays, tant au niveau des relations de travail que du chômage. Le 'Comité de coordination tripartite' est une institution très importante. Ce comité a été établi par la loi du 24 décembre 1977 autorisant le gouvernement luxembourgeois à prendre des mesures visant à stimuler la croissance économique et à maintenir le plein emploi. Ses autres missions incluent le pouvoir d'émettre des avis relatifs aux mesures adoptées dans l'intérêt de la sauvegarde de l'emploi et de l'examen de la situation des relations économiques et industrielles ainsi que l'analyse de la nature de l'emploi. Les membres de ce comité sont le gouvernement, les principaux syndicats et les principaux employeurs.

### **2.3.2. Adaptations techniques des réglementations relatives aux méthodes de remboursement des soins de santé**

Une loi du 22 juillet 2003 (3) a introduit les principes de l'indexation automatique des tarifs des prestataires privés sur l'échelle salariale mobile. L'introduction de cette adaptation prend en considération le fait que les prestataires de soins de santé paient pour les frais professionnels dus, qui augmentent proportionnellement au coût de la vie, alors que cette augmentation n'est prise en considération que dans le cas d'un retard important tandis que les tarifs font l'objet d'une négociation. En outre, cette loi jette les bases juridiques permettant, grâce à une exemption des conditions concernant les négociations sur le tarif normal, de procéder à une adaptation des tarifs des médecins et des médecins dentistes par le biais de règles et de réglementations du Grand-Duché, en plafonnant ces modifications inhabituelles des tarifs médicaux.

## **2.4. ASSURANCE-PENSION**

### **2.4.1. Etude du BIT**

L'accord de coalition gouvernementale d'août 1999 incluait un engagement pris par le gouvernement visant à mener une nouvelle étude relative au régime général des pensions et une décision avait été prise afin de confier au BIT (Bureau International du Travail) une étude du régime général des pensions.

Les conclusions de l'évaluation du régime général des pensions établies par des experts du BIT ont été soumises en février 2001 aux responsables politiques, sociaux et économiques du pays.

---

(3) Loi du 22 juillet 2003 modifiant le chapitre V 'Relations avec les prestataires de soins' du livre Ier du Code des assurances sociales, Mémorial A, numéro 103, 25 juillet 2003.

Les résultats de cette étude ont révélé que la situation financière du régime général des pensions était solide et stable. Les experts ont établi des prévisions relatives à la période 2000-2050.

Le BIT a présenté deux scénarios possibles, sur la base de ses évaluations :

- dans le premier scénario, la tendance liée à la croissance du PIB et à l'emploi se poursuit à l'avenir. Le principal facteur de cette hypothèse est que le nombre de travailleurs transfrontaliers requis pour maintenir la croissance n'est soumis à aucune contrainte. Le taux de croissance annuel a été établi à 4 % ;
- dans le deuxième scénario, la croissance rapide du nombre de travailleurs frontaliers enregistrée depuis les années 1980 cesse dans un avenir proche et leur nombre demeure stable, à un niveau relativement faible. Dans ce cas, la croissance économique est limitée à 2 % par an.

Dans les deux scénarios, le régime général des pensions devrait être à la hauteur sans trop de difficultés. Toutefois, l'attention a été attirée sur l'importante sensibilité du système face à des changements de l'environnement économique et à l'évolution démographique latente. Cette dernière est due dans une large mesure au nombre croissant de travailleurs transfrontaliers constituant une partie de l'économie luxembourgeoise et contribuant au régime général de l'assurance-pension. Ces travailleurs transfrontaliers commenceront à bénéficier de leurs pensions d'ici une vingtaine d'années. En d'autres termes, le coefficient de pondération pour le groupe des travailleurs transfrontaliers, qui est actuellement très favorable, se détériorera rapidement lorsque les travailleurs transfrontaliers et d'autres travailleurs auront atteint l'âge de la retraite. Toutefois, l'impact est moins grave dans le premier scénario 'optimiste' que dans le deuxième scénario 'pessimiste'. Les experts ont souligné néanmoins le fait que même si les deux scénarios sont assez différents en apparence, chacun pourrait se concrétiser d'une manière ou d'une autre. En conséquence, il convient d'envisager une situation financière pour le régime général qui soit moins positive que ce que les résultats du premier scénario laissaient entendre.

De manière générale, il convient de tout mettre en œuvre pour renforcer le système à long terme. Le BIT conclut qu'il n'est absolument pas recommandé de procéder à des améliorations structurelles où il est difficile de faire machine arrière et propose, à titre compensatoire, le concept de comptes avec participation à l'excédent. Ce concept assurerait un équilibre adéquat entre les acteurs du marché du travail et les bénéficiaires des pensions dans des conditions économiques futures favorables.

#### **2.4.2. Résultats de la "Rentendësch"**

Dans sa déclaration sur la situation économique, sociale et financière du pays en date du 10 mai 2000, le premier ministre a lancé une table ronde sur les pensions ("Rentendësch") abordant plus particulièrement les résultats de l'étude du BIT. Les syndicats, les représentants patronaux et les partis politiques étaient conviés à cette

discussion. Cette "Rentendösch" a initié ses discussions directement après la publication de l'étude susmentionnée. L'étude du BIT indique que le système peut rester viable jusqu'en 2035, avec des coûts supplémentaires de 124 EUR par an. Dans ce scénario, aucune augmentation du niveau des prestations n'est prévue, avec un taux de croissance annuelle du PIB de 4 %.

L'objectif de cette table ronde conviée au printemps 2001 visait à permettre au secteur privé de bénéficier de certaines améliorations au niveau des pensions. On estimait ainsi que les deux régimes - public et privé - seront à même de converger en ce qui concerne le niveau des pensions de retraite.

Ainsi un paquet de mesures, à charge des réserves des caisses de pension, a été présenté à la Chambre des députés qui a voté une loi prévoyant les dispositions suivantes :

- les compléments proportionnels ont été augmentés de 3,9 %. Techniquement ceci a été réalisé par un relèvement du taux de complément de 1,78 % à 1,85 %. Il s'agit d'une mesure linéaire profitant à l'ensemble des retraités ;
- une allocation de fin d'année de 42,38 EUR par année de cotisation (un montant de 508,56 EUR pour une carrière pleine de 40 ans) a été introduite. Les compléments forfaitaires ont été relevés de 11,9 % (c'est-à-dire de 277,64 EUR à 310,83 EUR par mois). Bien que cette mesure profite à l'ensemble des retraités, elle a une incidence proportionnellement plus importante sur les pensions basées sur les petits salaires ;
- l'introduction des compléments échelonnés, c'est-à-dire une augmentation échelonnée en fonction de l'âge et des contributions du bénéficiaire débutant à l'âge de 55 ans à condition d'avoir payé des contributions durant 38 ans. Chaque unité supplémentaire (par année d'âge dépassant 55 et une par année d'assurance dépassant 38) augmente le taux de complément jusqu'à un maximum de 2,05 % (actuellement 1,85 %). Cette mesure est prévue pour inciter les personnes à prolonger leur activité professionnelle ;
- le montant de la pension minimale a été relevé au niveau du salaire social minimum en valeur semi-nette. L'augmentation se chiffre à 7 %, ce qui fait passer la pension minimale à 1.108,10 EUR ;
- les pensions de survie ne sont plus réduites dans les cas où le montant passerait sous celui de la pension minimale. Les dispositions anticumul pour les survivants ont été allégées également. Par ailleurs, les « baby-years » (c.à.d. les deux années après la naissance d'un enfant où l'Etat prend à charge les compléments de pension pour celui des parents qui réduit ou abandonne son activité professionnelle) ont été étendues aux naissances qui ont eu lieu avant le 1er janvier 1988. Par ailleurs un forfait d'éducation de 76,13 EUR par mois et par enfant est accordé aux femmes qui n'ont pas pu bénéficier d'une prise en compte de l'éducation d'enfants au niveau de la pension.

**TABEAU 5 : EMPLOI TOTAL ET TRAVAILLEURS TRANSFRONTALIERS AU 31 MARS 2005**

Situation	Assurés			Travailleurs transfrontaliers		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
1. Travailleurs manuels	125 786	89 544	36 242	54 872	44 033	10 839
2. Travailleurs non manuels	137 597	73 572	64 025	60 945	34 713	26 232
3. Fonctionnaires	24 036	16 346	7 690	253	157	96
4. Indépendants	16 723	10 615	6 108	1 866	1 266	600
5. Ouvriers agricoles	3 530	2 108	1 422	3	1	2
<b>Total</b>	<b>307 672</b>	<b>192 185</b>	<b>115 487</b>	<b>117 939</b>	<b>80 170</b>	<b>37 769</b>
Total des travailleurs (1 + 2 + 3)	287 419	179 462	107 957	116 070	78 903	37 167
Total des indépendants (4 + 5)	20 253	12 723	7 530	1 869	1 267	602

Source : IGSS.

### 2.4.3. Vieillesse

Les premiers résultats d'une étude du CEPS/INSTEAD (4) relative au vieillissement des travailleurs et présentée récemment révèle que la plupart des entreprises ne sont pas prêtes à faire face à cette réalité démographique. Le ministère du Travail et l'Observatoire des relations professionnelles et de l'emploi ont lancé un programme de recherche visant à sonder les entreprises quant aux conséquences du vieillissement de leurs salariés. Le CEPS/INSTEAD en charge de cette enquête a produit les premiers résultats et les premières analyses. Le 31 mars 2003, les travailleurs âgés de 50 ans et plus représentent 13,6 % de la force active au Luxembourg.

Moins de la moitié (44,3 %) des entreprises connaissent l'existence des objectifs européens relatifs au taux d'emploi des seniors. Dans ce contexte, il est difficile d'imaginer qu'il sera possible d'augmenter le taux de travailleurs âgés entre 54 et 64 ans pour atteindre 50 % en 2010 conformément au Traité de Lisbonne. Dans ce même esprit, seules 37 % des entreprises affirment être informées des mesures visant à promouvoir le vieillissement actif adopté en 2002 en tant que partie de la réforme des pensions.

Ces mesures visent à inciter les travailleurs âgés à rester actifs plus longtemps, et donc au-delà de l'âge de la retraite. Une réflexion sérieuse sur la question du vieillissement et du maintien en activité des travailleurs âgés n'a été amorcée que dans

(4) Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques / International Networks for Studies in Technology, Environment, Alternatives, Development.

un peu plus de 25 % des entreprises. A d'autres égards, le CEPS/INSTEAD souhaitait savoir si les entreprises avaient anticipé les retraites dans les 5 à 10 années à venir. Nous pouvons observer que seulement un peu moins de 15 % parmi elles estiment qu'elles seront confrontées à cette réalité. Parmi ces entreprises, 70 % se disent y être préparées. Pour résumer, nous pouvons affirmer que ces premiers chiffres indiquent une conscientisation encore faible concernant les enjeux de la politique nationale et internationale sur les questions liées au vieillissement.

## **2.5. ASSURANCE-DEPENDANCE**

L'assurance dépendance est financée par une cotisation spéciale perçue sur les bénéficiaires de la taxe sur l'électricité par le biais d'une contribution de 1 % sur le revenu professionnel et patrimonial payable par l'assuré et par le biais d'une cotisation budgétaire payable par l'Etat. Pour 2004, la participation budgétaire de l'Etat au financement de l'assurance-dépendance a été réduite pour passer de 45 % à 40 % des dépenses globales.

En ce qui concerne l'assurance-dépendance, les efforts consentis au cours des années précédentes afin d'améliorer les procédures administratives ont continué au cours de l'année 2003. Ils se sont concrétisés en décembre 2003 grâce à l'introduction d'un projet d'amendement de la réglementation définissant l'assistance et les soins à dispenser à une personne dépendante.

## **2.6. CREATION D'UN FORFAIT D'ÉDUCATION POUR ENFANTS**

L'introduction du forfait d'éducation pour enfants, prestation sociale "sui generis", constitue la mise en oeuvre pratique d'une politique de reconnaissance du travail éducatif qui n'a jamais connu de valorisation matérielle, dans la mesure où il a été presté par des personnes, quasiment toujours des femmes, qui n'ont pas pu se constituer une couverture d'assurance-pension, ou dont le travail éducatif n'a pas été retenu pour le calcul de leur pension.

La volonté des initiateurs du forfait d'éducation était de reconnaître, par l'institution d'un nouveau droit à prestation lié au fait de l'éducation de jeunes enfants, les efforts consentis au foyer par des femmes sans couverture d'assurance-pension significative. L'absence d'une telle couverture dans le chef des femmes visées en premier lieu par l'introduction du forfait d'éducation entraîne leur inéligibilité au bénéfice d'autres mesures existantes de valorisation du travail éducatif, notamment à l'attribution des « baby-years » ou la reconnaissance des périodes d'éducation des enfants. Il s'agit de créer un mécanisme permettant de valoriser le travail éducatif en tant que tel, indépendamment de l'existence d'une couverture d'assurance-pension pouvant ouvrir le droit au bénéfice de certaines mesures concernant la rétribution de l'éducation d'enfants dans le contexte d'une telle carrière.

L'exemple de référence classique pour l'attribution du forfait d'éducation est celui des femmes n'ayant jamais travaillé, au sens qu'elles n'ont jamais payé de cotisations à une assurance-pension pendant un temps suffisamment long pour permettre l'application des mesures existantes de création et d'amélioration de couvertures d'assurance. A l'égard de ces femmes – et des hommes se trouvant dans la même situation bien entendu – il existe actuellement une volonté politique affirmée de reconnaître pécuniairement le travail d'éducation accompli au foyer.

Le forfait d'éducation est en premier lieu une mesure orientée vers le passé : les bénéficiaires du forfait seront avant tout des femmes qui, pour quelque raison que ce soit, n'ont pas pu se constituer une couverture propre d'assurance-pension en des temps où le travail féminin était encore plutôt l'exception. A l'avenir, avec un nombre croissant de femmes travaillant et cotisant au moins suffisamment longtemps pour acquérir le droit à une pension minimale, et compte tenu du fait que les couvertures d'assurance complètes se généralisent également chez les femmes, l'octroi du forfait d'éducation cédera progressivement le pas à celui des « baby-years », mesure de reconnaissance du travail éducatif dans le cadre d'une couverture d'assurance.

Le générateur de l'octroi du forfait d'éducation est, soit le moment où le bénéficiaire atteint l'âge de 60 ans, soit le moment de l'octroi d'une pension personnelle. La limite des 60 ans a été retenue parce qu'elle se rapproche de l'âge moyen de départ à la retraite. Etant donné que c'est au moment de partir en retraite que les femmes ayant droit à des « baby-years » se voient attribuer le bénéfice effectif de cette mesure, il a semblé adéquat de fixer l'âge de bénéfice du forfait d'éducation aux alentours de l'âge effectif moyen du départ à la retraite. Le forfait d'éducation s'élève à 76,13 EUR par enfant et par mois.

## 2.7. REVENU MINIMUM GARANTI

Une nouvelle loi (5) sur le revenu minimum garanti est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2000. Les principales modifications par rapport à l'ancienne législation sont les suivantes :

- réduction de la condition d'âge de 30 à 25 ans ;
- réduction de la durée de la condition de résidence de dix à cinq ans au cours des 20 dernières années ;
- simplification de la méthode pour envisager les obligations d'aide;
- renforcement de l'objectif du service national d'action sociale au niveau de la réinsertion professionnelle et sociale des bénéficiaires capables de travailler ;
- suppression de l'interdiction appliquée au parent élevant un enfant de moins de six ans de participer à des cours d'intégration professionnelle (une interdiction qui constituait un piège à la pauvreté pour les femmes en particulier).

(5) Loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti, Mémorial A, numéro 60, 1<sup>er</sup> juin 1999.



Un changement important est la restructuration du revenu minimum garanti qui inclut désormais deux éléments :

- une garantie de ressources suffisantes grâce à l'octroi d'une allocation supplémentaire destinée à instaurer un équilibre entre le revenu minimum garanti maximal et les ressources d'un ménage donné ;
- l'application de mesures stimulant l'intégration socioprofessionnelle grâce au paiement d'une allocation d'intégration. Cette réforme portant sur le revenu minimum garanti s'inscrit dans le cadre de la politique européenne de protection sociale visant à combattre notamment l'exclusion sociale. Elle vise à transformer la politique d'aide sociale en une politique active axée sur l'intégration par l'emploi et incitant les personnes concernées à entreprendre une activité professionnelle. Cette loi s'écarte ainsi de la conception classique de l'aide sociale destinée avant tout à fournir des ressources minimales de subsistance. Elle établit une distinction entre les personnes capables de travailler et celles qui ne le sont pas et assure des services, procédures et une organisation spécifique et adéquate pour chaque catégorie.

La loi sur le revenu minimum garanti a été modifiée en 2003 de façon à ce que, pour la détermination des ressources d'un requérant d'une prestation de garantie de ressources, la proportion de ses revenus professionnels et de ses revenus de remplacement payés au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère à concurrence de 30 % (au lieu des 20 % auparavant) du revenu garanti à la communauté domestique, soit protégée. Par ailleurs les requérants ne sont plus obligés de demander l'aide alimentaire à leurs ascendants en ligne directe s'ils ont atteint l'âge de 30 ans. Finalement en ce qui concerne la restitution des montants versés à titre d'allocation complémentaire, un montant de 179 420 EUR est immunisé de l'actif de la succession du bénéficiaire décédé dans l'intérêt des successeurs en ligne directe.

## 2.8. ALLOCATIONS FAMILIALES

La loi du 21 novembre 2002 (6) a introduit une série d'amendements à la législation en la matière : la prescription a été portée de un à deux ans, les conditions de résidence de six mois pour l'octroi des allocations familiales (applicable uniquement pour des ressortissants non communautaires) ont été abrogées, des précisions ont été apportées à la définition du groupe familial en vue de favoriser l'ouverture des droits, etc.

---

(6) Loi du 21 novembre 2002 portant: 1) modification de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales; 2) modification de la loi du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire; 3) modification de la loi du 1er août 1988 portant création d'une allocation d'éducation et modification de la loi du 14 juillet 1986 concernant la création d'une allocation de rentrée scolaire; 4) modification de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales; 5) modification de la loi modifiée du 20 juin 1977 ayant pour objet: 1) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge; 2) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance; 6) abrogation de la loi du 8 mars 1984 portant création d'un prêt aux jeunes époux, Mémorial A, numéro 135, 10 décembre 2002.

## 2.9. PRESTATIONS DE MATERNITE

Une loi (7) du 1<sup>er</sup> août 2001 visant à protéger les femmes enceintes a été adoptée et la législation a restructuré la liste des cas donnant droit aux prestations (congé prénatal, congé postnatal et dispense de travail, perte de revenus associée au transfert du travail de nuit au travail de jour et congé d'adoption) et a introduit une distinction entre les travailleurs assurés et les travailleurs non assurés. Les conditions régissant l'octroi d'une prestation de maternité en espèces demeurent inchangées, à savoir :

- la condition de l'affiliation obligatoire au régime ;
- la condition d'une période d'essai de six mois au cours de l'année précédant le congé de maternité.

La loi étend l'octroi d'une prestation de maternité en espèces au cas de perte de revenus résultant d'un transfert des prestations de nuit à des prestations de jour, stipulant que cette compensation est limitée à la perte effective de revenu brut. En ce qui concerne le travail de nuit, l'interdiction a été remplacée en principe par une dispense accordée sur avis d'un médecin du travail. La loi stipule ainsi qu'il ne peut pas être requis d'une femme enceinte de travailler entre 22h et 6h si le médecin du travail compétent estime que cette situation n'est pas recommandée du point de vue de la santé et de la sécurité de la femme enceinte. Ce même principe est appliqué aux femmes allaitantes et ce jusqu'à la date du premier anniversaire de l'enfant. Les femmes souhaitant bénéficier de cette dispense sont tenues d'envoyer une demande à l'employeur, sous pli recommandé. Dans un délai d'une semaine, l'employeur est tenu de consulter le médecin du travail compétent afin d'obtenir son avis à ce sujet. Dans un délai de deux semaines après avoir été consulté, le médecin du travail est tenu de communiquer son avis à l'employeur et à la femme concernée. A la suite d'un examen médical, en fonction des circonstances, la femme sera soit transférée vers un emploi de jour, soit mise en congé pendant la période nécessaire lui permettant de protéger sa santé ou sa sécurité. L'avis du médecin du travail peut faire l'objet d'une demande de réexamen et d'un appel. L'employeur est contraint de payer, pour le compte de l'assurance-maladie-maternité, la différence entre les revenus résultant du transfert d'un emploi de nuit vers un emploi de jour. Parallèlement à cette obligation d'informer, l'employeur, en collaboration avec le médecin du travail, est tenu, pour toute activité comportant un risque spécifique pour la femme enceinte ou allaitante d'être exposée à des produits, processus ou conditions de travail nocifs, d'évaluer tout risque pour la santé et la sécurité de la femme enceinte ou allaitante, ainsi que les répercussions sur la grossesse ou l'allaitement, afin de déterminer les mesures à entreprendre. A la lumière des résultats de cette évaluation, l'employeur doit décider de la marche à suivre : amélioration des conditions ou des heures de travail, emploi différent, dispense de travailler.

---

(7) Loi du 1<sup>er</sup> août 2001 concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes, numéro 102, 20 août 2001.

## **CONCLUSIONS**

---

A la lecture des statistiques figurant au point 1, une première conclusion s'impose : l'Etat-providence est et demeure présent au Luxembourg. La participation du secteur public et des autorités aux recettes de la sécurité sociale n'a pas cessé de croître au cours des 15 dernières années. La contribution des employeurs a diminué en même temps. Ce fait établi signifie que l'Etat luxembourgeois continue à se soucier de la promotion économique des employeurs, tout en intervenant dans la protection sociale. Il est vrai que le Luxembourg a profité au cours de cette période d'une situation économique exceptionnelle en Europe.

Une deuxième conclusion s'impose ensuite : l'Etat-providence luxembourgeois se maintient et innove en même temps. Les mesures antérieures subsistent et sont souvent réévaluées en ce qui concerne les pensions de vieillesse, par exemple, mais des innovations sont également introduites. Je songe ici à la création du forfait d'éducation, mais plus particulièrement aux mesures prises en faveur des personnes handicapées.

Il s'agit là de la principale caractéristique de la sécurité sociale luxembourgeoise au cours de ces cinq dernières années : le soin apporté aux personnes handicapées et malades se situe au centre des préoccupations, grâce à l'établissement d'un système original de reclassement interne et externe, illustrant une fois de plus le souci de faire participer les personnes à la vie sociale et à l'activité économique.

Nous pouvons dès lors affirmer que les améliorations et l'innovation de l'Etat-providence au Luxembourg vont de pair avec le souci de promouvoir l'être humain et l'économie du pays.

*(Traduction)*

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

Droit de la sécurité sociale au Luxembourg 2003, Inspection générale de la Sécurité sociale (IGSS), Luxembourg, novembre 2003.

Le Quotidien indépendant luxembourgeois.

Rapport général sur la sécurité sociale 2003, Inspection générale de la Sécurité sociale (IGSS), Luxembourg, novembre 2004.

Rapport d'activité 2004, Ministère du Travail et de l'Emploi.

[www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/social\\_protection/missoc\\_fr.htm](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/missoc_fr.htm)

[www.eureslux.org](http://www.eureslux.org)

---

# TABLE DES MATIERES

## L'ETAT-PROVIDENCE EN 2005 : LA SITUATION DU LUXEMBOURG

<b>INTRODUCTION</b>	669
<b>1. FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE AU LUXEMBOURG ENTRE 1990 ET 2003</b>	669
1.1. RAPPORT GLOBAL . . . . .	669
1.2. SOURCES DE FINANCEMENT . . . . .	670
1.3. DEPENSES RELATIVES A LA PROTECTION SOCIALE . . . . .	672
<b>2. PRINCIPAUX ELEMENTS DE LA SECURITE SOCIALE AU LUXEMBOURG ENTRE 1990 ET 2003</b>	673
2.1. ETABLIR UN REVENU MINIMUM GARANTI POUR LES PERSONNES HANDICAPEES . . . . .	673
2.2. INCAPACITE DE TRAVAIL ET MESURES DE REINSERTION PROFESSIONNELLE . . . . .	676
2.3. ASSURANCE-MALADIE . . . . .	678
2.4. ASSURANCE-PENSION . . . . .	679
2.5. ASSURANCE-DEPENDANCE . . . . .	683
2.6. CREATION D'UN FORFAIT D'EDUCATION POUR ENFANTS . . . . .	683
2.7. REVENU MINIMUM GARANTI . . . . .	684
2.8. ALLOCATIONS FAMILIALES . . . . .	685
2.9. PRESTATIONS DE MATERNITE . . . . .	686
<b>CONCLUSIONS</b>	687
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	688

# L'ETAT-PROVIDENCE EN FRANCE DEPUIS LA FIN DES ANNEES '90

PAR **SANDRINE DUFOUR-KIPPELEN** et **MARIE-EVE JOEL**

Université Paris Dauphine, Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de la Santé

## INTRODUCTION

---

La situation de chômage structurel important, la croissance des dépenses de santé et le vieillissement de la population placent l'Etat-providence français au cœur des débats publics.

Le système français de protection sociale est d'inspiration fondamentalement bis-marckienne : les assurances sociales sont obligatoires et le financement demeure très majoritairement tiré des cotisations sociales. Il comprend néanmoins de plus en plus d'éléments beveridgiens, en raison de la dissociation intervenue entre travail et protection sociale, de la croissance des prestations universelles et/ou forfaitaires et de la montée en puissance des prélèvements fiscaux au sein des ressources. Des prestations minimales sous conditions de ressources se sont multipliées. C'est un système de plus en plus intermédiaire entre le modèle libéral et le modèle social démocrate universaliste.

La protection sociale couvre en France des risques sociaux qui sont traditionnellement regroupés en six domaines :

- le risque vieillesse – survie ;
- le risque santé, qui comprend la maladie, l'invalidité et les accidents du travail ;
- le risque famille, comprenant la maternité et la famille ;
- le risque emploi, comprenant le chômage, l'insertion et la réinsertion professionnelles ;
- le risque logement ;
- le risque pauvreté et exclusion sociale.

**TABLEAU 1 : LA REPARTITION DES ALLOCATIONS PAR RISQUE EN POURCENTAGE DU TOTAL**

	1981	1995	2004
Santé	34,1 %	33,6%	34,7%
Vieillesse - survie	42,5 %	43,5%	43,5%
Maternité - famille	16,2 %	10,6%	9,4%
Logement		3,2%	2,9%
Emploi	6,3 %	7,9%	7,8%
Pauvreté - exclusion	0,9 %	1,3%	1,6%

Source : comptes de la protection sociale.

Les montants en jeu sont considérables. En 2004, l'ensemble des prestations de protection sociale versées aux ménages s'est élevé à 480 milliards EUR, soit plus de 29 % du PIB (tableau 2).

**TABLEAU 2 : PART DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE DANS LE PIB (EN %)**

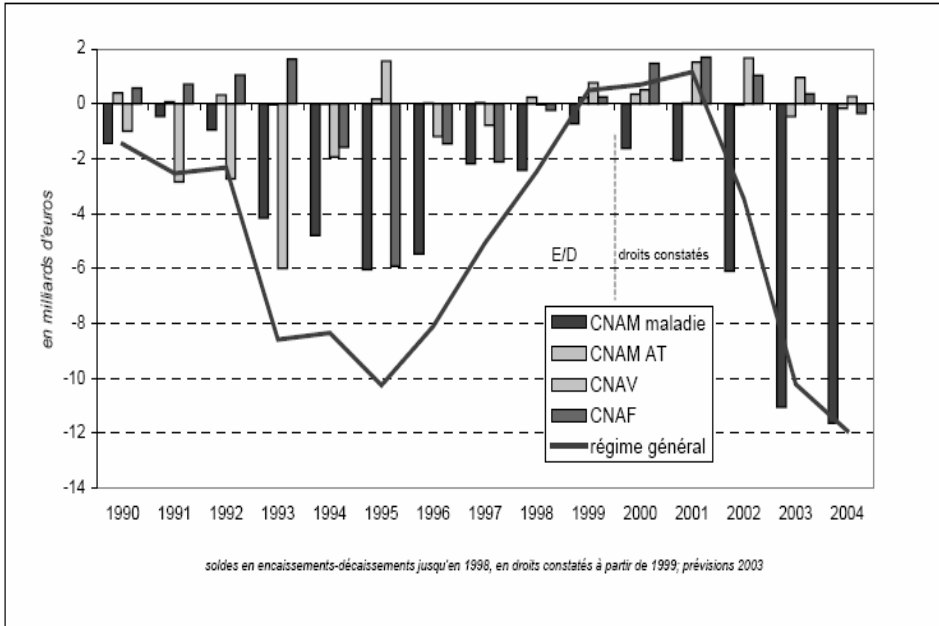
	1950	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Prestations/PIB Comptes base 1995	10	26,5	29,0	28,3	28,4	29,0	29,9	
Prestations/PIB Comptes base 2000				27,6			29,1	29,2

Source : Insee – comptes nationaux ; Drees – Comptes de la protection sociale  
Comptes en base 1995 et 2000.

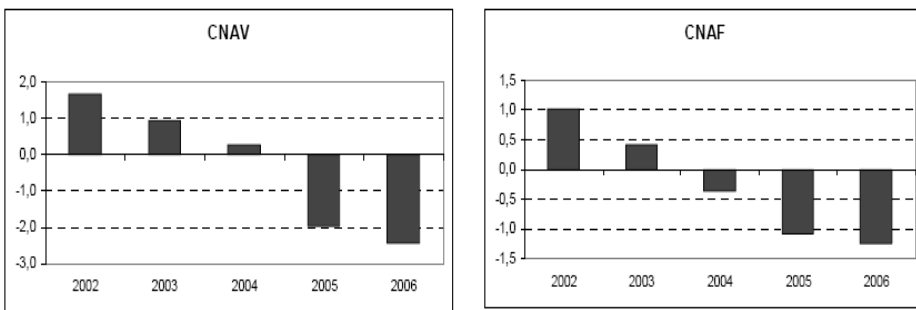
Ces chiffres situent la France à des niveaux très supérieurs à ceux des Etats-Unis et du Japon, et dans la moyenne haute des pays de l'Union Européenne.

Le coût de la sécurité sociale a triplé dans le PIB au cours des 50 dernières années, suscitant une progression rapide des prélèvements. Elle n'a pourtant pas empêché l'apparition de déficits structurels.

Depuis 1990, le régime général (santé, vieillesse, famille, logement) n'a été en excédent qu'au cours de trois exercices grâce à une conjoncture exceptionnelle (1999 à 2001). Depuis 2002, la situation se dégrade, les déficits atteignant 10.2 milliards EUR en 2003, et 11.9 milliards en 2004. L'essentiel du déficit s'explique par le risque maladie (-11.6 milliards EUR). Toutefois, les résultats des autres branches se dégradent (CCSS 2005a). En 2005, le déficit du régime général devrait rester très élevé (-11.6 milliards, soit 0.7% du PIB), avec un déficit croissant pour les branches vieillesse et famille (CCSS 2005b, c).

**GRAPHIQUE 1 : HISTORIQUE DES SOLDES DU RÉGIME GÉNÉRAL ENTRE 1990 ET 2004, PAR BRANCHE (EN EUROS COURANTS)**

Source : CCSS (2005a).

**GRAPHIQUE 2 : ÉVOLUTION DES SOLDES DES BRANCHES « VIEILLESSE » ET « FAMILLE » SUR LA PÉRIODE 2002-2006 (EN MILLIARDS EUR)**

Source : CCSS (2005c).

Ainsi, le système de protection sociale est en crise financière. L'évolution des dépenses s'inscrit en effet dans un contexte économique difficile : l'évolution des recettes, liée à une masse salariale qui se rétracte avec le chômage, rend nécessaire



le recours à des financements complémentaires. La sécurité sociale doit en outre faire face aux nouveaux risques sociaux que sont la dépendance et l'exclusion sociale.

De nombreux changements sont intervenus ces dernières années pour prendre en compte l'accroissement de ces risques : la prise de conscience du vieillissement de la population et de ses conséquences économiques, financières et sociales a permis la nette amélioration de la prise en charge des soins de long terme et la mise en place d'une réforme des retraites ; un dispositif cohérent d'aide aux plus démunis a vu le jour avec d'une part un revenu minimum, et d'autre part, un accès aux soins. Des réformes importantes ont été menées et sont encore en cours, pour tenter d'endiguer les déficits. Ainsi, le système des retraites par répartition a été consolidé et la réforme de l'assurance-maladie est engagée. Toutefois, ces réformes rencontrent beaucoup de difficultés.

## **1. BRANCHE VIEILLESSE**

---

### **1.1. LES RETRAITES**

#### **1.1.1. Les difficultés du système de retraite**

L'adaptation du dispositif des retraites est liée essentiellement aux évolutions socio-démographiques, qui commencent à faire peser des difficultés financières sur les régimes. L'augmentation du nombre de retraités résulte de la conjonction de deux phénomènes : les générations issues du baby-boom atteignent l'âge de la retraite en 2005 et l'allongement de l'espérance de vie entraîne un allongement de la durée de retraite.

Cette forte contrainte démographique s'apprécie à l'évolution du ratio « retraités potentiels/cotisants potentiels » : il passera de 38% au début des années 2000 à 70% en 2140 (cf. Charpin 1999).

Un autre enjeu concerne l'articulation entre les politiques de l'emploi et les politiques des retraites. L'augmentation du taux de chômage a conduit les pouvoirs publics à inciter au retrait anticipé du marché du travail les travailleurs âgés, plus vulnérables : ainsi, le taux d'activité des plus de 55 ans est-il l'un des plus faibles en France. Dans ce contexte, on assiste sur le marché du travail à un mouvement paradoxal de retrait de travailleurs sur le marché du travail alors que dans le même temps le rapport démographique défavorable actifs/retraités incite à retarder l'âge de départ en retraite pour préserver l'équilibre du financement des pensions.

Devant l'attachement de l'opinion publique au système de retraite par répartition, les pouvoirs publics ont mené des politiques tentant d'en préserver l'esprit : pas de réduction des pensions, augmentation de la durée de cotisation.

### 1.1.2. Les réformes

#### a) La réforme de 1993

Sous le gouvernement Balladur, la loi du 22 juillet 1993 sur les pensions de retraite (et la sauvegarde de la protection sociale) introduisit plusieurs changements dans les règles de liquidation des pensions de retraite dans le secteur *privé (régime général)*.

La durée d'assurance ouvrant droit à pension au taux plein passe de 37,5 à 40 ans. La période de référence pour le calcul d'une pension passe des 10 aux 25 meilleures années d'activité. Les traitements annuels entrant dans le calcul du salaire moyen de référence sont revalorisés selon l'indice des prix à la consommation, et non plus selon l'évolution générale des salaires. La pension elle-même est revalorisée annuellement selon ce mécanisme.

#### b) Entre 1993 et 2003

Ensuite, le gouvernement Jospin (1997-2002) engage une vaste démarche de concertation sur l'avenir des retraites. Un fonds de réserves des retraites est institué en 1999 dans le but d'accumuler des réserves collectives capitalisées qui contribuent à assurer la pérennité du système de retraite par répartition. D'ici 2020, 152 milliards EUR devraient y être affectés pour atténuer la charge financière liée au vieillissement démographique et pour permettre une meilleure répartition des efforts entre générations.

Le conseil d'orientation des retraites (COR) est institué en 2000 avec pour mission de mener à bien la concertation et le suivi des conséquences des évolutions économiques, sociales et démographiques sur les régimes de retraite.

#### c) La réforme de 2003

La loi du 21 août 2003 (« loi Fillon »), entrée en vigueur en janvier 2004, tend à préserver le financement par répartition tout en faisant face au défi démographique et financier des décennies à venir.

L'objectif de cette réforme est de contribuer à réduire les besoins de financement des régimes de retraite de base, hors régimes spéciaux, à l'horizon 2020 et d'harmoniser les règles de liquidation des pensions entre secteurs privé et public, l'application de la loi de 1993 au seul secteur privé créant des distorsions.

La mesure centrale consiste en l'allongement progressif de la durée d'assurance pour bénéficier de la retraite à taux plein, les pouvoirs publics n'ayant souhaité ni baisser le niveau des pensions, ni augmenter les cotisations sociales. En 2008, la durée d'assurance sera passée à 40 ans dans le secteur public, comme dans le secteur privé. Elle devra passer à 41 ans en 2012 puis à près de 42 ans en 2020.

Désormais, dans le privé comme le public, les pensions sont revalorisées en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation (hors tabac) ; une surcote est instituée au-delà de l'âge auquel le salarié pourrait prétendre à une retraite complète ; il est possible de racheter des droits à la retraite correspondant aux années d'études.

Plus particulièrement, dans le régime général, le taux de décote est réduit (de 10% à 5%) ; les salariés totalisant de longues durées de carrière et ayant commencé à travailler avant 17 ans peuvent liquider leurs droits à la retraite avant 60 ans.

Dans la fonction publique sont créés une décote en cas de départ en retraite avant de totaliser la durée de service ouvrant droit à la pension maximale et un régime obligatoire de retraite complémentaire. En outre, le système de bonification pour enfants est modifié pour se mettre en conformité avec la jurisprudence européenne.

La réforme comporte également des mesures destinées à favoriser la prolongation de la participation des travailleurs âgés à l'activité économique : report à 65 ans de l'âge permettant aux employeurs de mettre d'office leurs salariés en retraite ; diminution progressive des dispositifs de préretraite.

Enfin, la réforme prévoit, pour les personnes désireuses de se constituer un complément de retraite, le plan d'épargne retraite populaire (PERP), contrat d'assurance à adhésion individuelle et facultative et le plan d'épargne retraite collectif (PERCO), institué dans l'entreprise par voie d'accord collectif.

D'après le rapport du COR, chargé d'évaluer les impacts de la réforme, l'âge moyen de liquidation devrait augmenter. En revanche, le niveau de la pension moyenne à la liquidation ne devrait que faiblement évoluer si les personnes retardent effectivement leur départ à la retraite conformément aux hypothèses de la réforme.

Dans les faits, en 2004, les prestations relatives aux risques Vieillesse - Survie augmentent notablement du fait de la mise en application de la retraite anticipée instituée dans le cadre de la réforme de 2003. La structure par âge des retraités du régime général a évolué avec une part importante des retraités âgés de 60 ans ou moins (Bechtel, Duée 2005).

En conclusion, la France fait partie des pays européens qui ont adopté une réforme des retraites visant à consolider le système actuel, par répartition, pour les prochaines décennies. En 2008, le législateur a prévu un bilan et un réexamen des paramètres de financement des retraites pour tenir compte de l'évolution économique. Actuellement, il n'est pas certain que la réforme soit suffisante pour pérenniser le système. Avec les mesures prévues, seuls 42% des besoins des régimes de retraite en 2020 seraient couverts.

## 1.2. LA DEPENDANCE ET LE HANDICAP

Les politiques en faveur des personnes âgées et handicapées ont permis de nets progrès dans la prise en charge de la dépendance, consacrant ainsi l'émergence d'un cinquième risque de la sécurité sociale.

### **1.2.1. La prestation spécifique dépendance (1997)**

Avec la PSD est apparue la notion d'évaluation personnalisée de l'état de santé de la personne et la personnalisation de ses besoins dans un plan d'aide individuel.

La prestation spécifique dépendance (PSD), instituée par la loi du 24 janvier 1997 au bénéfice des personnes âgées les plus dépendantes [GIR 1 à 3, l'état de dépendance est défini grâce à une grille spécifique AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources)], prenait en charge une partie des aides nécessaires au maintien de la personne à domicile ainsi qu'une partie des frais en institution. Elle était attribuée sous conditions de ressources. Non soumise au mécanisme de l'obligation alimentaire, l'attribution de la PSD pouvait faire l'objet de recours sur donation et succession.

La PSD a bénéficié au niveau national à environ 145 000 personnes en 2001, avec un montant moyen de la prestation de 520 EUR pour les personnes vivant à domicile et 275 pour celles résidant en institution, soit une dépense de 720 millions EUR constants (1). Elle fut remise en cause en raison de ses aspects inégalitaires d'un département à l'autre et de sa trop grande sévérité en matière de recours sur donation et succession. Elle est remplacée en 2002 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Dans le même temps, une réforme du financement des établissements sociaux et médico-sociaux a mis en place une tarification à trois niveaux : hébergement (gîte et couvert), soins courants, coûts entraînés par la dépendance.

### **1.2.2. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (2002)**

L'APA, entrée en vigueur en janvier 2002 (loi du 20 juillet 2001), est une prestation universelle qui concerne l'ensemble des personnes dépendantes (elle est étendue aux Gir 4) (au sens de la grille AGGIR).

Son montant, géré par les départements, est le même sur l'ensemble du territoire, à revenu et perte d'autonomie identiques. L'ouverture des droits n'est plus soumise à condition de ressources mais une participation financière reste toutefois à la charge des bénéficiaires dès lors que leurs ressources sont supérieures à un montant révisé périodiquement.

A domicile, une équipe médico-sociale évalue le niveau de dépendance et les besoins d'aide de la personne âgée. Un plan d'aide est établi avec la personne âgée pour recenser les besoins nécessaires à son maintien à domicile. L'APA n'est pas soumise à conditions de ressources mais l'allocation versée correspond au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation financière éventuelle laissée à la charge de la personne âgée.

En établissement, l'APA aide les bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance.

---

(1) Bonnadet (2003) p. 30, tableaux 7 et 8.

Compte tenu du nombre important de bénéficiaires (plus de 700 000 au début de 2003) et du coût croissant de cette prestation, les conditions d'attribution de l'APA ont été durcies (loi du 31 mars 2003). Notamment, la participation financière des bénéficiaires est accrue et les délais d'ouverture des droits allongés.

Au 31 mars 2005, le nombre de bénéficiaires est de 873 000 personnes (513 000 à domicile et 360 000 en établissement) et les montants mensuels moyens s'élèvent à 481 EUR à domicile (2) et 402 EUR en établissement (3) (Perben 2005). Soit une dépense de 4 milliards EUR.

### 1.2.3. Le dispositif de solidarité pour l'autonomie (2004)

Suite à la canicule de l'été 2003, qui a révélé des problèmes dans la prise en charge des personnes âgées, un dispositif d'alerte et de veille a été mis en place avec l'instauration d'une journée de solidarité et la création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La CNSA est chargée de financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées : elle sécurise et pérennise le dispositif de l'APA et garantit son financement. La CNSA doit aussi garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour tous les handicaps et toutes les autres formes de perte d'autonomie.

Ce dispositif sera financé grâce à :

- de nouvelles ressources, à savoir la mise en place d'une journée de travail supplémentaire non rémunérée au titre de la solidarité nationale et une contribution des employeurs au taux de 0,3 %, appliqué à la masse salariale et aux revenus du capital ;
- des recettes antérieurement affectées au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FFAPA), dont la CNSA a repris les droits et obligations à savoir 0,1 point du produit de la CSG et une participation des régimes de base de l'assurance-vieillesse.

Le plan se déclinera sur quatre ans en deux programmes ; l'un destiné aux personnes âgées et chiffré à 850 millions EUR par an, l'autre, du même montant annuel pour les personnes handicapées.

Pour les personnes âgées, en dehors du dispositif d'alerte et de veille, il est prévu la création de plus de 30 000 places supplémentaires pour favoriser le maintien à domicile, la modernisation de 6 500 maisons de retraite et le développement des services gériatriques. 13 200 personnels soignants devraient être recrutés. En outre, 10 000 nouvelles places médicalisées seront créées en établissement grâce à la budgétisation de 1 800 emplois de soignants.

(2) Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, le montant maximal à domicile s'élevait à 1 148 EUR pour une personne de Gir1, 984 EUR pour Gir2, 738 EUR pour Gir3 et 492 EUR pour Gir4.

(3) Soit, en moyenne, 67% du tarif dépendance (Perben 2005)

Dans le cadre de la décentralisation qui donne le rôle de chef de file aux conseils généraux dans la mise en œuvre de l'action sociale en faveur des personnes âgées (loi du 13 août 2004), la tarification des établissements sera simplifiée permettant au président du conseil général d'en être l'interlocuteur unique.

Concernant les personnes handicapées, la législation a été notablement redéfinie en 2002 (« loi de modernisation sociale ») et en 2005 (« loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »).

Deux principes sont posés : d'une part, le principe du libre choix de leur projet de vie grâce à un droit à la compensation individualisée des conséquences du handicap et à un revenu d'existence favorisant une vie autonome ; d'autre part, le principe d'accessibilité universelle qui doit favoriser la participation effective des personnes handicapées à la vie sociale (scolarité, emploi, culture, loisirs, vacances, etc.).

## 2. BRANCHE MALADIE

La part de la dépense nationale de santé dans le PIB a crû en France de 0,6 points entre 1995 et 2003 pour atteindre 10,5% en 2004 (Fénina, Geffroy 2005). En 2003, ce taux était de 10,4%, plaçant la France au 5ème rang des pays de l'OCDE, derrière les Etats-Unis (15%), la Suisse (11,5%), l'Allemagne (11%) et l'Islande (10,5%).

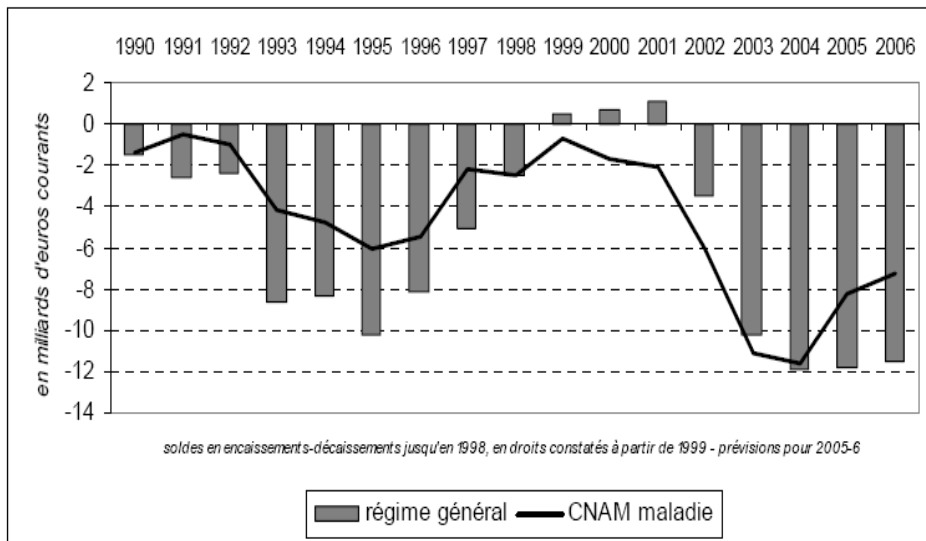
Les dépenses en soins et biens médicaux ont atteint 145 milliards EUR en 2004, soit 8,8% du PIB. La part de la consommation de soins et biens médicaux dans le PIB s'accroît en 2004, quoique moins fortement que les trois années précédentes.

**TABLEAU 3 : PART DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX (CSBM) DANS LE PIB EN %**

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
8,2	8,2	8,1	8,0	8,0	8,0	8,1	8,4	8,7	8,8

Source : comptes de la santé, DREES.

La branche maladie est en déficit : -11,6 milliards EUR en 2004, soit le déficit le plus élevé jamais atteint. La dégradation est de 0,5 milliard par rapport à 2003. Toutefois, elle est moins importante qu'au cours des années précédentes puisque le déficit s'était creusé de 4 milliards en 2002 et de 5 milliards en 2003. En 2005, la branche maladie devrait connaître un redressement sensible grâce au ralentissement de ses dépenses et à un accroissement de ses recettes (cf. CCSS 2005b, 2005c et infra).

**GRAPHIQUE 3 : SOLDES DU REGIME GENERAL ET DE LA BRANCHE MALADIE SUR LA PERIODE 1990-2006**

Source : CCSS (2005c).

La consommation de soins est en constante augmentation du fait :

- d'une demande en soins de plus en plus forte (vieillesse de la population, croyance en un progrès inéluctable de la science, technicisation accrue de l'activité médicale, médicalisation des problèmes sociaux) ;
- d'une offre abondante (augmentation des effectifs des professions médicales et paramédicales (bémol : la situation démographique préoccupante des médecins pour les années à venir).

Des réformes tentent de maîtriser les dépenses de santé et d'accroître les recettes.

## 2.1. REFORME DE 1996

Dans ce contexte, une ambitieuse réforme est engagée en 1996 (Plan Juppé) concernant la sécurité sociale, l'hospitalisation publique et privée et la médecine de ville avec la volonté d'une politique de maîtrise (médicalisée et non comptable) des dépenses de santé.

La réforme retient une logique d'encadrement des dépenses en partageant les rôles entre les acteurs traditionnels (gouvernement, professionnels, sécurité sociale) et en autorisant le Parlement à voter, chaque année, la procédure de l'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance-maladie).

En dépit de ces efforts, la consommation de soins a continué à progresser.

## 2.2. REFORMES DE 2004

En 2004 sont engagées les réformes de l'assurance-maladie et du financement des établissements de santé (plan Hôpital 2007).

### 2.2.1. Réforme de l'assurance maladie

Les mécanismes d'encadrement des dépenses fondés sur la responsabilisation directe des prescripteurs ont pour la plupart échoué. L'efficacité de la diffusion de référentiels ou recommandations professionnelles sur les comportements de soins et de prescriptions [références médicales opposables (1993), contrats de bon usage des soins (2002), etc.] est très incertaine. La régulation des dépenses de soins de ville repose donc pour l'essentiel sur les conventions de l'assurance-maladie avec les professionnels de santé.

Une réforme structurelle est engagée en 2004, en concertation avec l'ensemble des acteurs, pour sauvegarder le régime, en préservant et consolidant ses principes fondamentaux (égalité d'accès, qualité des soins, solidarité). Elle repose sur trois axes :

- réorganisation du système des soins ;
- nécessité de choix fondés sur des critères scientifiques, sans remise en cause de l'universalité de la couverture (Haute autorité de santé publique) ;
- redressement financier de l'assurance-maladie.

Le projet de réforme veut favoriser une coordination effective des soins et une généralisation des démarches de qualité avec les mesures suivantes : le dossier médical personnel ; la désignation d'un médecin traitant à même d'orienter les patients au sein de l'offre de soins ; multiplication et diffusions de protocoles de soins sous la responsabilité de la Haute autorité de santé publique ; modernisation des relations conventionnelles ; meilleure répartition de l'offre médicale sur le territoire ; pilotage régional coordonnant ville et hôpital ; modération des volumes à travers une maîtrise médicale de la prescription (génériques).

Le plan d'économie a pour objectif de réaliser 15 milliards EUR d'économie, il s'articule autour :

- de la rationalisation et l'amélioration de la cohérence de l'offre de soins par le déploiement de l'ensemble des outils de la maîtrise médicalisée (dossier médical personnel, coordination des soins autour du médecin traitant, respect des référentiels de bonne pratique) et le développement du médicament générique, etc. ;
- de la participation des usagers par le versement d'une participation d'un euro, par consultation, pour responsabiliser les usagers, par la revalorisation du forfait journalier hospitalier d'un euro par an pendant 3 ans ;
- de nouvelles recettes (dont la participation de l'Etat qui reversera une partie des droits du tabac au titre des " charges indues " à l'Assurance-maladie).



Ces augmentations et créations de recettes intervenues en 2005 en application de la loi de réforme ont permis d'améliorer la situation financière de la branche maladie. Le déficit est en réduction, mais encore important : 8,3 milliards EUR au lieu de 11,6 en 2004 (CCSS 2005c).

### 2.2.2. Tarification à l'activité (T2A)

De 1983 jusqu'en 2004, le mode de financement des hôpitaux est basé sur la *dotation globale* : enveloppe limitative, indépendante du niveau d'activité et évoluant annuellement par application d'un taux directeur fixé par les pouvoirs publics. Malgré une médicalisation de l'approche comptable de la maîtrise des dépenses hospitalières (contrats d'objectifs des hôpitaux, programme de médicalisation du système d'information à visée budgétaire), le mode de financement des hôpitaux par dotation globale est remis en cause.

La réforme hospitalière (Plan Hôpital 2007) vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets et à réformer les modes de financement des établissements publics et privés.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, la tarification à l'activité (T2A) pour les établissements privés et publics (de médecine, chirurgie et obstétrique) modifie la donne (Leuridan et Semhoun 2005) : désormais, le financement est directement corrélé à l'activité selon un tarif national unique. Les recettes sont définies a posteriori selon l'activité réellement prise en charge et non plus a priori comme sous la dotation globale. Le corps médical hospitalier public est placé face à des responsabilités réelles de gestion. Ce changement de mode de financement devrait inciter le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

Cette réforme, lourde de conséquences pour les budgets hospitaliers, risquerait de s'accompagner de comportements opportunistes de la part des hôpitaux (dérives « commerciales »). Des mécanismes de régulation ont été déterminés pour éviter l'effet inflationniste inhérent à la réforme. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale et l'ONDAM sont maintenus, de même qu'est défini un objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique pour les secteurs privé et public. Les tarifs par activité (tarifs Groupes Homogènes de Séjour) sont définis par arrêtés, la régulation par l'effet « prix-volume » est instaurée et permet un réajustement des tarifs pour respecter l'ONDAM en cas d'augmentation du volume de soins (Leuridan et Semhoun 2005).

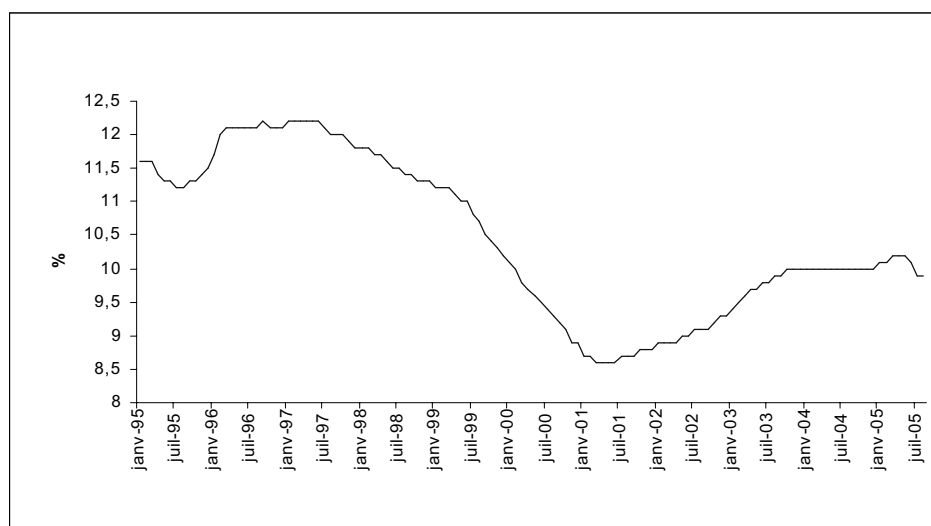
### 3. BRANCHE EMPLOI

La branche emploi comprend les prestations versées au titre de l'insertion et de la réinsertion professionnelles, et au titre du chômage (indemnité de chômage et préretraite).

En 2004, les indemnités de chômage représentent 73% des prestations de la branche emploi.

Le taux de chômage reste élevé la période (graphique 4), notamment le chômage de longue durée (durée de chômage supérieure à une année) subi par 40% des chômeurs.

**GRAPHIQUE 4 : TAUX DE CHOMAGE AU SENS DU BIT**



Source : INSEE.

Le régime d'assurance-chômage a été profondément modifié en 1992 et 1993 afin d'assurer l'équilibre financier de l'UNEDIC (union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce). Les cotisations ont été augmentées, des mesures visant à réduire les prestations ont été adoptées et l'Etat s'est engagé à contribuer au rééquilibrage financier.

Suite au débat sur le caractère désincitatif de l'indemnisation des chômeurs, les allocations servies par l'UNEDIC sont fusionnées en une allocation unique dégressive (AUD). Cette allocation est dégressive dans le temps après une période de prise de charge à taux plein et son montant varie en fonction du salaire antérieur, de la durée d'affiliation et de l'âge.

Cette nouvelle réglementation aura pour effet une baisse de la proportion de chômeurs indemnisés, notamment chez les jeunes. Les économies réalisées ayant été plus importantes que prévu, les versements annuels de l'Etat ont été stoppés, les taux de cotisation légèrement réduits, le plancher d'indemnisation relevé, et une allocation pour les chômeurs âgés a été créée. La contrepartie sera une dérive du Revenu minimum d'insertion (RMI).

En 2001, la convention relative à l'aide au retour à l'emploi et à l'indemnisation du chômage prévoit que les engagements réciproques des demandeurs d'emploi et du régime d'indemnisation soient formalisés dans le cadre d'un plan d'aide au retour à l'emploi (PARE). L'objectif initial du PARE était de réduire la durée de passage dans le régime d'indemnisation (incitation à l'emploi). Il a permis un suivi plus strict des demandeurs d'emploi, dont témoigne la hausse des radiations, mais la dégradation de la conjoncture rend difficile son évaluation.

Certaines règles ont été plus favorables aux chômeurs : l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) succède à l'AUD, en supprimant la dégressivité des allocations et en assouplissant les conditions d'indemnisation. Les cotisations chômage ont été réduites, et l'allocation pour chômeurs âgés supprimée.

Dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre financier sur les années 2003 à 2005, les règles d'indemnisation ont de nouveau été durcies en 2002. Les filières d'indemnisation ont été modifiées dans le sens d'un durcissement des conditions d'accès et surtout d'un raccourcissement de la durée de versement de l'ARE, les taux de cotisation sont augmentés.

En août 2005, il y avait 2.5 millions de chômeurs indemnisés et 445 000 bénéficiaires du régime de solidarité. Le taux de couverture a reculé sensiblement de 1992 à 1997 (de 62% à 53%) en raison des mesures restrictives prises concernant l'assurance-chômage (le nombre de chômeurs indemnisés restait le même alors que le nombre de chômeurs inscrits augmentait). Puis, il est resté proche de 55% jusqu'en 2000. Après avoir atteint près de 64% en 2003, il est proche de 60% en 2005 (DARES).

#### **4. BRANCHE PAUVRETE EXCLUSION**

---

Du fait du contexte économique difficile, caractérisé notamment par un chômage important et par un développement du travail à temps partiel non désiré, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion est devenue un impératif de la politique publique. A côté d'une protection sociale assise sur l'activité professionnelle se développe progressivement une protection sociale assise sur la citoyenneté.

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions envisage une approche globale du traitement de l'exclusion dans les domaines du logement, du travail, de la santé.

Le plan de cohésion sociale de 2004 est un plan ambitieux, aux dimensions larges. L'effort budgétaire annoncé est de 13 milliards sur 5 ans.

Le plan repose sur trois piliers :

- l'emploi et l'activité (contrat d'avenir, accompagnement des chômeurs dans leur recherche d'emploi, favoriser l'accès des jeunes à l'activité, à la formation et à l'emploi) ;
- le logement : construction de logements locatifs sociaux (500 000 en 5 ans), développement de l'accueil et de l'hébergement d'urgence ;
- favoriser l'égalité des chances.

Les dépenses liées au risque « pauvreté et exclusion sociale » prennent leur essor avec la création du Revenu minimum d'insertion en 1988 et augmentent régulièrement pour atteindre 1.6% de l'ensemble des prestations sociales en 2004.

75% des dépenses liées au risque « pauvreté - exclusion » sont liées au RMI.

#### 4.1. DU RMI AU RMA

Le RMI est indépendant de conditions liées à l'activité professionnelle antérieure ou à la situation familiale. Il complète l'ensemble du système de transferts sociaux de façon à garantir le principe que nul ne peut disposer de ressources inférieures aux minima sociaux.

Le nombre d'allocataires dépasse 1 million en 2005 (Cazain, Donné 2005), couvrant plus de 2 millions de personnes si l'on prend en compte les ayants droit (enfants, conjoints).

La réforme du RMI (loi du 18 décembre 2003) comprend deux aspects :

- la décentralisation de la responsabilité et du financement de l'allocation RMI : depuis le 1er janvier 2004, le dispositif est entièrement piloté par le département ;
- et la création d'un nouveau dispositif d'aide à l'emploi : le revenu minimal d'activité. Le RMA s'inscrit dans une logique d'« activation » des dépenses dites passives de l'Etat-providence. Il est présenté comme un instrument d'insertion par l'économie en permettant à l'allocataire de travailler en conservant son allocation du RMI.

Initialement, le RMA consiste en un contrat d'insertion revenu minimum d'activité (CIRMA) avec un employeur du secteur marchand ou non marchand. C'est un contrat de travail à durée déterminée et à temps partiel, d'une durée maximale de 18 mois. Le RMA associe une aide égale au montant du RMI versée par le département à l'employeur. A charge de l'employeur de verser au salarié le complément entre le RMI et une rémunération au moins égale au SMIC. En 2004, le CIRMA est limité aux employeurs du secteur marchand.

Le plan de cohésion sociale de 2004 a mis en place le *contrat d'avenir*, entré en vigueur en 2005, mesure d'aide à l'emploi destinée aux allocataires du RMI et de l'ASS, dans le secteur non marchand (Cazain, Donné 2005).

Au total, en 2005, seul un allocataire sur 10 bénéficie d'une aide à l'emploi.

#### 4.2. ACCES AUX SOINS DE SANTE : CMU

Trois dispositifs ont été mis en place à partir de 2000 pour améliorer l'accès aux soins des personnes les plus défavorisées.

La loi du 27 juillet 1999 a instauré une couverture maladie universelle (CMU), entrée en vigueur en 2000, qui comporte deux volets : l'affiliation à l'assurance-maladie sur critère de résidence (dite CMU de base) et une couverture complémentaire gratuite sous conditions de ressources (dite CMU Complémentaire ou CMU-C).

La couverture maladie universelle (CMU) de base permet d'affilier à l'assurance maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière qui n'est pas couverte par son activité professionnelle ou comme ayant droit d'un assuré. L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance-maladie. Les personnes dont le revenu fiscal annuel est supérieur à un seuil (fixé par décret) doivent acquitter une cotisation annuelle de 8 % sur le montant des revenus supérieur à ce seuil. Les personnes dont le revenu fiscal se situe au-dessous de ce seuil, les bénéficiaires du RMI et les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont exemptés de cotisations.

La CMU complémentaire offre une protection complémentaire gratuite en matière de santé à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressources (fixée par décret). Les personnes qui bénéficiaient de l'Aide médicale dispensée par les départements et les bénéficiaires du RMI ont été transférés automatiquement à la CMU-C au 1er janvier 2000.

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance-maladie. Le plafond de ressources concerne les ressources des douze derniers mois précédant la demande et varie selon la composition du foyer. Le foyer CMU se compose du demandeur, de son conjoint et des enfants de moins de 25 ans sous certaines conditions.

La prise en charge complémentaire comprend, avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, le forfait hospitalier journalier et les frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audio-prothèses, etc.). Le demandeur choisit si les prestations seront gérées par une caisse d'assurance-maladie (dans 75% des cas) ou par un autre organisme complémentaire (4).

---

(4) La charge financière de la CMU-C repose sur les organismes complémentaires et l'État. Elle est financée par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit Fonds CMU.

L'aide médicale d'Etat (AME) prend en charge les dépenses de soins des personnes qui ne remplissent pas les conditions de stabilité et de régularité de résidence s'appliquant à la CMU (Boisguérin 2005), souvent des étrangers sans titre de séjour. Toutefois, les conditions d'accès à l'AME sont durcies en 2005 avec la nécessité de produire des documents administratifs justifiant de trois mois de présence ininterrompue en France.

La CMU apportait une couverture de base à plus de 1,5 million de personnes au 31 décembre 2003, augmentant ainsi de 500 000 personnes depuis l'entrée en vigueur de la mesure (Boisguérin 2005). Le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire s'élevait à 4,7 millions en 2004, avec un coût moyen par bénéficiaire de 320 EUR (Fonds CMU 2005).

L'Etat finance, via le Fonds CMU, la plus grande partie des dépenses de la CMU-C avec plus d'1 milliard EUR.

Il ne semble pas y avoir de dérive des dépenses de santé due à la CMU. D'après les estimations disponibles (Raynaud 2005), à état de santé égal, les dépenses hospitalières des bénéficiaires de la CMU semblent comparables à celles des autres assurés complémentaires tandis que les dépenses en médecine de ville sont supérieures de 20%.

L'existence d'un plafond pour l'attribution de la CMU-C exclut du bénéfice de la CMU-C les titulaires de minima sociaux et aboutit à laisser près de deux millions de personnes sous le seuil de pauvreté et sans couverture complémentaire.

Aussi, fin 2002 se mettait en place un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé. Cette aide à la mutualisation était destinée aux personnes dont les ressources étaient comprises entre le plafond fixé pour bénéficier de la CMU-C, et ce même plafond majoré de 10%. Sa mise en œuvre et sa gestion relevaient des caisses d'assurance-maladie au niveau local avec une participation des organismes complémentaires qui reposait sur le volontariat. L'aide n'était attribuée que si le contrat de protection complémentaire répondait à certaines caractéristiques et était souscrit auprès des organismes volontaires.

Très peu de personnes ont pu bénéficier de ce dispositif du fait d'une revalorisation des minima sociaux plus forte que celle du plafond CMU.

Tenant compte de l'échec de cette aide, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie a institué le crédit d'impôt, mis en œuvre à partir de 2005. Cette mesure est destinée aux personnes résidant en France, dont les ressources ne dépassent le plafond CMU-C majoré de 15 %. Elle correspond à une réduction pour la souscription de tout contrat d'assurance-maladie complémentaire de santé individuel auprès d'une mutuelle, d'une assurance ou d'une institution de prévoyance. Cette réduction va de 25 à 250 EUR selon l'âge et elle ouvre droit pour les organismes complémentaires à un crédit d'impôt au titre de la contribution versée au Fonds CMU. Les prérogatives des assureurs devraient donc s'étendre, avec notamment l'offre de nouveaux contrats adaptés à ces dispositions.

## **5. BRANCHES MATERNITE - FAMILLE ET LOGEMENT**

La branche Famille - maternité représente 9,9% des prestations : son érosion tendancielle s'explique notamment par la stabilité des naissances et le déclin des familles nombreuses.

Branche famille, déficitaire en 2004, 2005 et 2006.

Les aides à la famille comprennent, en France, un ensemble de prestations : prestations familiales et les aides au logement.

### **5.1. LES PRESTATIONS FAMILIALES**

Les prestations familiales proprement dites sont attribuées aux familles en fonction de leur composition et concernent l'entretien des enfants, les aides à la naissance, à la garde des jeunes enfants et les aides aux familles monoparentales.

Hormis les allocations familiales, la plupart des prestations sont versées sous conditions de ressources.

Les enjeux actuels de la politique familiale sont liés aux évolutions de la société, et notamment à la place de l'enfant dans la famille et la réforme du droit de la famille. Chaque année, depuis 1997, les pouvoirs publics sont aidés dans leur réflexion par la conférence sur la famille.

La conciliation de la vie familiale et professionnelle est à l'origine de mesures qui se sont succédé depuis une dizaine d'années.

Les conditions d'accueil des jeunes enfants ont été améliorées (décret août 2000) notamment avec la professionnalisation des métiers et des modes d'accueil : la réforme du statut des assistantes maternelles vise à améliorer le travail et à renforcer les qualifications professionnelles.

Des mesures favorisent les choix familiaux, l'arrêt ou la reprise de l'activité professionnelle.

Depuis 2004, la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a pour objectifs d'élargir le nombre de familles éligibles, en particulier les familles à revenus moyens exclues des mesures précédentes ; de favoriser le libre-choix de mode de garde en diminuant notamment le taux d'effort des familles modestes lorsqu'elles recourent à une assistante maternelle ou à une garde à domicile ; de favoriser le libre-choix d'exercer une activité ou non.

A terme, la PAJE se substituera à plusieurs allocations préexistantes. Elle est constituée d'une allocation à plusieurs niveaux, comprenant, deux prestations d'entretien de l'enfant sous conditions de ressources (une prime à la naissance et une allocation de base). Les familles peuvent recevoir, sans conditions de ressources, deux prestations : l'une est destinée au parent qui cesse temporairement son activité professionnelle pour garder son jeune enfant, et l'autre est une participation aux frais de garde pour les parents qui travaillent.

En 2004, près de 400 000 familles ont bénéficié de cette prestation.

Sont créés également créés, l'allocation de présence parentale (permettant une réduction d'activité pour s'occuper d'un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé), le congé de paternité qui a eu dès 2002 un grand succès (60% des pères l'ont utilisé).

L'évolution de la société, avec notamment le développement des nouvelles compositions familiales, pose d'importantes questions juridiques.

La notion d'indissolubilité n'est plus inhérente au mariage mais à la reconnaissance de l'enfant. L'autorité parentale n'est plus donnée par la société mais par la condition de parent. C'est désormais l'enfant qui crée la famille.

Ainsi, les allocations familiales sont prolongées jusqu'à 20 ans pour tenir compte du départ de plus en plus tardif des jeunes non scolarisés du domicile parental ; de même, pour le complément familial afin de compenser le poids financier des jeunes adultes dans les familles nombreuses à revenus faibles ou moyens.

La loi du 4 mars 2002 vise à renforcer la coparentalité et le droit de l'enfant d'être élevé par ses deux parents. Elle harmonise les conditions d'exercice de l'autorité parentale, quelle que soit la situation matrimoniale.

Les prestations familiales connaissent des augmentations fortes en 2004 et 2005, sensiblement plus rapides que les années précédentes.

Cela s'explique essentiellement par la montée en régime de la PAJE, notamment du fait d'une forte hausse des aides à la garde d'enfants dès 2005 (qui ont des taux de croissance à deux chiffres). Le total des prestations pour la petite enfance augmentera en moyenne de 7% par an contre 12,5% pour les seules aides à la garde d'enfants (CCSS2005c).

**TABLEAU 4 : MONTANT DES PRESTATIONS FAMILIALES (EN MILLIONS EUR CONSTANTS)**

	1995	...	2000	2001	2002	2003	2004
Prestations familiales	22.828		23.833	24.011	24.123	24.186	26.930

Source : Blanpain 2004, Bechtel et Duée 2005, CNAF, Drees.

## 5.2. LES AIDES AU LOGEMENT

Trois aides, accordées sous conditions de ressources, sont destinées à assurer une couverture partielle des frais de logement.

L'allocation logement à caractère familial, financée intégralement par la branche famille, est une prestation destinée aux jeunes ménages et aux familles (couples et familles monoparentales) avec des personnes à charge. L'aide personnalisée au logement pour les ménages, avec ou sans enfants, occupant un logement dans un parc



conventionné. L'aide logement à caractère social complète le dispositif et concerne toute personne acquittant une dépense de logement si elle dispose de ressources ne dépassant pas un certain plafond. Différentes mesures sont intervenues depuis 1997 pour rationaliser et simplifier l'ensemble des aides au logement destinées aux locataires. La réforme des aides au logement (2001, 2002) permet ainsi d'attribuer une aide identique aux ménages ayant des revenus et des dépenses de logement identiques.

## **6. MONTANT ET STRUCTURE DES RESSOURCES DE LA PROTECTION SOCIALE**

Le financement de la protection sociale est principalement assuré par deux grandes catégories de ressources : les cotisations et le financement public (constitué des impôts et taxes affectés et des contributions publiques).

Globalement, sur les quinze dernières années (1990-2005), les recettes ont eu du mal à suivre les dépenses, et leur structure a beaucoup changé, marquant l'évolution de l'Etat-providence.

De 1981 au début des années 1990, les ressources de la protection sociale ont globalement suivi l'évolution des dépenses sociales : le *solde global du compte de la protection sociale* présentant même un léger excédent. Ce solde est un agrégat sans signification économique réelle car il agrège des régimes de nature très diverse : organismes de protection sociale, sous-ensemble du budget de l'Etat et des collectivités locales, établissements publics divers, versements extralégaux des employeurs, mutuelles et institutions de prévoyance.

Le solde devient déficitaire entre 1992 et 1998 et dégage des excédents de 1999 à 2001. Mais les déficits réapparaissent en 2002 pour se creuser les années suivantes jusqu'à approcher 1% du PIB.

De 1990 à 1996, le poids des ressources de la protection sociale dans le PIB augmente jusqu'à dépasser 30%. Les faits marquants de cette période sont : la création de la contribution sociale généralisée (CSG) (1993), prélèvement assis sur une assiette plus large que la seule masse salariale, étendue aux revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine ; l'alourdissement des cotisations d'assurance maladie sur les revenus de remplacement (mis en œuvre avec la réforme de 1996). Néanmoins, le solde du compte de la protection sociale est déficitaire.

A partir de 1997, une phase de stabilisation des ressources à un niveau élevé. Cette stabilisation est due d'une part à la reprise économique, mais surtout à des mesures importantes de financement. En effet, les allègements de charges sociales sur les bas salaires (1993, 1995) puis dans le cadre de la réduction du temps de travail ont été *compensés* au moyen de dotations budgétaires puis de recettes fiscales affectées aux organismes de sécurité sociale (taxes sur le tabac...) ou nouvellement créés à leur profit (contribution sociale de solidarité des sociétés). En outre, la CSG a progres-

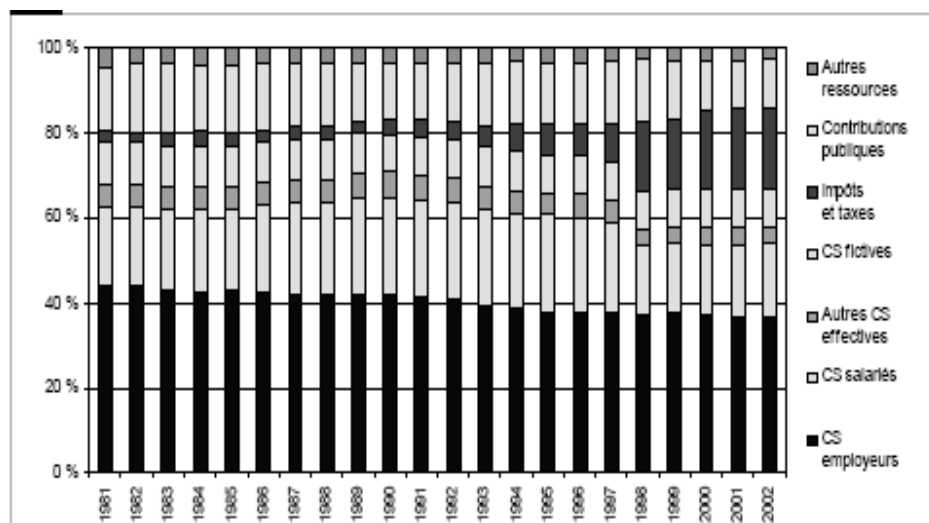
sivement remplacé les cotisations d'assurance-maladie à la charge des salariés et des titulaires de revenus de remplacement.

L'ensemble de ces mesures a eu pour effet de modifier de façon très importante la structure du financement de la protection sociale (graphique 5).

Historiquement, dans le système français de protection sociale, les prélèvements sociaux sont assis essentiellement sur les revenus d'activité. En 1981, les cotisations sociales représentaient dans leur ensemble (5) 80% des ressources de la protection sociale ; en 2002, elles ne représentent que les deux tiers du financement global.

Ce sont les impôts et les taxes affectés qui se sont principalement substitués aux cotisations sociales du fait de la décentralisation croissante des politiques d'aide : leur poids est passé de 2% en 1991 à 19% en 2002.

**GRAPHIQUE 5 : STRUCTURE DES RESSOURCES DE LA PROTECTION SOCIALE (HORS TRANSFERTS)**



Source : Drees, comptes de la protection sociale.

## CONCLUSION

Dans le secteur de la protection sociale, le vieillissement démographique est désormais une variable prise en compte à part entière dans la définition des politiques.

Notamment dans le champ des soins de long terme, des progrès très importants ont été réalisés. La prise de conscience de la nécessité d'aider au maintien à domicile et d'améliorer les conditions d'institutionnalisation a permis le développement de

(5) Cotisations sociales effectives + cotisations fictives.

l'APA, et surtout d'une politique « gérontologique ». Des programmes sont mis en place pour répondre aux besoins et attentes spécifiques des personnes dépendantes, âgées ou handicapées.

Malgré les efforts réalisés, le système de protection sociale connaît des difficultés. La réforme pour la sauvegarde du système de retraite par répartition est en cours en tenant compte des nouveaux paramètres associés aux évolutions sociodémographiques. Toutefois, actuellement, il semble que cela ne soit pas encore suffisant pour pérenniser le système. De la même façon, la réforme de l'assurance-maladie n'empêche pas d'importants déficits.

Dans une situation économique défavorable, le traitement économique du chômage apparaît peu efficace. Devant l'accroissement des situations humaines difficiles, un dispositif cohérent d'aide aux plus démunis a vu le jour mais a créé par la même occasion un statut précaire protégé. On peut également soulever le problème des personnes n'ayant pas du tout accès aux soins et du vieillissement des sans-abris.

*(Traduction)*

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

Bechtel, J. et Duée, M., Les comptes de la protection sociale en 2004, *Etudes et Résultats*, n° 426, 2005.

Bechtel, J., Les comptes de la protection sociale en 2003, *Etudes et Résultats*, n° 345, 2004.

Bechtel, J., et al., Vingt ans de comptes de la protection sociale en France, *Etudes et Résultats*, n° 278, 2003.

Blanpain, N., Les prestations familiales et de logement en 2003, *Etudes et Résultats*, n° 361, 2004.

Bonnardel, C., Les dépenses d'aide sociale des départements en 2001, *Documents de travail*, Série Statistique, n° 46, Drees, 2003.

Boisguérin, B., Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2003, *Etudes et Résultats*, n° 381, 2005.

Boisguérin, B., Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002, *Etudes et Résultats*, n° 239, 2003.

Cazain, S. et Donné, S., Le nombre d'allocataires du RMI au 30 juin 2005, *Etudes et Résultats*, n° 425, 2005.

Charpin, J.-M., *Rapport sur les retraites*, 1999.

Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), *Présentation des grandes lignes du PLFSS 2006*, rapport de septembre, 2005c, <http://www.securite-sociale.fr/secu/finances/ccss/2005/ccss2005.htm>.

Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), *Les comptes la sécurité sociale, résultats 2004, prévisions 2005*, rapport de juin, 2005b.

Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), *Les comptes du régime général en 2004*, n° 2, 2005a.

de Montalembert, M. (dir), *La protection sociale en France, Les notices*, La documentation française, 2004.

Fenina, A. et Geffroy, Y., Les comptes nationaux de la santé en 2004, *Etudes et Résultats*, n° 413, 2005.

Fonds CMU, *Rapport d'activité 2004*, 2005.

Leuridan, C. et Semhoun, M., Réforme du financement des établissements de santé et amélioration de leur gestion, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 50, 2005.

Perben, M., L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2005, *Etudes et Résultats*, n° 415, Drees, 2005.

Raynaud, D., Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance-maladie complémentaire, *Etudes et Résultats*, n° 378, 2005.

Sanchez, J., Evaluation et compensation du handicap en France, *Santé, Société et solidarité*, n° 2, 2005.

Vasselle, A., *Projet de loi relatif à l'assurance-maladie*, Tome 1, Rapport pour le Sénat n° 424, 2004, <http://www.senat.fr/rap/103-424-1/103-424-11.html>.

---

# TABLE DES MATIERES

## L'ÉTAT-PROVIDENCE EN FRANCE DEPUIS LA FIN DES ANNÉES '90

<b>INTRODUCTION</b>	691
<b>1. BRANCHE VIEILLESSE</b>	694
1.1. LES RETRAITES . . . . .	694
1.2. LA DEPENDANCE ET LE HANDICAP . . . . .	696
<b>2. BRANCHE MALADIE</b>	699
2.1. REFORME DE 1996 . . . . .	700
2.2. REFORMES DE 2004 . . . . .	701
<b>3. BRANCHE EMPLOI</b>	703
<b>4. BRANCHE PAUVRETE EXCLUSION</b>	704
4.1. DU RMI AU RMA . . . . .	705
4.2. ACCES AUX SOINS DE SANTE : CMU . . . . .	706
<b>5. BRANCHES MATERNITE - FAMILLE ET LOGEMENT</b>	708
5.1. LES PRESTATIONS FAMILIALES . . . . .	708
5.2. LES AIDES AU LOGEMENT . . . . .	709
<b>6. MONTANT ET STRUCTURE DES RESSOURCES DE LA PROTECTION SOCIALE</b>	710
<b>CONCLUSION</b>	711
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	713

# L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE EN ALLEMAGNE

PAR **ROLAND EISEN**

Université Johann Wolfgang Goethe, Francfort-sur-le-Main, Département économie

## INTRODUCTION

L'environnement de la politique sociale en Europe et plus particulièrement en Allemagne a subi des modifications significatives au cours des dernières années : l'on assiste non seulement à une mondialisation et à une concurrence internationale croissantes (avec une mention spéciale pour la Chine), mais l'élargissement de l'UE opéré en 2004 a également imposé certains changements. Il convient de mentionner par ailleurs les tendances démographiques, où il semble que ces changements (lents) dominent tous les débats politiques. Toutes ces mutations auront des conséquences et un impact majeurs sur la politique sociale et les Etats-providence européens.

En ce qui concerne la période 1997-2002 (1), l'Allemagne a connu un changement de gouvernement (après quasi 16 années passées sous le gouvernement Kohl) combiné à un changement de 'couleurs' de la coalition au pouvoir, qui est passée ainsi de noire-jaune à rouge-verte. En d'autres termes, il conviendrait de parler de deux périodes différentes : 1997-1999 pour le dernier gouvernement Kohl et 1999-2002 pour les deux périodes de législature des gouvernements Schröder. Toutefois, le gouvernement rouge-vert a pris fin lors des élections organisées le 18 septembre 2005. Le laps de temps écoulé entre l'automne 1998 et l'automne 2005 représente dès lors une période distincte de politique économique, sociale et du travail (2).

Ainsi, même lorsque le dernier gouvernement Kohl (encore sous le ministre Blüm) avait initié des réformes (par ex. la politique relative au marché du travail, les soins de santé, les soins de longue durée et les pensions), le gouvernement Schröder a poursuivi sur cette voie et est même allé plus loin encore. En mars 2003 (pendant la deuxième période de législature du gouvernement Schröder), ils ont présenté 'l'Agenda 2010', qui visait à résoudre les problèmes de :

- faible croissance économique ;
- chômage encore (trop) élevé ;
- la dette croissante de l'Etat fédéral.

(1) Titre de cette conférence.

(2) Ce 'problème de périodisation' sera repris dans la conclusion.

Considéré de manière globale, cet 'Agenda 2010' a initié des réformes dans les domaines suivants :

- la sécurité sociale ;
- les marchés du travail ;
- les 'possibilités ou opportunités pour l'avenir de l'Allemagne' telles que
  - 'l'initiative des partenaires dans les innovations' et
  - l'augmentation des budgets consacrés aux grandes organisations de recherche et scientifiques.

Dans la suite du présent document, le débat porte sur la manière dont les deux gouvernements différents (et plus particulièrement les rouges-verts) ont fait face aux besoins d'action requis et sur les retombées de ces réformes. En gardant ce contexte à l'esprit, les objectifs de ces commentaires sont les suivants :

- informer quant aux tendances de l'Etat-providence allemand depuis 8/1997 et aux contextes socio- et macroéconomiques ;
- élaborer une politique du marché du travail ;
- fournir un aperçu critique des réformes introduites dans le domaine des soins de santé
- ainsi que des options de réformes pour l'assurance-dépendance ;
- expliquer la nécessité d'introduire des réformes dans le secteur des pensions ;
- tirer des conclusions générales.

## 1. TENDANCES DE L'ETAT-PROVIDENCE ALLEMAND DEPUIS 1997/98 : CONTEXTES SOCIO- ET MACROECONOMIQUES

---

### 1.1. POPULATION ET DEVELOPPEMENT DEMOGRAPHIQUE

Entre 1982 et 1992, la population de l'Allemagne a augmenté lentement mais de manière constante, pour passer de 78,293 millions à 80,594 millions d'habitants ; tandis que la population de l'Allemagne de l'Est (désormais appelée Nouveaux Bundesländer ou NBL) a diminué entre-temps pour passer de 16,697 à 15,730 millions d'habitants, la population de l'Allemagne de l'Ouest a augmenté pour passer de 61,596 à 64,865 millions d'habitants. Une évolution similaire pouvait être observée entre 1992 et 2002 : de 80,594 à 82,537 globalement ou de 15,730 à 13,584 et de 64,865 à 65,619 millions. Alors que dans la plupart des Länder, le nombre des décès était supérieur à celui des naissances, dans les 'anciens Bundesländer' (ABL) il y avait un surplus d'immigration (sur l'émigration), alors que dans les 'nouveaux Bundesländer' (NBL) le taux d'émigration était plus élevé.

Ce développement était accompagné d'une diminution du nombre de naissances, qui passait ainsi de 865 789 en 1980 à 719 250 en 2002 (resp. de 620 657 à 594 099 dans les ABL et de 245 132 à 96 350 dans les NBL).



**TABLEAU 1 : NOMBRE DE NAISSANCES (EN VIE) POUR 1000 HABITANTS (ALLEMAGNE)**

1950	16,3
1960	17,3
1970	13,5
1980	11,0
1990	11,4
2002	8,7

Source : Statistisches Jahrbuch (annuaire statistique) 2003, p. 68.

Parallèlement à cette diminution du taux de natalité, l'Allemagne affiche également une augmentation significative de l'espérance de vie moyenne à la naissance (et de l'espérance de vie moyenne après 60 ans, par exemple) : pour les hommes, celle-ci est à présent de 74,78 ans et pour les femmes de 80,82 ans, alors que l'espérance de vie d'un homme âgé de 60 ans est en moyenne de 19,25 ans et pour une femme de 23,50 ans.

L'effet conjoint de la réduction significative des taux de natalité et de l'allongement de l'espérance de vie est le 'double vieillissement' rapide de la population allemande : alors qu'en 1990, seulement 21,7 % de la population était âgée de moins de 20 ans, 57,9 % était âgée entre 20 et 60 ans, 16,6 % entre 60 et 80 ans et 3,8 % étaient âgées de 80 ans et plus ; ces chiffres ont changé jusqu'en 2002, pour passer à 20,7 %, 54,9 %, 20,3 % et 4,1 %.

**TABLEAU 2 : ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE – ET ENTRE PARENTHESES ESPERANCE DE VIE APRES 60 ANS**

	Pour les hommes			Pour les femmes		
	Allemagne	ABL	NBL	Allemagne	ABL	NBL
1901/10	44,82 (13,14)			48,3 (14,17)		
1932/34	59,86 (15,11)			62,81 (16,07)		
1949-51	.	64,56 (16,20)		68,48 (17,46)		
1952/53	.	.	65,06 (15,99)			69,07 (17,75)
1998/2000	74,78 (19,25)	75,08 (19,39)	73,48 (18,57)	80,82 (23,50)	80,93 (23,62)	80,35 (23,01)

Source : Statistisches Jahrbuch (annuaire statistique) 2003, p. 72.

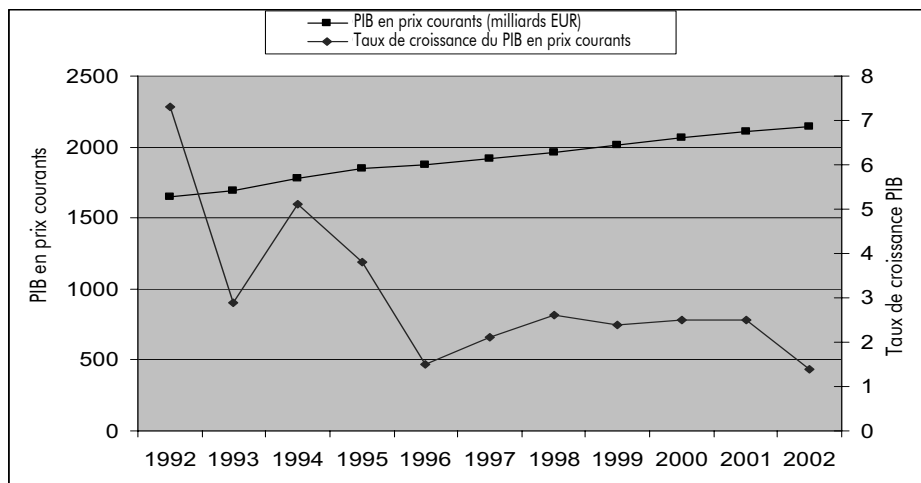
De même, le 'coefficient jeunes' (3) a augmenté pour passer de 37,5 en 1990 à 38,3 en 2000 et se situe, en 2002, à approximativement 37,3 ; le 'coefficient âge' (4) en revanche a augmenté pour passer de 35,2 en 1990 à 44,3 en 2002 (Sommer/Voit, 2004, p. 1404).

Vu ces tendances relatives aux taux de natalité et à l'espérance de vie (et certaines suppositions relatives à l'immigration et à l'émigration), plusieurs variantes peuvent être calculées (5) en ce qui concerne l'évolution de la population ainsi que le 'coefficient jeunes' et le 'coefficient âge', variantes qui varient d'un coefficient âge qui est à présent de 44,3 à 70 à 90 en 2050, et un coefficient jeunes qui est actuellement de 38,3 à un coefficient inférieur d'approximativement 30.

## 1.2. CROISSANCE ECONOMIQUE

Depuis 1992, le PIB en prix courants a augmenté de manière quasi régulière, comme l'illustre la figure 1. Toutefois, les taux de croissance annuels révèlent qu'il existe encore un cycle économique. Cette même image est obtenue lorsque l'on utilise le PIB dans les prix de 2000. Les chiffres illustrent qu'après le 'boom de la réunification' entre 1989 et 1992, le taux de croissance annuel a varié de quelque 2 pour cent. Pendant plus de 6 ans, l'économie allemande doit faire face à de faibles taux de croissance et à un cycle économique superficiel. Les principales conséquences sont le fait que ces chiffres sont quasi toujours inférieurs au 'seuil d'emploi', donnant lieu à un chômage à la hausse (ou du moins pas à la baisse) et à une augmentation des dépenses sociales.

**FIGURE 1 : PIB POUR L'ALLEMAGNE, 1992-2002, EN PRIX COURANTS ET TAUX ANNUELS DE CROISSANCE**

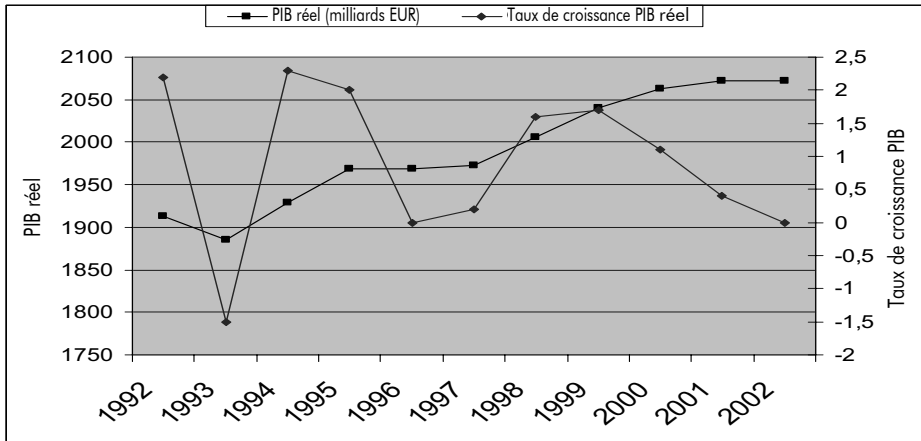


Source : Bureau fédéral des statistiques ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)).

(3) Défini comme étant le pourcentage des personnes de moins de 20 ans par rapport à 100 personnes âgées entre 20 et 60 ans.

(4) Défini comme étant le pourcentage des personnes âgées de 60 ans et plus par rapport à 100 personnes âgées entre 20 et 60 ans.

(5) Pour une synthèse, cf. Sommer (2003).

**FIGURE 2 : PIB POUR L'ALLEMAGNE, 1992-2002, EN PRIX DE 2000 ET TAUX ANNUELS DE CROISSANCE**

Source : Bureau fédéral des statistiques ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)).

### 1.3. DEPENSES SOCIALES, 1992-2002

Avant d'aborder plus en détail le développement de certains secteurs de la politique sociale, les chiffres ci-après fournissent un aperçu de l'évolution des dépenses sociales globales et par fonction. Le tableau 3 révèle une augmentation constante des dépenses sociales par fonction.

Le tableau 3 révèle une augmentation constante des dépenses sociales pour ces fonctions, mesurées également sous la forme d'un pourcentage du PIB ! Alors que les dépenses relatives aux pensions, à la famille et au mariage ont augmenté de manière constante au cours de cette période (1995-2002) en points de pourcentage des dépenses totales et du PIB, les dépenses de santé et celles liées aux politiques du marché du travail sont demeurées quasi constantes (en tant que partie des dépenses sociales). Seules les 'autres fonctions' ont connu une légère diminution.

Les dépenses liées aux pensions constituent encore la principale composante des dépenses sociales, suivies toutefois par les dépenses de santé. La composition du financement de la sécurité sociale a également connu une légère modification : la composante de l'Etat augmente de manière constante, comme illustré au tableau 4.

**TABLEAU 3 : DEPENSES SOCIALES PAR FONCTION, PLUSIEURS ANNEES, EN MILLIONS EUR ET % DU PIB**

	1995	1998	2001	2002
Famille et mariage	73.248	87.304	97.125	101.073
en % du PIB	3,99	4,49	4,64	4,77
en % de la protection sociale	13,02	14,41	14,66	14,80
Soins de santé	201.028	207.239	228.551	233.268
en % du PIB	10,96	10,65	10,92	11,00
en % de la protection sociale	35,74	34,20	34,49	34,15
Politique du marché du travail	56.450	59.984	61.846	66.686
en % du PIB	3,08	3,08	2,96	3,14
en % de la protection sociale	10,04	9,90	9,33	9,76
Pensions	210.400	229.798	253.209	260.102
en % du PIB	11,47	11,81	12,10	12,26
en % de la protection sociale	37,40	37,92	38,22	38,08
Autres fonctions	21.403	21.678	21.839	21.907
en % du PIB	1,17	1,11	1,04	1,03
en % de la protection sociale	3,80	3,58	3,30	3,21
Protection sociale globale	562.528	606.002	662.570	683.036
en % du PIB	30,66	31,16	31,67	32,21

Source : Bureau fédéral des statistiques ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)).**TABLEAU 4 : FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE (EN MILLIONS EUR)**

	1999	2000	2001	2002	2003
Revenu total	648.886	662.176	680.980	697.527	705.809
Cotisations des travailleurs	170.168	173.969	176.214	179.062	183.063
Cot. trav. en % du rev. tot.	26,22	26,27	25,88	25,67	25,94
Cotisations patronales	224.020	227.829	241.307	242.484	237.735
Cot. patr. en % du rev. tot.	34,52	34,41	35,44	34,76	33,68
Etat	237.546	242.340	248.396	262.995	272.737
Etat en % du rev. tot.	36,61	36,60	36,48	37,70	38,64
Autres revenus	17.151	18.039	15.063	12.986	12.274
Total des dépenses	629.335	645.637	662.585	685.091	694.427

Source : Annuaire statistique, plusieurs années Bureau fédéral des statistiques (edi).

#### 1.4. EMPLOI ET CHOMAGE, 1992-2002

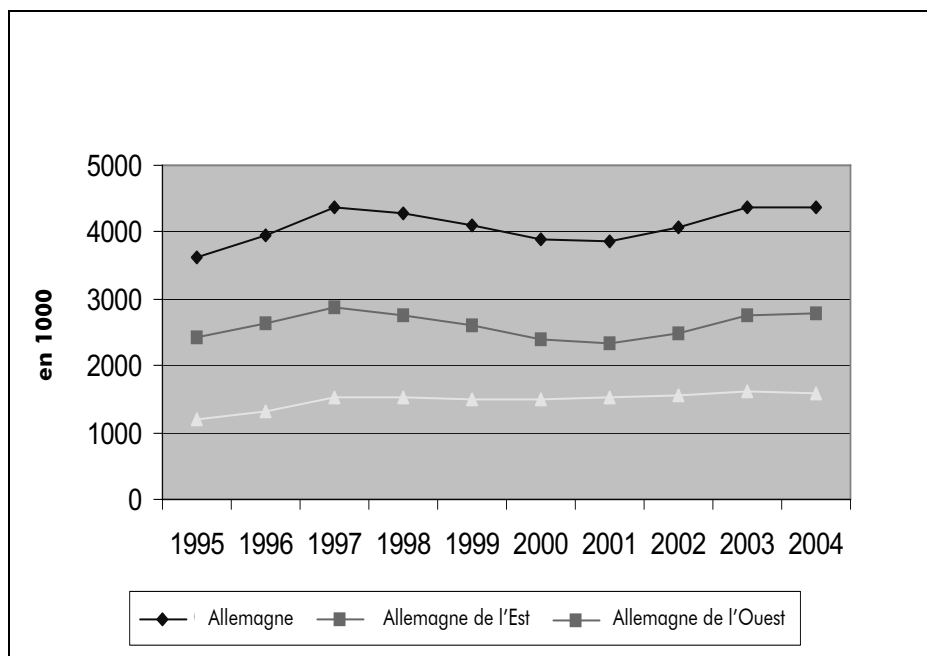
Comme dans les années 1980 (cf. figure 2 dans Eisen, 2002, p. 285), la croissance du PIB était accompagnée d'un déclin continu de la demande de travail - en dépit de l'augmentation du nombre de places vacantes. Cette conjoncture résulte de la combinaison d'une augmentation de la participation des femmes au marché de l'emploi ainsi que d'une balance positive pour les émigrants vis-à-vis de la diminution de la main-d'oeuvre pour cause de vieillesse. Le chômage a néanmoins diminué lentement entre 1997 et 2004. Toutefois, comme illustré à la figure 3, cette évolution a connu une importante partie cyclique (du moins dans les NBL). Si l'on y ajoute le 'chômage caché', à savoir les personnes employées à temps partiel ou concernées par des mesures d'emploi financées par l'Etat (ex. ABM = mesures d'emploi) ou par des programmes de formation à l'emploi, voire des personnes ayant opté pour la pension anticipée, l'on obtient également un chiffre plus ou moins constant à partir de 1997 jusqu'au 2003/2004 (cf. tableau 5 et figure 4). Des propositions introduites par la commission Hartz ont été accompagnées d'une réduction importante des 'mesures pour l'emploi' en 2002/2003 ainsi que des formations à l'emploi.

L'importance de certaines réformes relatives à des emplois à faible revenu (ou 'geringfügige Beschäftigte') pour le développement de l'emploi et le volume de l'emploi est difficile à estimer ou à évaluer, mais il existe certains mouvements structurels : les proportions d'écoliers/étudiants et de pensionnés diminuent, laissant comprendre que ces réformes ont touché également d'autres groupes. En avril 2003, de nouvelles réformes ont été édictées (6) en matière de mini-jobs (jusqu'à 400 EUR à l'heure actuelle) et de midi-jobs (payés entre 400 et 800 EUR). Cf. figure 5 pour un aperçu à partir de décembre 2003.

De même, la proportion du chômage de longue durée est quasi constante alors que les chômeurs de plus de 55 ans ainsi que ceux n'ayant pas suivi une formation institutionnelle ou professionnelle sont surreprésentés (cf. SVR, 2003, p. 207).

---

(6) Pour une évaluation, cf. Bundesagentur für Arbeit (Agence fédérale du travail, 2004).

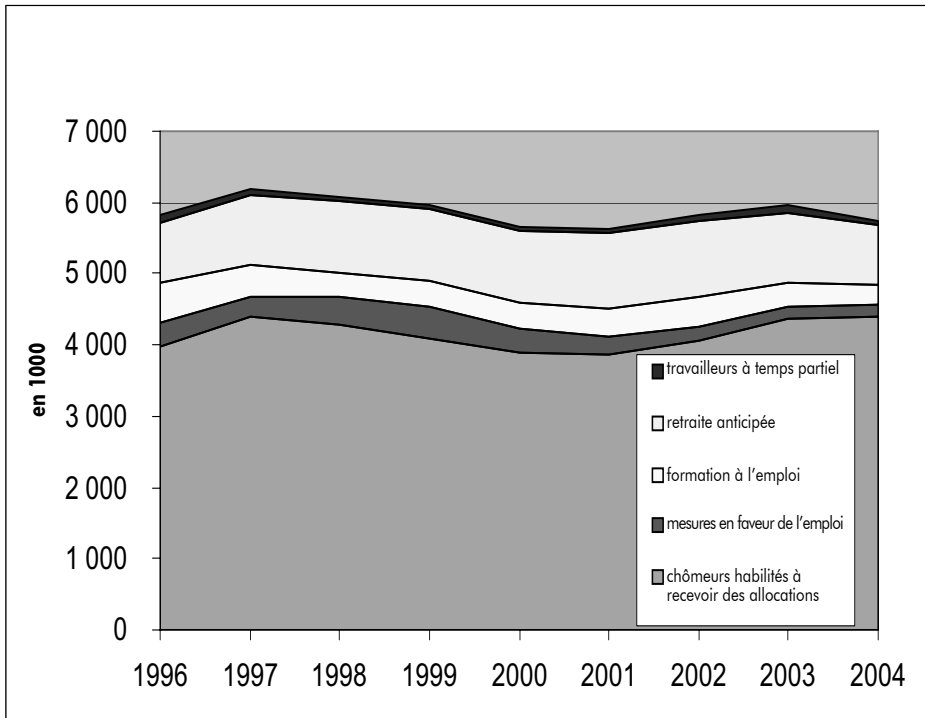
**FIGURE 3 : LE CHOMAGE EN ALLEMAGNE**

 Source : Agence fédérale du travail ([www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de)).

**TABLEAU 5 : CHOMAGE ET CHOMAGE CACHE, POUR 1000 PERSONNES**

	Chômeurs indemnisés	Chômage caché			
		Mesures pour l'emploi	Formations à l'emploi	Pension anticipée	Travailleurs à temps partiel
1996	3.965	354	556	831	112
1997	4.384	302	443	965	80
1998	4.281	385	350	1.018	53
1999	4.100	430	360	1.026	50
2000	3.890	337	352	1.021	46
2001	3.853	263	406	1.042	59
2002	4.061	208	405	1.061	88
2003	4.377	148	347	995	86
2004	4.382	175	277	844	74

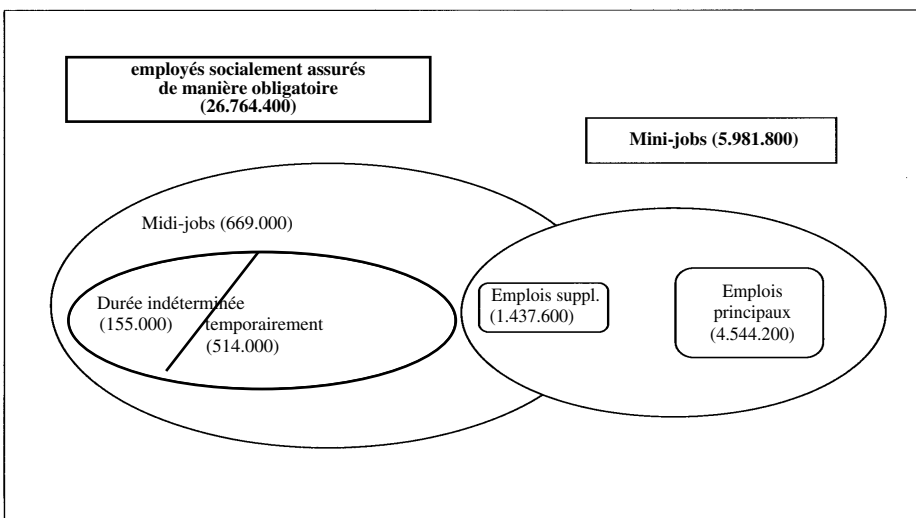
Source : SVR, Jahresgutachten 2005/06, tableau 16.

**FIGURE 4 : CHOMAGE ET CHOMAGE CACHE EN ALLEMAGNE (1996-2004)**



Source : SVR, Jahresgutachten 2005/06.

**FIGURE 5 : MINI- ET MIDI-JOBS (ALLEMAGNE, DEC. 2003)**



Source : Bundesagentur für Arbeit (Agence fédérale du travail), 2004, p. 6.

## 2. POLITIQUE DU MARCHÉ DU TRAVAIL

---

En Allemagne, un remède au chômage a été cherché dans le secteur des emplois à bas revenu. Il conviendrait dès lors d'aborder le problème de la 'dispersion des salaires dans la tranche supérieure et inférieure' en tant que moyen d'atteindre le plein emploi. Certaines réformes du marché du travail ont été initiées grâce à la 'Loi relative à l'amélioration (du marché) de l'emploi' (et ensuite le Code social III) de décembre 1997. La discussion s'est focalisée sur les '630-DM-jobs' : créer des emplois à bas salaire est susceptible d'augmenter le niveau de l'emploi, comme l'illustre l'exemple des E.-U. et des Pays-Bas. Toutefois, ce modèle n'a pas rencontré un franc succès (cf. par. 1.4 et figure 5). C'est pourquoi, la loi Job AQTIV a été édictée début 2002 [AQTIV = Activer, qualifier, former, investissement et placement], qui a jeté pour la première fois les bases d'une nouvelle orientation de la politique du marché du travail.

A l'issue des élections fédérales de 2002, le deuxième gouvernement rouge-vert (arrivé pour la première fois au pouvoir en octobre 1998) décidait de procéder différemment en instaurant la commission Hartz, en référence au directeur des ressources humaines de VW, Peter Hartz, qui avait introduit alors plusieurs propositions (cf. commission Hartz, 2002), qualifiées ultérieurement de réformes Hartz I-IV, édictées partiellement, en janvier et avril 2003 ; la deuxième partie était initiée en 2005. Toutefois, depuis janvier 2005, des 'améliorations' ont également été édictées (7).

Les réformes reposaient sur une idée réellement impressionnante : encourager et exiger ('Fördern und Fordern') - le chômeur est tenu de s'impliquer activement avant d'obtenir de l'aide ! Les objectifs étaient la réduction du chômage et la diminution des coûts salariaux indirects !

Alors que la loi Hartz I faisait référence à la bureaucratie du travail - changer les noms de 'Amt' et 'Anstalt' en 'Agentur' (agence) et donner aux sociétés privées le droit de placer des travailleurs (appelées également des Agences de services personnels, PSA) -, la loi Hartz II a introduit le 'Ich-AG' ou le 'ME plc'. En principe, il s'agit d'un subside permettant aux anciens chômeurs de créer de nouvelles entreprises. Ce subside s'élève à 600 EUR par mois au cours de la première année, 360 EUR pour la deuxième et 240 EUR pour la troisième année suivant la création de sa propre entreprise. Après un démarrage lent en 2003, l'opération semblait être un véritable succès à la mi-2004 (cf. pour une évaluation précoce Jann/Schmid, 2004). La loi Hartz IV est entrée en vigueur en janvier 2005 et fut l'objet d'un débat sanglant. L'idée sous-jacente des prestations du travail pour les chômeurs (ALG II) consiste à combiner les prestations sociales et les prestations du travail ou du chômage aux prestations d'aide sociale qui atteignent à présent un niveau (très) bas. L'idée

---

(7) Pour un aperçu complet des propositions de la Commission et leur mise en œuvre effective, cf. Jann/Schmid (2004).



de base est que la différence entre les prestations de chômage et aide sociale doit être suffisamment faible pour contraindre les personnes à chercher activement un emploi (8).

Cette modification des prestations financières a été combinée également à d'autres modifications plus administratives ! Par exemple, les nombreuses agences fédérales pour l'emploi inefficaces et coûteuses et les bureaucraties sociales communales ont été transformées en des services d'orientation plus intensive des chômeurs avec l'aide d'un 'conseiller personnel' !

K. Zimmermann [Président de DIW, Berlin, et Directeur général de IZA (Institut pour l'avenir de l'emploi), Bonn] a qualifié ce processus de 'révolution par étapes' ou 'à tempérament' ! L'idée de base ici est 'inévitable et juste' (cf. Zimmermann (2005), p. 5) ! A mon sens, il s'agit là du projet de réforme le plus ambitieux mené sur le marché du travail allemand depuis la deuxième guerre mondiale. Toutefois, davantage de temps sera nécessaire pour évaluer ces changements de politique. Néanmoins, après une augmentation statistique du chômage, due au fait qu'à l'heure actuelle, un groupe important de bénéficiaires de prestations sociales a été qualifié de 'chômeurs', les chiffres indiquent une légère augmentation de l'emploi.

La figure 6 et le tableau 6 illustrent l'évolution du chômage selon différents types dans les ABL et les NBL. Les 'différences structurelles' sont clairement visibles !

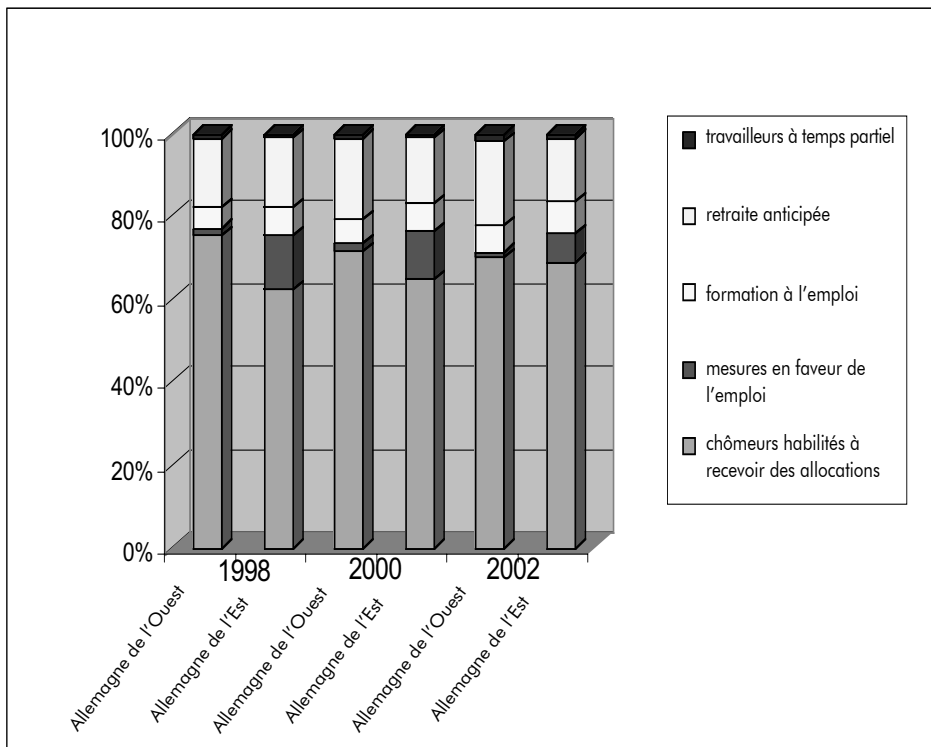
**TABLEAU 6 : CHOMAGE (Y COMPRIS DES MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI), 1000 PERSONNES**

		Chômeurs indem- nisés	Mesures pour l'emploi	Forma- tions à l'emploi	Pension anticipée	Travailleurs à temps partiel
1998	Allem. de l'Ouest	2.752	60	187	607	34
	Allem. de l'Est	1.529	325	163	413	18
2000	Allem. de l'Ouest	2.381	63	198	646	32
	Allem. de l'Est	1.509	274	154	375	14
2002	Allem. de l'Ouest	2.498	45	232	720	64
	Allem. de l'Est	1.563	162	174	341	23

Source : SVR, Jahresgutachten 2005/06, tableau 16.

(8) Note à l'intention de l'assurance-chômage allemande : en vertu de Hartz-III, les prestations d'assurance sont payées pour une période de 12 mois (excepté pour les personnes de plus de 56 ans, qui sont versées pendant 18 mois). A l'issue de cette année, une prestation sociale de chômage, en fonction des revenus, était payée et financée par des taxes. Cette prestation restait cependant axée sur le revenu du dernier emploi. La situation a changé de manière considérable à l'heure actuelle !

**FIGURE 6 : NIVEAU GLOBAL DU CHOMAGE (Y COMPRIS LES MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI) EN ALLEMAGNE DE L'EST ET DE L'OUEST**



Source : SVR, Jahresgutachten 2005/06.

### 3. APERCU CRITIQUE DES REFORMES DES SOINS DE SANTE

Dans Eisen (2002), nous avons indiqué le volume et la vitesse des 'lois de réforme' dans l'assurance maladie sociale (AMS) : depuis 1977, lors de l'édiction de la première 'loi relative à la maîtrise des dépenses', quelque 50 lois contenant plus de 7000 paragraphes ont été édictées, avec la dernière loi mentionnée de 1999 (loi visant à renforcer la solidarité dans l'assurance maladie sociale). Depuis, différentes lois ont été promulguées, en commençant par la 'Loi sur la réforme de la santé 2000' de Madame la ministre Fischer, contenant des idées nouvelles et intéressantes. Toutefois, cette loi n'a donné lieu qu'à un 'maigre package' (selon le Frankfurter Allgemeine du 1er décembre 1999). L'un dans l'autre, l'on peut dire que la politique traditionnelle de maîtrise des coûts se caractérisait par une contradiction entre l'objectif global de maîtrise des dépenses ou - telle qu'on la qualifiait - de la 'stabilité du taux de cotisation' et les incitants financiers accordés à l'acteur individuel ! Toutefois, le mécanisme (complet) d'assurance garantit presque le fait que les inducteurs

de coûts tels que l'âge, les progrès de la technologie médicale et les majorations des prix des services médicaux et paramédicaux ainsi que des médicaments, n'étaient pas reliés (9). En dépit d'une augmentation significative des dépenses (cf. tableau 7), les proportions sont restées quasi fixes – la principale exception concernait les pharmacies (cf. tableau 7).

Toutefois, la 'loi structurelle sur la santé' édictée en 1992 a initié un processus plus approfondi de changements de l'assurance maladie sociale, suivis par la 'troisième étape' de la coalition 'noire-jaune' de juillet 1996 (clairement visible à la figure 7) ainsi que par la loi sur la santé SHI édictée par le gouvernement rouge-vert. Avec ces changements, de nouveaux instruments politiques ont été instaurés (cf. également Gerlinger (2003) :

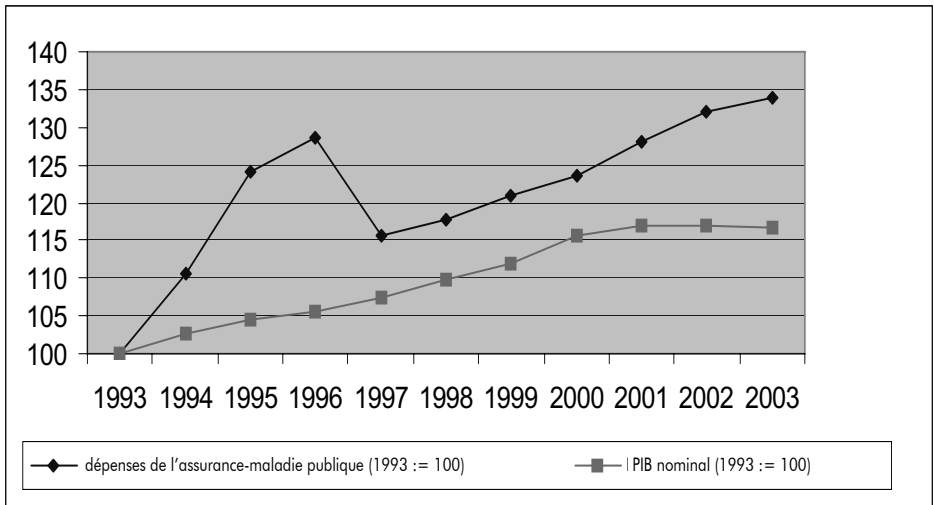
- libre choix des fonds d'assurance-maladie. Le taux de cotisation est devenu un paramètre décisif de la concurrence entre les fonds de maladie afin d'attirer de nouveaux membres ;
- l'introduction de paiements fixes comme un moyen de payer les prestataires de services a produit des incitants pour réduire les services (ou la qualité) pour le patient individuel (ou du moins pour fixer certaines limites au-delà desquelles aucun service n'était rémunéré) ;
- de nombreux autopaiements ou copaiements ont été introduits, initiant ainsi une 'privatisation' des coûts des traitements dans l'AMS, plus particulièrement les prothèses dentaires pour les moins de 18 ans étaient exemptés ;
- en outre, il s'agit pour les fonds de maladie, d'une liberté d'agir accrue à l'égard des prestataires de services, plus particulièrement de la possibilité de conclure des contrats avec des groupes spéciaux de médecins (et pas uniquement avec la *Kassenärztliche Vereinigung (KV)*, association des médecins des fonds de maladie) en tant qu'association ayant le monopole régional) ou de rompre des contrats conclus avec des hôpitaux individuels.

**TABLEAU 7 : DEPENSES DE SANTE PAR FONCTION 1996, 1999, 2002 (EN MILLIONS EUR ET EN % DU TOTAL)**

Type de dépenses	1996		1999		2002	
	Millions EUR	En % du total	Millions EUR	En % du total	Millions EUR	En % du total
Soins ambulatoires	52.630	26%	56.498	26%	61.470	26%
Soins hospitaliers	78.604	39%	83.654	39%	90.031	38%
Pharmacies	24.854	12%	27.755	13%	32.275	14%
Dentistes	14.404	7%	13.884	6%	14.797	6%
Santé publique	3.095	2%	3.716	2%	4.410	2%
Administration	11.020	5%	12.254	6%	13.623	6%
Investissements	7.198	4%	6.188	3%	6.614	3%
Autres	11.149	5%	10.580	5%	11.746	5%
Total	202.953	100%	214.527	100%	234.967	100%

Source : Annuaire statistique 2005, Bureau fédéral des statistiques.

(9) Cf. également l'étude de Breyer/Ulrich (2000).

**FIGURE 7 : AUGMENTATION DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE C/ PIB**

Source : Bureau fédéral des statistiques ([www.destatis.de](http://www.destatis.de)).

Thomas Gerlinger (2003) estime que trois phases de la politique de santé du gouvernement rouge-vert peuvent être identifiées : (1) entre 1998 et 2000, certaines des mesures de privatisation du gouvernement noir-jaune ont été réduites et un projet de réforme propre a incité à une modernisation de la relation contractuelle et des structures des fournisseurs, combinée à une maîtrise des coûts et des améliorations qualitatives ; (2) dans une deuxième phase (2001-2002), la coalition rouge-verte a réinitié la concurrence entre les fonds de maladie ainsi que l'égalisation de la structure des risques afin de corriger certaines erreurs manifestes. En outre, cette coalition a exigé des réductions de prix de la part des pharmaciens, des grossistes et des producteurs pharmaceutiques; les médecins et les hôpitaux ont été contraints de pratiquer des 'consultations gratuites' ; la limite de revenus pour l'assurance obligatoire a été revue à la hausse ; (3) depuis 2003, Madame la ministre de la Santé, Ulla Schmidt, privilégie une très ambitieuse 'loi sur la modernisation de l'assurance maladie', qui initie une distribution beaucoup plus importante du financement entre les employeurs et les employés ou les patients par rapport aux deux phases précédentes ! Cela a pris un certain temps, mais à présent, en 2004, la 'loi sur la modernisation de l'assurance-maladie' a été votée au parlement ! Toutefois, les réactions du public ont été surprenantes, plus particulièrement contre ce que l'on a qualifié de ticket modérateur de 10 EUR (payables lors de chaque consultation) ainsi que la cotisation aux pensions d'employeur ! Malgré tout, la loi sur la modernisation a été critiquée et qualifiée de petite 'évolution' ne prenant pas en compte les 'problèmes structurels de base' du côté des dépenses ainsi que des cotisations – une discussion qui, jusqu'à présent, a toujours été reportée. Cependant, les deux positions extrêmes sont claires : alors que la coalition rouge-verte favorisait une 'assurance

des citoyens' (destinée à l'ensemble des personnes et pour tous les revenus) (cf. par ex. Strengmann-Kuhn (2005)), l'opposition noire-jaune favorisait un 'impôt de capitation' (appelée 'prime santé') avec redistribution par des taxes (10).

Permettez-moi de ne mentionner que les grandes lignes de cette loi sur la modernisation de l'assurance-maladie :

- changements liés au financement et annulation des prestations 'étrangères à l'assurance' ou 'externes' (telles que la stérilisation, les paiements en cas de décès) ;
- un subside fédéral sera payé par une augmentation de la taxe sur le tabac, calculée à approximativement 1 milliard EUR en 2004, environ 2,5 milliards EUR en 2005 et 4,2 milliards EUR en 2006. Cela signifie, en revanche, une nouvelle position par rapport au cofinancement ;
- les prothèses dentaires doivent - à partir de 2002 - faire l'objet d'une assurance distincte ;
- les paiements pour maladie seront financés par un pourcentage additionnel de 0,5 pour cent au taux de cotisation (ce point est particulièrement controversé, je n'y toucherai pas !) ;
- les copaiements sont augmentés, en général de 10 % de la valeur, au minimum de 5 EUR, mais avec un plafond de seulement 10 EUR. A ce niveau, il existe - comme déjà mentionné - un ticket modérateur de 10 EUR pour la première visite sur trois mois d'un médecin ambulatoire ou d'un dentiste. L'idée consiste à réduire les consultations médicales en cas d'affection insignifiante ou mineure (ou cas mineurs) ;
- taux de cotisation complet des retraités ;
- réformes des marchés pharmaceutiques (ex. tarifs fixes pour certains médicaments), nouvel Institut pour la qualité et l'économie dans le secteur de la santé, qui entreprendra des analyses beaucoup plus rentables ; une diminution du nombre de règles imposées aux pharmacies ; la rémunération des pharmacies est soumise à une nouvelle réglementation ;
- aucune liste positive n'existera ;
- le développement de coûts administratifs des fonds de maladie est fixé à l'augmentation salariale ;
- les bénéficiaires sociaux seront membres d'un fonds de maladie ; ils peuvent également opter pour un tel fonds ; toutefois, il n'y aura aucune cotisation, le fournisseur de prestations paiera les fonds de maladie pour ses dépenses ;
- pour des groupes spécifiques d'assurés, les fonds de maladie peuvent introduire des bonis ou des copaiements ou des taux de coassurance ;
- il y aura un changement du système de rémunération des médecins, réglementée par le biais de processus de négociation entre les syndicats des fonds de maladie et le syndicat régional des médecins de Caisse (KV) ;
- le point le plus intéressant est le fait qu'il sera possible de réadapter le volet des fournisseurs (à savoir les soins intégrés et d'autres 'formes intégrées de prestations de services', ou des centres de prestations par médecins situés à l'hôpital ou en dehors ou ce que l'on appelle également le 'modèle du médecin de famille').

(10) Pour un aperçu de ces propositions de réforme, cf. Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003).

#### 4. OPTIONS DE REFORME POUR LES SOINS DE LONGUE DUREE (L'ASSURANCE-DEPENDANCE)

Depuis mai 1994, il existe en Allemagne une assurance sociale pour soins de longue durée, édictée en deux étapes (cf. Eisen, 2002, pp. 290-294). Cette loi (SGB = Sozialgesetzbuch XI, Code social XI) a subi entre-temps plusieurs amendements mineurs.

Ici également, alors que le parlement a initié plusieurs réformes, 'mineures' selon les critiques, la 'réforme structurelle' est toujours à l'ordre du jour :

- Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG ou Loi SLD sur la qualité) de 2001 ;
- Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG ou loi de l'assurance-dépendance) de 2001 ;
- et plusieurs décisions de la Cour fédérale de justice sociale ainsi que la décision de la Cour fédérale constitutionnelle (Bundesverfassungsurteil vom 3.4.2001/1BvR1629/94).

L'évolution des faits et des chiffres, plus particulièrement en ce qui concerne les limites entre l'aide sociale et l'assurance-dépendance est illustrée au tableau 8.

En dépit de ces réformes et lois, l'assurance-dépendance est (encore) basée sur une notion très technique de l'assurance-dépendance, et d'importantes différences demeurent entre les objectifs de la réforme de l'assurance-dépendance en 1995/1996 et les résultats.

Trois problèmes peuvent être identifiés :

- premièrement, l'objectif de l'assurance-dépendance, à savoir réduire ou éliminer la dépendance des bénéficiaires par rapport à l'aide sociale (AS), n'a été atteint que partiellement. Le tableau 8 illustre clairement le changement entre l'AS et l'assurance-dépendance. Toutefois, depuis que les prestations sont fixées et payées selon seulement trois degrés de gravité et ne se réfèrent qu'à des coûts de soins purs et non à des 'coûts d'hôtel' et des dépenses d'investissement, la valeur réelle des prestations diminue. Cela signifie, en revanche, que la personne nécessitant des soins ou sa famille voire une AS doit payer la partie restante (en augmentation) ;
- deuxièmement, la définition de l'assurance-dépendance se base sur une notion technique très restreinte de soins référant uniquement à des activités de base et instrumentales de la vie quotidienne (l'P-ADL et I-ADL). Cela implique en revanche qu' - en dépit de la loi supplémentaire sur les prestations familiales SLD (PflEG) - la situation des personnes souffrant d'une maladie mentale avec des besoins aggravés de soins n'est toujours pas meilleure ;
- troisièmement, il existe trois forces motrices cachées augmentant les dépenses : (1) le manque de dynamique des prestations par rapport aux augmentations des prix, en d'autres termes, l'absence d'indexation des prestations ; (2) les différents

niveaux de prestations en espèces et en nature et entre les différents soins ambulatoires et hospitaliers et les modifications des taux de participation ; (3) l'augmentation de la proportion de personnes âgées (de plus de 65 ans) parmi la population et la corrélation élevée entre les besoins de l'assurance-dépendance et l'âge. Il est même possible d'identifier une quatrième force : les progrès techniques et médicaux enregistrés également dans les modes de fourniture des soins (11).

**TABEAU 8 : DEPENSES ET REVENUS DE L'ASSURANCE SLD (SOCIALE) ET L'AIDE SOCIALE ('AIDE DE SOINS') EN MILLIONS EUR**

Année	Dépenses brutes						Revenus	Dépenses nettes
	Total	en particulier						
		Totalité	Soins ambulatoires		Soins hospitaliers	Administration et autres dépenses		
			Prestations					
		En espèces	En nature					
Assurances LSD sociale								
1995	5 295	4 718	3 073	1 644	–	577	9 002	– 3 706
1996	10 932	7 498	4 385	3 113	2 788	647	12 445	– 1 513
1997	15 132	7 686	4 333	3 353	6 503	943	15 900	– 768
1998	15 823	7 785	4 277	3 508	7 029	1 009	16 083	– 260
1999	16 357	8 187	4 227	3 960	7 169	1 002	16 356	1
2000	16 718	8 224	4 201	4 023	7 472	1 022	16 523	195
2001	16 890	8 105	4 134	3 971	7 745	1 040	16 843	47
2002	17 345	8 235	4 152	4 083	8 009	1 101	16 917	428
Aide sociale – "aide de soins"								
1994	9 062	879	586	293	8 183	–	2 463	6 599
1995	8 934	590	284	307	8 344	–	2 670	6 264
1996	7 100	464	150	313	6 636	–	2 277	4 823
1997	3 500	404	135	269	3 095	–	991	2 509
1998	3 001	415	130	284	2 586	–	717	2 284
1999	2 901	439	124	315	2 461	–	581	2 320
2000	2 876	439	119	319	2 438	–	569	2 308
2001	2 905	481	126	355	2 424	–	556	2 349
2002	2 943	506	162	344	2 436	–	522	2 421

Source : Hausteil et al. (2004, S. 205).

La réforme 'structurelle' nécessaire (12) doit dès lors faire face à trois éléments :

- la notion de l'assurance-dépendance (pas uniquement pour l'ADL P et I) combinée à une extension des trois niveaux de l'assurance-dépendance ;
- la dynamisation (ou l'adaptation) des prestations selon le taux d'inflation des services de l'assurance-dépendance ;
- un 'financement durable' des dépenses liées à l'assurance-dépendance à la lumière des changements démographiques à venir (et des extensions des prestations, conformément aux points (1) et (2)).

(11) Pour de plus amples informations, cf. Eisen (2005) ou Eisen (2006).

(12) Pour un agenda des réformes cf. Eisen (2005) ou Eisen (2006).

## 5. **NECESSITE D'INTRODUIRE DES REFORMES DANS LE SECTEUR DES PENSIONS**

En Allemagne, une nouvelle discussion a été initiée au sujet des pressions accompagnant l'élargissement de l'Europe et la mondialisation ainsi que le 'double vieillissement' de la société. Ces développements seront accompagnés d'une augmentation des charges pour le système de sécurité sociale. Ces changements forceront-ils également l'État-providence européen à changer ? Pour se préparer à ces changements, l'une des idées avancées était de réduire le premier pilier (13) du système des pensions et d'introduire de nouveaux incitants visant à accroître le troisième (ou deuxième (14)) pilier grâce à une subvention et initier un processus tel que la privatisation ou l'apport en capitaux. Le nouvel instrument portait le nom du ministre du Travail et de la Sécurité sociale de l'époque (Walter Riester), à savoir la Riester-pension (Riester-Rente). Il faisait partie de la réforme des pensions de 2001, de la loi sur la fortune des personnes âgées (Altersvermögensgesetz ; édictée en juin 2001).

outefois, ces trois composantes - (a) la réduction des prestations de pension légale, (b) l'encouragement d'actions privées et (c) basées sur l'employeur - sont intimement liées.

L'idée de base de la pension Riester est relativement simple : au lieu d'augmenter le taux des cotisations, les travailleurs et leurs employeurs pourraient investir 4 % des salaires (cotisations) dans des fonds spéciaux. Ces fonds doivent garantir les cotisations payées, en d'autres termes, il existe un taux d'intérêt minimal ou garanti (comme pour les polices d'assurance-vie) de zéro. Parallèlement, pour ne pas augmenter le taux de cotisation, une majoration de 1 % de la taxe sur la valeur ajoutée a été décidée afin de soutenir le financement du système des pensions.

L'objectif de la réforme des pensions de 2001 était de fixer le taux de cotisation jusqu'en 2020 à 20 % et jusqu'en 2030 à 22 % du revenu salarial. Pour atteindre ces objectifs, le niveau de pension nette (à savoir le 'taux de remplacement du revenu d'un pensionnaire indicatif ayant 45 années de cotisations') est réduit en dessous de la valeur de l'année 2000 avec 70 % du revenu net (15). En revanche, l'augmenta-

(13) Le système allemand des pensions est en pratique un système à pilier unique en raison des tailles relatives : quelque 85 % c/ 5 % et 10 % pour le deuxième et le troisième piliers respectivement.

(14) Il est bon d'observer que les syndicats et les organisations patronales ont utilisé ces options dans les nouveaux traités afin de renforcer également le deuxième pilier ! Toutefois, le financement public est affecté par la possibilité de 'payer les rémunérations ou les salaires' sans payer de cotisation de sécurité sociale.

(15) La formule de pension constitue une relation entre le taux de cotisation et le niveau des pensions. Si la relation entre les cotisants et les pensionnés change, il convient d'apporter des adaptations ! Et il s'agit là d'un problème de distribution : soit le niveau de la pension est fixe, et les cotisants doivent alors supporter la charge. Soit les taux des cotisations sont fixes, et ce sont les pensionnés qui supportent le poids. Une combinaison des deux est également possible.

La réforme de 1992 a introduit le 'principe du calcul net' : toute majoration des cotisations réduit le revenu net et donc l'augmentation des pensions. En outre, le subside de l'Etat a augmenté jusqu'à 30 %.



tion du niveau des pensions sera réduite pour les 30 prochaines années. La nouvelle 'formule d'adaptation' conduit à une augmentation inférieure des pensions par rapport aux salaires nets. Ainsi, le 'niveau des pensions nettes' tombera jusqu'en 2030 à un niveau inférieur à 64 % ou – si l'on tient compte de la nouvelle Riester-pension privée – aux alentours de 67,3 %. La pension sera néanmoins inférieure de 8 % en 2030, avec l'introduction de la nouvelle réforme des pensions (16).

L'un dans l'autre, les critiques estiment qu'avec cette réforme Riester de 2001, une substitution partielle de l'assurance-pension légale 'Umlageverfahren' (Pay-as-you-go, PAYG) a été initiée. Il sera poursuivi sur cette voie, en d'autres termes, il ne s'agit pas d'un complément (ou d'un supplément) de la PAYG grâce à un apport en capitaux (tel est le terme utilisé dans les déclarations officielles), mais d'une substitution de ces éléments (cf. Schmähl, 2003).

Ces nouveaux développements sont combinés à une multitude d'effets distributionnels problématiques, ou méritant du moins d'être abordés. Il existe plus particulièrement le problème relatif au fait que le niveau des pensions dans le système de pension légale est, pour de nombreuses personnes, inférieur ou proche du minimum vital. Ce fait risque de saper la légitimité et l'acceptation sociale de l'assurance pension légale basée sur les revenus. La relation étroite existant entre le salaire et l'orientation des cotisations n'est alors plus viable (cf. Schmähl, 2003, p. 353). Pour souligner cet argument : à l'heure actuelle déjà, la moitié des pensions accordées aux hommes et 90 % des pensions des femmes sont inférieures au 'niveau repère de pension nette' mentionné plus haut ! Même aujourd'hui, le salarié moyen doit travailler pour 26 ans de cotisations pour atteindre presque le revenu de l'aide sociale.

L'idée d'un taux d'intérêt garanti (ou taux de retour) de zéro n'est pas sans poser quelques problèmes – eu égard aux scénarios du marché international des capitaux après 2010, où même les experts financiers affirment qu'après 2010, la désépargne des autorités et des retraités risque de provoquer un effondrement structurel, ou comme Davis (2002, p. 222) l'affirme : « bien que les détails précis soient sujets à une incertitude considérable, il est probable que le processus de vieillissement de la population impliquera des changements majeurs du financement, susceptibles d'engendrer une turbulence financière et des risques systémiques ». En outre, il existe également des problèmes de consommation réduite. Dans ces circonstances, l'on peut comprendre que les institutions financières proposant ce nouveau produit la 'Riester-pension' demandent des coûts plus élevés afin de sécuriser le 'taux d'intérêt zéro' !

---

(16) Le gouvernement noir-jaune de Kohl a introduit au cours des années 1990 un 'facteur démographique' tenant compte d'une certaine manière des changements démographiques, réduisant le niveau de la pension nette à 64 % en 2020. Le niveau de 64 % est dès lors considéré comme une 'vache sacrée'.

En dépit de la campagne lancée par le secteur des assurances et les grands espoirs nourris par les hommes politiques, la nouvelle Riester-pension s'est soldée par un quasi-échec (17). Hans Fehr (2003) a avancé plusieurs raisons possibles à cet échec : public non informé, loi très complexe de subvention, déploiement parallèle du deuxième pilier et critères nuisibles pour la certification de ce produit.

En outre, le calcul des 'niveaux des pensions' dépend dans une très grande mesure du dénominateur, à savoir le revenu net des cotisants. De petites différences engendrent ici des effets durables ! Il est dès lors décisif de développer le secteur de l'emploi, et plus particulièrement les différentes possibilités de retraite anticipée : d'une part, le travailleur paie moins de cotisations, d'autre part, il reçoit des pensions pendant une plus longue période. Pendant près de trente ans, les Allemands ont 'cultivé' le principe de la retraite anticipée : au cours des années 1970 avec l'introduction de la 'retraite flexible' (63 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes ; sans aucune réduction 'technique de l'assurance') ; au cours des années 1980 avec une augmentation de la période d'octroi des allocations de chômage qui passait ainsi à 32 mois ; au cours des années 1990, avec ce que l'on a appelé la retraite progressive ('*Alters-teilzeit*'). Un changement de paradigme est survenu depuis 2001 : l'augmentation de l'espérance de vie, la pénurie de main-d'oeuvre imminente ainsi que les coûts élevés des systèmes d'assurance sociale sont les raisons de ce retournement de situation. Ce changement est clairement visible également lorsque l'on observe l'âge moyen de la retraite (dans les ABL), qui a augmenté pour passer de 59 ans en 1981 à 61 ans en 2002. L'image empirique s'oppose également à la simple thèse selon laquelle les seniors peuvent quitter le marché du travail pour laisser la place aux jeunes : alors qu'entre 1993 et 2003 le taux de participation au marché du travail des travailleurs plus âgés (entre 55 et 62 ans) avait augmenté pour passer de 35,9 à 39 %, le taux de participation des travailleurs plus jeunes (entre 15 et 24 ans) a diminué pour passer de 52,7 à 42,4 % pour l'Allemagne.

L'un dans l'autre, ce sont les contextes macroéconomique et social qui peuvent permettre de sauver l'Etat social ou l'Etat-providence, tant en Allemagne qu'en Europe. Et ici, la boucle est bouclée - nous revoilà au commencement : la politique du marché du travail.

## CONCLUSIONS

Comme déjà mentionné dans l'introduction, la séquence chronologique de ces conférences ne chevauche pas le 'cycle politique' en Allemagne. Après une longue période ayant vu se succéder plusieurs gouvernements Kohl, le gouvernement et les 'couleurs' ont changé en 1998. En effet, avec les élections de septembre 2005, les deux administrations Schröder peuvent être considérées comme une période dis-

(17) Toutefois, cette situation semble changer vers la fin de 2005, cf. article „Die Riester-Rente gewinnt an Fahrt“ dans *Frankfurter Allgemeine* du 14 janvier, 2006, p. 19.

tincte ! Toutefois, la plupart des réformes initiées selon 'l'Agenda 2010', édictées en 2003 et ultérieurement, ne peuvent toujours pas faire l'objet d'une évaluation idoine. Le (nouveau) gouvernement souligne donc également que le Rapport 2005 ne peut fournir actuellement que des 'résultats prévisionnels importants' de l'évaluation des lois Hartz I-III (cf ; Bundesregierung, 2006 p.i).

Ainsi, pour évaluer de manière plus approfondie les changements intervenus dans la politique du marché du travail, il convient d'attendre la prochaine conférence.

Cela s'applique également à la plupart des modifications ayant eu lieu dans le secteur des soins de santé. Les réformes du 1996/1997 témoignaient de l'introduction d'un système mixte de remboursement des frais d'hôpital. Dans le budget individuel, un hôpital recevait désormais des prix fixes pour certains épisodes bien définis ('Fallpauschale'). Pour des maladies et des conditions moins bien définies, l'hôpital continuait à être payé à un taux journalier spécifique pour chaque discipline auquel s'ajoutait un taux journalier général permettant de couvrir la partie relative au logement du séjour hospitalier. Cette tendance vers des paiements plus prospectifs a connu un essor marqué avec la réforme de la santé de 2000 : à l'issue de longues discussions, l'Allemagne a opté pour un système de Groupes liés à un diagnostic (DRG) utilisant des critères médicaux pertinents en matière de coût tels que le diagnostic des patients, les procédures appliquées au patient ou les comorbidités afin d'intégrer tous les patients dans des sous-groupes s'excluant mutuellement. Toutefois, ce n'est qu'en janvier 2004 que les DRG sont devenus le principal instrument de remboursement pour l'ensemble des hôpitaux traitant des patients assurés selon le régime de l'assurance-maladie de l'Allemagne.

Ces lois ont également modifié les politiques de remboursement et de tarification des médicaments. A ce niveau également, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions relatives aux effets sur les dépenses.

En outre, même après plus de 10 ans d'unification de l'Allemagne, les différences entre les anciens et les nouveaux Bundesländer demeurent évidentes, non seulement eu égard aux marchés du travail (emploi et chômage), mais également en ce qui concerne les revenus et les PIB (régionaux). Cela signifie, en revanche, que les NBL demeurent une 'lourde charge' pour les ABL, fait illustré par le prolongement du 'Solidaritätspakt II' (pacte de solidarité II conclu entre l'Allemagne de l'Est et l'Allemagne de l'Ouest) !

En considérant la situation globale, de nombreux changements ont été introduits sur le plan de la politique sociale au cours de ces cinq dernières années, dans le but de sécuriser la viabilité de l'Etat-providence allemand dans une situation de constantes évolutions - mais il convient d'évaluer avec précaution les résultats afin de ne pas subir de dommages irréparables.

*(Traduction)*

**BIBLIOGRAPHIE**

---

Breyer, F. et Ulrich, V., Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt : Eine Regressionsanalyse, dans *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, tome 220, pp. 1-17 2000.

Bundesagentur für Arbeit (Agence fédérale du travail), *Special report : Mini- und Midijobs in Deutschland*, Nürnberg, 2004.

Bundesregierung, *Bericht 2005 der Bundesregierung zur Wirkung der Umsetzung der Vorschläge der Kommission Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt*, Berlin, janvier, 2006.

Davis, E. Ph., Ageing and Financial Stability, dans A. J. Auerbach et H. Herrmann (eds), *Ageing, Financial Markets and Monetary Policy*, Springer, Berlin, pp. 191-227, 2002.

Eisen, R., The State of the Welfare State and Changes in Germany since 1992, dans J. Pacolet (ed.), *The State of the Welfare State in Europe Anno 1992 and Beyond*, APF Press, Toronto, pp. 281-302, 2002.

Eisen, R., *10 years of Social Long-Term Care Insurance in Germany*, ms, 2005.

Eisen, R., 10 years of Social Long-Term Care Insurance in Germany. What we wanted, what we got, what we expect, in *Revue suisse d'économie et de statistique*, numéro spécial 2006, pp. 29-35, 2006.

Fehr, H., Die Riester-Rente – ein Flop ?, in *Ifo-Schnelldienst* 56, N° 5, pp. 5-8, 2003.

Gerlinger, Th., Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003, in *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 33-34, pp. 6-13, 2003.

Hartz Kommission, *Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt*, 2002.

Haustein, Th. et Krieger, S., Ergebnisse der Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsstatistik 2002, in *Wirtschaft und Statistik*, N° 2, pp. 192-208, 2004.

Jann, W. et Schmid, F. (eds), *Eins zu Eins ? Eine Zwischenbilanz der Hartz-Reformen am Arbeitsmarkt*, Berlin, 2004.

Nachhaltigkeits-Kommission, *Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin, 2003.

Schmähl, W., Wem nutzt die Rentenreform ?, in *DangVers*, part 50, pp. 349-363, 2003.

Sommer, B., Bevölkerungsentwicklung bis 2050 (Hypothèse et résultats du 10e recensement coordonné de la population), in *Wirtschaft und Statistik*, N°. 8, pp. 693-701, 2003.

Sommer, B. et Voit, H., Bevölkerungsentwicklung, in *Wirtschaft und Statistik*, N°. 12, pp. 1398-1407, 2004.

Strengmann-Kuhn, W., *Das Prinzip Bürgerversicherung – Die Zukunft im Sozialstaat*, Wiesbaden, 2005.

SVR (Sachverständigen-Rat, Conseil de consultants économiques), *Jahresgutachten 2003/04*, Wiesbaden, 2003.

SVR (Sachverständigen-Rat, Conseil de consultants économiques), *Jahresgutachten 2005/06*, Wiesbaden, 2005.

Zimmermann, K. F., Eine Zeitenwende am Arbeitsmarkt, dans *Aus Politik und Zeitgeschichte*, N°. 16, pp. 3-5, 2005.

---

# TABLE DES MATIERES

## L'ETAT DE L'ETAT-PROVIDENCE EN ALLEMAGNE

<b>INTRODUCTION</b>	717
<b>1. TENDANCES DE L'ETAT-PROVIDENCE ALLEMAND DEPUIS 1997/98 : CONTEXTES SOCIO- ET MACROECONOMIQUES</b>	718
1.1. POPULATION ET DEVELOPPEMENT DEMOGRAPHIQUE . . . . .	718
1.2. CROISSANCE ECONOMIQUE . . . . .	720
1.3. DEPENSES SOCIALES, 1992-2002 . . . . .	721
1.4. EMPLOI ET CHOMAGE, 1992-2002 . . . . .	723
<b>2. POLITIQUE DU MARCHÉ DU TRAVAIL</b>	726
<b>3. APERÇU CRITIQUE DES REFORMES DES SOINS DE SANTE</b>	728
<b>4. OPTIONS DE REFORME POUR LES SOINS DE LONGUE DUREE (L'ASSURANCE-DEPENDANCE)</b>	732
<b>5. NECESSITE D'INTRODUIRE DES REFORMES DANS LE SECTEUR DES PENSIONS</b>	734
<b>CONCLUSIONS</b>	736
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	738

**PARTIE 3 :  
LE BEAU VISAGE DE TROIS AUTRES TYPES  
D'ETATS-PROVIDENCE EUROPEENS**

**LA SITUATION DE L'ETAT-PROVIDENCE AU DANEMARK A LA FIN DES  
ANNEES 1990 ET AU DEBUT DES ANNEES 2000**

743 |

EIGIL BOLL HANSEN

**L'ETAT-PROVIDENCE EN ESPAGNE ENTRE 1998 ET 2003**

771 |

GREGORIO RODRIGUEZ CABRERO

**SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE AU ROYAUME-UNI EN 2005 :  
EVOLUTION POSITIVE**

797 |

HOWARD GLENNERSTER

# LA SITUATION DE L'ETAT-PROVIDENCE AU DANEMARK A LA FIN DES ANNEES 1990 ET AU DEBUT DES ANNEES 2000

PAR **EIGIL BOLL HANSEN**

Institut d'études autorités locales (AKF), Danemark (1)

## INTRODUCTION

Le présent rapport est une révision des rapports danois précédents établis en 1995 et en 2000 sur le thème « La situation de l'Etat-providence dans les Etats membres de l'UE ». Ce rapport inclut des modifications apportées entre 1992 et approximativement 2004, et met l'accent sur les modifications et les tendances ayant marqué le passage au 21<sup>e</sup> siècle.

Les principales questions de recherche pour le rapport de ce pays ont été : dans quelle(s) direction(s) le système de protection sociale danois évolue-t-il et comment cette évolution est-elle influencée par les forces et le raisonnement économiques ? Le champ d'application du rapport s'étend aux tendances principales influençant les régimes de sécurité sociale et de bien-être.

Dans le présent rapport, la protection sociale inclut : la maladie et les soins de santé, les soins de longue durée, les personnes handicapés, l'âge avancé, les survivants, la famille, le chômage, le recrutement, l'orientation professionnelle et la réinsertion, le logement et la fourniture de services sociaux, mais certains d'entre eux ne sont abordés que de manière superficielle.

## 1. EVOLUTION ET TENDANCES DE L'ETAT-PROVIDENCE DEPUIS 1992

### 1.1. STRUCTURE ET PRINCIPES DE L'ETAT-PROVIDENCE DANOIS

Pour permettre au lecteur de mieux interpréter les modifications de l'Etat-providence danois, il peut être utile de résumer la structure et les principes du système. Jusqu'en 2007, le secteur public danois est réparti en trois niveaux : le niveau central ou national (le parlement danois et le gouvernement), l'échelon régional (régions, autorités régionales) et le niveau local (municipalités, autorités locales).

(1) A partir du 1 janvier 2007 (en anglais) : Danish Institute of Governmental Research (Anvendt KommunalForskning).



Le gouvernement central administre toutes les matières d'intérêt général et commun en émettant des annonces et des directives. À l'échelon national, il s'agit notamment de la responsabilité des centres d'emploi, de la formation professionnelle et de l'enseignement supérieur. La politique du marché du travail danois est régie et financée au niveau central par le ministère du travail. La politique d'activation fait partie de cette politique du marché du travail du pays. L'activation des chômeurs indemnisés relève également de la responsabilité des agences nationales. Dans une grande mesure, la préparation et la mise en œuvre de la politique du marché du travail établie par le gouvernement central sont décentralisées dans 14 conseils nationaux du marché du travail. L'activation des chômeurs non indemnisés relève de la responsabilité des municipalités.

Le domaine de responsabilité unique et principale des 13 régions est le service hospitalier et l'assurance publique de soins de santé, tels que le traitement médical auprès de médecins généralistes et de spécialistes, les soins dentaires et les subsides octroyés sur les médicaments. Dans le domaine social, les régions sont responsables d'un certain nombre de services permanents, y compris des centres de soins de la petite enfance et de la jeunesse ainsi que des institutions destinées aux personnes atteintes d'un handicap physique ou mental.

La majeure partie des services sociaux relève de la responsabilité de 271 municipalités. Les autorités locales sont responsables de l'assistance sociale, des soins de santé préventifs, des soins dentaires des enfants, des soins infirmiers, de l'aide à domicile, des garderies et du logement des seniors et des personnes handicapées.

Le niveau des prestations de sécurité sociale, telles que les prestations d'assistance sociale, est défini dans une large mesure par la législation et les annonces. Le rôle des autorités locales et régionales consiste principalement à veiller au respect des règles d'accès aux prestations de sécurité sociale. Seules certaines prestations supplémentaires octroyées en fonction des revenus sont décidées ou abordées par les autorités locales et par leur administration.

Les autorités régionales et locales ont le droit d'imposer des impôts sur les revenus et fonciers qui, avec les remboursements et les subventions forfaitaires accordés par le gouvernement central constituent les principales sources de financement des dépenses. Les volets revêtant une moindre importance pour les autorités locales sont les paiements des bénéficiaires pour les garderies, l'approvisionnement en eau et la collecte des déchets. En principe, les autorités locales et régionales peuvent décider du niveau de l'impôt local, mais depuis les années 1980, des accords ont été conclus entre le gouvernement central et les autorités locales et régionales relatifs à une augmentation acceptable des dépenses et du niveau de cet impôt. Cet accord concerne la moyenne des municipalités et des régions, respectivement. Dans le cadre de la politique actuelle du gouvernement de 'stop fiscal', le niveau de l'impôt des municipalités et des régions ne peut pas augmenter en moyenne. Les autorités locales et régionales doivent agir en tenant compte des limites budgétaires des sources financières, fixées en début d'année.

Le système de sécurité sociale danois est universel. Les allocations se situent à un niveau identique pour tous et le système repose sur la solidarité, étant donné qu'il est financé principalement par des impôts (Socialkommissionen, 1992). La majeure partie de la protection sociale au Danemark est traditionnellement financée et assurée par le secteur public.

En ce qui concerne les services sociaux, le modèle danois est hautement *décentralisé*. Les autorités locales et régionales ont dans une large mesure le pouvoir de décider du montant et du type de services fournis dans le cadre du budget global.

Une réforme de la structure du secteur public danois a été préparée au cours des trois dernières années et une nouvelle structure sera mise en place en 2007. L'objectif de cette réforme a été de « maintenir et assurer le développement futur d'un secteur public géré de manière démocratique offrant une base solide pour l'évolution ultérieure de la société de bien-être danoise » (Regeringen, 2004a). L'objectif était de créer des unités viables avec une responsabilité claire de fournir aux citoyens des services sociaux de qualité supérieure.

La principale modification apportée par la réforme est l'abolition des 13 régions qui seront remplacés par cinq régions. La responsabilité des futures régions inclura les services de soins de santé, et principalement les hôpitaux. Des conseils régionaux seront désignés par le biais d'élections générales, mais les régions ne seront pas habilitées à prélever des impôts. Les services de santé seront partiellement financés par des montants forfaitaires et des contributions par activité provenant de l'État. Une 'taxe de santé' de 8 % sera introduite en 2007 pour financer la contribution de l'État au secteur de la santé. Une autre partie des dépenses de santé sera financée par un montant fixe établi par citoyen provenant des municipalités et par des cotisations basées sur l'activité provenant également des municipalités et dépendant avant tout du nombre de sorties d'hôpital des citoyens d'une municipalité.

Les 271 municipalités fusionneront pour devenir 98 nouvelles municipalités. Leurs nouveaux domaines de responsabilités seront notamment la responsabilité des services sociaux pour les citoyens vulnérables du groupe d'âge 18-64, soit des personnes souffrant de maladies mentales, d'une incapacité mentale ou physique, des toxicomanes ou des alcooliques. En outre, les municipalités disposeront d'une responsabilité étendue aux efforts de prévention et à la révalidation. Les municipalités conservent leur droit de définir et de prélever (dans certaines limites) des impôts locaux.

L'administration des impôts est établie à un niveau central avec des centres régionaux. La responsabilité des services d'emploi sera toujours répartie entre l'État et la municipalité, mais ces services seront fournis au sein de centres d'emplois locaux dirigés de manière conjointe.

Les principes directeurs du système de sécurité sociale danois ne sont pas influencés par la modification de structure du secteur public.

## 1.2. PRINCIPAUX FACTEURS DE L'EVOLUTION DES DEPENSES POUR LE BIEN-ETRE ET LA PROTECTION SOCIALE

En 1993, un nouveau gouvernement socio-démocrate/socio-libéral a mis en œuvre une politique visant à combattre le taux élevé du chômage par une croissance soutenue de l'économie danoise. Les moyens mis en œuvre à cet effet ont été une augmentation temporaire de la consommation publique. Cette augmentation est illustrée par le fait que le taux de croissance de la consommation publique était de 0,9 % en 1992, de 4,1 % en 1993 et de 2,9 % en 1994. A cette politique succédaient des réformes de la politique du marché du travail visant à renforcer la politique d'activation. Au cours des années suivantes, la politique de l'emploi a été étayée par une demande croissante de produits et de services provenant des marchés internationaux. Au début du 21<sup>e</sup> siècle, la croissance économique a été plus modeste, entraînant ainsi une augmentation du chômage. Au cours de certaines périodes, le taux de croissance a été soutenu par une augmentation de la demande intérieure et au cours d'autres périodes, a été soutenue davantage par le secteur des exportations. Depuis 1997, le pays a connu un boni des comptes publics, qui s'est fortement accentué au cours de ces dernières années. Au cours des années qui ont suivi, le Danemark a connu un excédent dans la balance des paiements également et la dette extérieure était en baisse.

Entre 1994 et 1999, une réduction considérable du nombre de chômeurs a été observée, et s'est poursuivie dans une moindre mesure jusqu'en 2002. En 2002, le taux de chômage avait baissé jusqu'à 5,2 %. Cette diminution s'explique en partie par une augmentation du nombre de travailleurs, mais également par une augmentation du nombre de personnes concernées par des programmes d'activation ainsi que par une recrudescence du nombre de personnes bénéficiant de prestations de sécurité sociale alternatives. Toutefois, au total, le nombre de personnes âgées entre 18 et 66 ans allocataires de prestations sociales a diminué jusqu'en 2002. La diminution du chômage peut s'expliquer également par une flexibilité accrue sur le marché du travail (par exemple, des périodes plus courtes d'allocations de chômage et une demande accrue de mobilité) qui n'était possible que moyennant l'accord et la compréhension des syndicats.

Depuis 2002, l'on a assisté à une recrudescence du nombre de chômeurs et le taux de chômage a augmenté jusqu'à 6,4 % (à l'automne 2005, ce taux avait de nouveau diminué pour atteindre un peu plus de 5 %), avec une augmentation du nombre total de personnes âgées entre 18 et 66 ans bénéficiaires d'une prestation sociale. En 2004, près de 900.000 personnes de ce groupe d'âge ont bénéficié d'une forme de sécurité sociale par rapport à une population active de 2,8 millions de personnes.

Jusqu'au cours des années 1990, le Danemark a été confronté à un problème structurel consistant en un compromis entre le chômage et la balance des paiements. Pendant de nombreuses années, le Danemark a connu un déficit constant de la balance des paiements et traditionnellement un taux de chômage réduit a entraîné un déficit accru de la balance des paiements. Tel n'est plus le cas à présent et il semble désormais possible d'avoir un taux de chômage réduit et un excédent de la balance des paiements.

La politique d'activation des chômeurs de longue durée a constitué la priorité absolue depuis 1994 et les règles relatives aux allocations de chômage et à l'activation ont été modifiées à plusieurs reprises depuis. Cette politique s'applique aux chômeurs indemnisés par le régime d'assurance publique ou touchant des allocations sociales octroyées aux chômeurs non indemnisés. Les principes de l'activation reposent sur des droits et des devoirs. Les chômeurs ont le droit d'être activés et sont contraints de participer au processus d'activation après une certaine période de chômage. La politique d'activation a été motivée par l'observation selon laquelle un groupe important de personnes rencontrait des difficultés considérables à trouver un attachement stable au marché du travail et, ultérieurement, la politique a été motivée par la diminution du chômage. Enfin, cette politique constitue une stratégie contre l'exclusion sociale. S'appuyant sur ces mêmes arguments, les obligations des municipalités de chercher à réhabiliter et à réemployer des personnes bénéficiant d'une allocation de maladie ont été accentuées.

Depuis 1999, les municipalités ont la responsabilité d'intégrer les nouveaux réfugiés et immigrants au sein de la société danoise. Après avoir obtenu le permis de séjour, les immigrants et les réfugiés sont tenus de suivre, au cours des trois années suivantes (ou jusqu'à l'obtention d'un emploi) un programme d'introduction incluant des cours en danois, un accompagnement et une introduction au marché du travail danois, des formations, une expérience professionnelle et un placement temporaire dans un emploi (subsidé). Les participants actifs au programme (dans la pratique, il s'agit des réfugiés étant donné que les immigrants doivent être à même de se prendre en charge ou d'être pris en charge par leur conjoint, par exemple, afin de pouvoir bénéficier du permis de séjour) se voient octroyer une 'allocation d'intégration', conformément aux règles relatives aux prestations d'assistance sociale.

Le nombre d'étrangers bénéficiant du droit d'asile ou de regroupement familial a diminué de manière considérable depuis que les conditions permettant d'obtenir un permis de séjour ont été renforcées par le gouvernement libéral/conservateur arrivé au pouvoir en 2001. En 2001, quelque 17.000 personnes se sont vues octroyer un permis de séjour en vertu du droit d'asile ou de regroupement familial, alors qu'en 2004, leur nombre a chuté pour atteindre 5.500 personnes (Udlændingestyrelsen, 2004).

Une tendance importante qui s'est dégagée à la fin des années 1990 a été la modification de la composition de la population âgée entre 25 et 59 ans qui est asymétrique par rapport au groupe d'âge plus élevé en raison d'une augmentation considérable du nombre de personnes âgées entre 50 et 59 ans et d'une stagnation du nombre de personnes âgées entre 25 et 34 ans. Depuis le début du 21e siècle, l'on a assisté à une diminution du nombre de personnes âgées entre 25 et 39 ans et depuis 2003, le nombre de personnes âgées entre 50 et 59 ans a également diminué, mais dans une moindre mesure. Cette tendance illustre le fait que les grandes cohortes de naissances des années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale approchent à présent les groupes d'âge où nombre de personnes se retire du marché du travail, et que les petites cohortes de naissance entrent désormais dans les groupes d'âge où la plupart des personnes ont terminé leur formation. Toutefois, tout au long de la deuxième moitié des années 1990, l'on a assisté à une augmentation du nombre de personnes âgées entre 50 et 59 ans parmi la population active. Cette tendance est due au fait que le taux de participation au marché du travail a augmenté parmi les hommes et les femmes âgés entre 55 et 59 ans. Cela s'explique par l'abolition d'un système qui permettait aux chômeurs de longue durée de ce groupe d'âge de se retirer du marché du travail.

Depuis 1994, l'on a assisté à des périodes d'augmentation du nombre de personnes actives et à des périodes de diminution, mais en 2004, le nombre de personnes actives était inférieur à celui de 1994. Cette tendance peut être imputée à l'évolution de la population et à divers facteurs influençant les participations au marché du travail. Excepté pour le groupe d'âge des 50 à 59 ans, le taux de participation au marché du travail est inférieur en 2004 à celui du milieu des années 1990. Cette diminution peut avoir été causée par l'expansion de différents régimes de congés (congé parental, congé de formation et congé sabbatique). A l'exception du congé parental, ces régimes de congés ont été abolis en 1999 et 2000. En principe, les congés parentaux ont été abolis également, mais les possibilités de prendre des congés en rapport avec la naissance d'un enfant ou pour élever des enfants ont été maintenues.

Une augmentation du nombre de retraites anticipées jusqu'à la fin des années 1990 peut s'expliquer dans une grande mesure par l'introduction d'un régime d'allocations de préretraite et par l'introduction d'un critère social relatif à l'octroi de pensions de retraite anticipées. Ce système a permis aux personnes plus âgées sur le marché du travail de bénéficier d'un soutien public permanent. Depuis la moitié des années 1970 jusqu'au début des années 1990, ce régime a entraîné une diminution significative de l'âge moyen de la retraite. L'un des arguments avancés en faveur de l'introduction d'allocation de préretraite a été le fait que ce type d'allocations permettrait de créer des emplois pour les jeunes et de réduire ainsi, par exemple, la nécessité d'avoir recours à une aide publique pour un nombre assez important de personnes de ce groupe. L'accès aux allocations de préretraite n'était pas fonction de la capacité de travail, mais de l'affiliation à un fonds de chômage pendant un certain nombre d'années. Toutefois, le régime de préretraite n'a contribué que dans

une faible mesure à la création d'emplois, y compris pour les jeunes, permettant de combler les emplois des personnes retraitées (Socialkommissionen, 1993a+b).

A la fin des années 1990, les incitants économiques en faveur de la retraite anticipée avaient changé. La possibilité d'une retraite anticipée parmi les personnes âgées entre 50 et 59 ans a été réduite et des limitations ont été introduites quant à la période d'octroi d'allocations de chômage pour les chômeurs âgés entre 50 et 54 ans. À partir de 1999, les règles permettant de bénéficier d'une allocation de préretraite à l'âge de 60 ans ont été renforcées. Les employés sont notamment tenus de contribuer au régime tout au long de leur vie active afin de pouvoir prétendre à des allocations et un bonus est ajouté à l'allocation de préretraite pour les personnes reportant l'âge de leur retraite au-delà de 62 ans. L'âge de l'octroi de la pension de vieillesse a été ramené de 67 à 65 ans afin de réduire les dépenses. Au lieu de recevoir une allocation de préretraite, les bénéficiaires doivent, à l'âge de 65 ans, passer à la pension de vieillesse et le niveau de cette pension de vieillesse est inférieur au niveau de l'allocation de préretraite.

Il semble que les réformes des différents régimes de retraite aient contribué à une augmentation de l'âge moyen de la retraite (Beskæftigelsesministeriet et al., 2003). La réforme des régimes de préretraite a entraîné une réduction du nombre de nouveaux bénéficiaires d'allocations de préretraite. Il a été estimé que la réforme a contribué à une augmentation de deux mois de l'âge moyen de la retraite (Det økonomiske råd, 2005).

Au cours de la période 1995-2000, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans n'a pas augmenté au Danemark, mais depuis, la population âgée de plus de 65 ans augmente. Le groupe des personnes âgées de plus de 80 ans plus particulièrement comprend des personnes nécessitant des soins de longue durée et le nombre de personnes de ce groupe a augmenté depuis 1996.

Au début des années 1990, l'on a assisté à une augmentation du taux de fertilité, mais le niveau élevé de 1994/1995 ne s'est pas maintenu et, à l'heure actuelle, le taux de fertilité se situe à un niveau identique à celui d'il y a 10 ans. Ce taux est encore trop faible pour maintenir le niveau actuel de la population à long terme. La politique des gouvernements précédent et actuel a visé une amélioration des conditions pour les familles ayant des enfants. Cette politique se reflète dans les améliorations des régimes de congés octroyés aux parents ayant des enfants en bas âge et dans les subsides octroyés à la garde d'enfants dans les écoles maternelles.

## **2. PRIVATISATION ET CONCURRENCE**

La priorité accordée à la privatisation et à la concurrence a connu des hauts et des bas en fonction du type de gouvernement au pouvoir. Lorsque le gouvernement conservateur et libéral est arrivé au pouvoir au début des années 1980, l'un de ses principaux objectifs avait consisté à lier une grande partie des activités du secteur

public aux évolutions du marché. La demande devait définir les produits et les quantités de produits qu'il y avait lieu de produire dans le secteur public et les citoyens devaient pouvoir bénéficier d'un choix plus vaste. Pour ce faire, l'un des moyens consistait à privatiser des activités publiques lorsque l'on estimait que les avantages économiques et administratifs s'y prêtaient. Un rapport établi par le ministère des finances de 1990 (Finansministeriet, 1990) révèle que l'idée principale de la privatisation visait à encourager l'efficacité, et les principaux efforts visaient une privatisation de la production des activités publiques et non une privatisation du financement des activités publiques.

Au cours de la période du gouvernement socio-démocrate/socio-libéral au pouvoir entre 1993 et 2001, la privatisation ne faisait pas partie des priorités politiques. Toutefois, du moins au niveau central, les opinions étaient encore plus en faveur d'une privatisation de la prestation de services sociaux. Ce point de vue récoltait de plus en plus de succès auprès du parti socio-démocrate également. Les initiatives de privatisation concernaient avant tout des secteurs externes au secteur social et à celui de la santé, et il s'agissait notamment de la privatisation ou vente d'entreprises publiques dont les activités avaient trait à la communication, aux transports, aux systèmes de paiement ou encore, à l'assurance-vie. Cependant, des étapes mineures ont été entreprises en vue de la privatisation des services sociaux et de santé.

Avec le retour d'un gouvernement conservateur-libéral en 2001, une politique de privatisation et de concurrence dans le domaine des services publics sociaux et de santé a été réintroduite. Un principe de libre choix entre différentes solutions publiques et privées proposés par les secteurs de services a constitué la pierre angulaire de la politique définie (Regeringen, 2001). Dans une publication gouvernementale ultérieure, les arguments du 'libre choix' sont formulés comme suit (Regeringen, 2004b) :

- le libre choix augmente l'autodétermination des citoyens ;
- le libre choix crée une variation et une flexibilité des services ;
- le libre choix peut contribuer à une amélioration de la qualité et de l'efficacité des services publics grâce à la concurrence.

La politique du gouvernement s'aligne dans une grande mesure sur les nouveaux principes de gestion publique ('New Public Management') introduits dans les Etats-providence occidentaux, et un certain nombre de 'régimes de libre choix' et de systèmes de concurrence a été introduit par le gouvernement actuel.

## 2.1. HOPITAUX

Traditionnellement, les hôpitaux ont toujours été gérés par le secteur public et le traitement dispensé au sein des hôpitaux gratuit. En outre, quelques hôpitaux privés spécialisés ont existé, mais le traitement dispensé au sein de ces hôpitaux était et demeure toujours financé par les autorités publiques - actuellement les régions.

Pendant de nombreuses années, le secteur de la santé danois a été confronté à des listes d'attente pour un certain nombre d'opérations. Toutefois, le délai d'attente pour une opération spécifique variait entre les hôpitaux des différents régions. Jusqu'au début des années 1990, le patient (ou le médecin généraliste) devait généralement choisir l'hôpital le plus proche, mais la possibilité de choisir librement son hôpital a ensuite été légalisée. La région de résidence était tenue de prendre en charge le traitement lorsque celui-ci était dispensé dans l'hôpital d'une autre région. L'intention ici était de renforcer la concurrence parmi les hôpitaux (régions), et l'on prévoyait que les patients choisissent l'hôpital proposant le délai d'attente le plus court.

Le principe du libre choix de l'hôpital a été étendu en 2002 de manière à permettre aux patients devant attendre plus de deux mois pour obtenir un traitement hospitalier dans leur propre région, de choisir une clinique ou un hôpital privé au Danemark ou à l'étranger. Les autorités hospitalières danoises devaient cependant avoir conclu un accord avec cet hôpital privé (Amtsrådsforeningen et al., 2004). Au début de l'année 2004, un accord a été conclu avec 150 cliniques et hôpitaux privés, parmi lesquels 20 hôpitaux en Suède et en Allemagne. Ces accords portaient sur des traitements chirurgicaux, mais aucun ne portait sur tous les types de traitements ou sur des traitements médicaux. Au cours de la période située entre la mi-juillet 2002 et la fin décembre 2003, quelque 26.000 patients ont opté pour une clinique ou un hôpital privé. Ce chiffre doit être comparé au fait qu'en l'espace d'un an, quelque 1,1 million de patients quittent l'hôpital (Sundhedsstyrelsen, 2005). Un peu plus de la moitié des patients optant pour une clinique ou un hôpital privé font appel à une clinique ou un hôpital situé dans la région où ils vivaient, et une tendance se dégage selon laquelle moins de personnes âgées de plus de 70 ans optent pour une clinique ou un hôpital situé à l'extérieur de leur région. L'on conclut ainsi que la mobilité des patients pour le choix de l'hôpital est limitée (Amtsrådsforeningen et al., 2004).

En raison de l'allongement des listes d'attente pour le traitement au sein des hôpitaux publics, l'assurance-maladie privée a trouvé ici un créneau important sur le marché. L'assurance-maladie est, par exemple, prise en charge par les employeurs au profit de leurs employés dans le but d'assurer un traitement rapide dans une clinique ou un hôpital privé dans le cas d'une affection exigeant un traitement chirurgical. Cette tendance ainsi que la possibilité de choisir librement l'hôpital ont entraîné une certaine augmentation de la demande de traitements dans des cliniques ou des hôpitaux privés. C'est ainsi que l'on a assisté à une augmentation du nombre de cliniques et d'hôpitaux privés au cours de ces dernières années. Voici quelques années, les hôpitaux privés au Danemark étaient confrontés à une crise et à des problèmes de rentabilité. Cette situation a changé en raison des conditions plus favorables et parce que les hôpitaux privés ont abandonné l'idée d'être des hôpitaux de petite taille et complets et s'orientent à présent davantage vers des traitements chirurgicaux spécifiques (Larsen, 2005). Les dernières statistiques publiques relatives à l'activité dans les hôpitaux et les cliniques privés datent de 2002. Cette année-là, l'on comptait 40 cliniques et hôpitaux privés et un peu plus de 8.000



patients à y avoir été traités. Par rapport au nombre de patients sortis des hôpitaux publics, le nombre est faible et même si le nombre de patients sortis d'hôpitaux privés augmente, ils doivent être considérés pendant de nombreuses années comme un supplément au traitement public.

Les médecins généralistes sont des entreprises privées, mais le traitement qu'ils dispensent est financé par l'assurance-maladie publique. Au cours des 10 dernières années, aucune modification de ce système n'a été abordée en profondeur.

## **2.2. SOINS ET LOGEMENTS POUR LES PERSONNES HANDICAPES**

Les soins des personnes âgées ont constitué un problème de soins publics dans une mesure encore plus large (Platz, 1990; Hansen & Platz, 1995), les soins prodigués par la famille ont été encore plus rares et les personnes faisant appel à une assistance pour les soins et les travaux à domicile par l'intermédiaire du marché privé sont plutôt rares (Hansen et al., 2002). Les personnes plus âgées estiment que le secteur public doit être responsable de fournir aux seniors dépendants une aide pour leurs activités de tous les jours (Colmorton et al., 2003). L'aide à domicile permanente est gratuite, mais au cours de certaines périodes, elle était payante en fonction des revenus. Depuis le début des années 1990, l'aide à domicile octroyée par le secteur public est gratuite. Au Danemark, l'aide à domicile inclut l'entretien ménager et les soins personnels.

Les services publics d'aide à domicile – qui relèvent de la responsabilité des autorités locales – ont fait l'objet de critiques, plus particulièrement au début et au milieu des années 1990, critiques selon lesquelles ils ne correspondraient pas aux demandes et aux besoins des personnes âgées. Les visites planifiées étaient souvent annulées, changeaient fréquemment, la teneur de l'assistance était réduite et les personnes âgées ignoraient quelles aides elles pouvaient espérer recevoir. L'on a estimé que la mise en oeuvre de sociétés privées permettrait aux seniors de choisir parmi différentes solutions celle qui leur convient le mieux. S'ils sont insatisfaits, ils peuvent choisir une autre société ou aide à domicile. Il y a lieu de convenir à l'avance les tâches confiées à l'aide à domicile, de manière à ce que la personne âgée puisse vérifier si l'aide a effectivement mené à bien les missions convenues.

La législation a été modifiée et les autorités locales pouvaient décider si elles souhaitaient que des sociétés privées fassent une offre pour la prestation de services d'aide à domicile dans la municipalité. Seules, quelques municipalités ont toutefois conclu des accords avec des prestataires privés d'aide à domicile.

La législation relative au 'libre choix' du prestataire d'aide à domicile a été approuvée par le parlement danois en 2002 et, depuis janvier 2003, toutes les municipalités sont contraintes de permettre aux sociétés privées de fournir une aide à domicile, de manière à permettre aux citoyens bénéficiant d'une aide à domicile financée par les pouvoirs publics de choisir eux-mêmes la société (privée ou publique) à laquelle

ils souhaitent faire appel. L'autorité locale décide, conformément à ses normes de qualité, des sociétés pouvant être agréées comme étant des prestataires d'aide à domicile, et l'aide à domicile financée par les pouvoirs publics est octroyée par l'autorité locale. En outre, l'autorité locale paie le prestataire privé d'aide conformément aux prix établis pour les services fournis.

Au printemps 2004, dans 63 % des municipalités, les bénéficiaires d'aide à domicile avaient la possibilité de choisir un prestataire privé d'aide ménagère, alors que les bénéficiaires de l'aide à domicile pouvaient choisir un prestataire privé de soins personnels dans 42 % des municipalités. Seule, une faible proportion de bénéficiaires avait opté pour un prestataire privé. Au total, 2 % des bénéficiaires avaient opté pour un prestataire privé de soins personnels, alors que 10 % à peine avaient opté pour un prestataire d'aide avec entretien ménager (à l'exception de la municipalité de Copenhague) (Ankestyrelsen, 2004).

Il semble que ce soient plus particulièrement les citoyens disposant de ressources personnelles et ayant uniquement besoin d'une aide ménagère qui optent pour un prestataire privé (Eskelinen, Hansen and Frederiksen, 2004). D'aucuns estiment que la privatisation ne favorisera pas les seniors vulnérables, qui ne seront pas à même de critiquer la performance des services d'aide à domicile et de choisir parmi différents fournisseurs.

Depuis juillet 2002, les personnes invalides ayant droit à un logement adapté avec soins permanents ont le droit de choisir le type de logement qu'elles souhaitent occuper. Le choix porte sur des logements situés dans leur propre municipalité et des logements situés dans d'autres municipalités. Actuellement, aucune statistique ou étude n'existe dans ce domaine.

### 2.3. **GARDERIES**

La majeure partie des garderies est dirigée par les autorités locales, et les systèmes de garderie sont partiellement financés par des impôts locaux et par les paiements des utilisateurs (jusqu'à 1/3 du coût total, mais depuis 2006, 25 % pour des enfants âgés entre 0 et 5 ans). Il existe des institutions privées, mais elles sont financées par des autorités locales et sont tenues de respecter des règles établies par les autorités locales ou centrales.

Le début des années 1990 a été marqué par la possibilité d'établir des systèmes de garderies privées. Ces systèmes pouvaient être mis en place, par exemple, par un groupe de parents ou par une société privée, et les autorités locales étaient à même de décider d'octroyer un certain montant par enfant en vertu de ce système. Ces systèmes privés ne sont pas couverts par des régimes nationaux relatifs au personnel employé et à leur formation professionnelle, et une majeure partie d'entre eux emploie moins de personnes que dans les systèmes publics. La légalisation des systèmes de garderies privées visait à rendre les prestations plus flexibles par rapport à

la demande de garderies. Toutefois, à la fin des années 1990, le nombre de systèmes privés demeurait faible par rapport aux systèmes publics. Ce phénomène pouvait s'expliquer par le fait que les normes des garderies publiques sont plutôt élevées et il est généralement plus coûteux de constituer un système de garderie privée.

En principe, les parents ont pu, pendant plusieurs années, choisir librement la garderie qu'ils souhaitaient pour leur enfant dans leur municipalité. Dans la pratique cependant, en raison des listes d'attente, le délai d'attente pouvait s'avérer très long pour obtenir une place dans l'institution souhaitée. Si les personnes étaient confrontées à une pénurie grave de place, elles étaient contraintes d'accepter ce qui leur était proposé. En outre, dans les municipalités plus petites, le nombre d'alternatives pouvait être restreint.

Depuis juillet 2002, une municipalité pouvait subsidier la garde des enfants par les parents en substitution à une garderie publique ; depuis août 2003, tous les parents ont eu le droit de choisir de bénéficier d'un subside économique pour louer les services d'une garde d'enfants privée ou d'opter pour un système de garderie privée pour les enfants d'âge préscolaire. Depuis janvier 2004, les parents ont la possibilité de choisir un système de garderie dans une municipalité autre que la leur (Regeringen, 2004b). Il n'existe pas de documentation quant aux effets produits par ces différents règlements.

#### **2.4. REGIMES DE PENSION**

Pendant longtemps, les cotisations aux régimes de pension professionnelle payée par les employeurs et les employés ont fait partie d'un accord sur le marché du travail public et, au début des années 1990, ces plans ont été introduits sur le marché du travail privé également. En outre, les personnes étaient libres de souscrire à leur guise un plan de pension individuel. Ces plans de pension privés ont existé parallèlement au système public général des pensions.

Les cotisations aux plans de pension privés et plus particulièrement aux plans de pension professionnels selon les conventions générales sont en constante augmentation et, à l'avenir, nous pourrions estimer que la pension publique de vieillesse constitue un supplément aux plans de pension privés ou professionnels. En 1997, la pension publique de vieillesse se chiffrait en moyenne à près de la moitié des revenus bruts d'une personne retraitée. Il a été calculé qu'en raison du développement actuel des cotisations aux plans de pension privés et professionnels, la pension de vieillesse se montera en moyenne à environ un tiers en 2045 (Regeringen 2000). L'on s'attend à ce que la distribution des revenus soit plus équitable à l'avenir qu'à l'heure actuelle parmi les pensionnés. La répartition des plans de pension professionnels à plusieurs groupes sur le marché du travail implique que davantage de personnes ayant un revenu faible ou moyen se constituent une épargne de vieillesse et, à l'avenir, moins de seniors disposeront uniquement d'une pension publique de vieillesse.

## 2.5. AUTRES ACTEURS DES SERVICES D'EMPLOI

Un élément capital de la réforme de 2002 relative à la politique de l'emploi a été l'introduction 'd'autres acteurs' que le Service public de l'Emploi (SPE) dans les régimes de recherche d'emploi. L'objectif de cette démarche visait à renforcer et à compléter les compétences des SPE et des municipalités afin d'offrir aux chômeurs une action 'taillée sur mesure' et calculée obtenir ainsi que de meilleurs résultats dans le processus de recherche d'emploi. Les 'autres acteurs' peuvent être des entreprises privées, des organisations sans but lucratif ou autres. Ces 'autres acteurs' devraient être impliqués à toutes les étapes du processus de qualification et de recherche d'emploi et sont inclus par le biais d'appels d'offres. Les 'autres acteurs' sont payés conformément aux résultats obtenus. Depuis janvier 2003, la première étape inclut les SPE et les chômeurs indemnisés et la deuxième étape, à partir de juillet 2003, inclut les municipalités et les chômeurs non-indemnisés.

Un marché considérable s'est développé pour les 'autres acteurs'. Il n'existe jusqu'à présent aucune documentation quant aux retombées sur l'emploi de l'introduction de ces 'autres acteurs' en complément aux SPE, mais dix chômeurs sur dix soutenus par un 'autre acteur' estiment que cet 'autre acteur' n'a exercé aucune influence sur le fait qu'ils ont décroché un emploi, et seul un chômeur sur dix estime que 'l'autre acteur' a influencé de manière considérable ou dans une certaine mesure le fait qu'il a décroché un emploi (Arbejdsmarkedsstyrelsen, 2004). Il est impossible d'évaluer s'il s'agit là d'une amélioration ou d'une détérioration par rapport à la situation n'impliquant pas 'd'autres acteurs', étant donné qu'aucune donnée comparative n'est disponible.

## 2.6. REGIMES D'ALLOCATIONS DE CHOMAGE COMPLEMENTAIRES

Depuis 1997, il est possible de souscrire une assurance en tant que complément aux allocations de chômage de l'Etat. L'assurance complémentaire est proposée par le fonds de chômage qui administrent les allocations de chômage publiques. Toutefois, le fonds de chômage ne doivent pas fournir eux-mêmes une assurance de chômage complémentaire et ils souscrivent dès lors une assurance auprès de compagnies d'assurance privées. L'assurance de chômage complémentaire peut s'avérer particulièrement attrayante pour les chômeurs ayant des revenus plus élevés, étant donné que le taux de compensation est plutôt faible dans leur cas, dans le cadre du système public. A la mi-2004, 20 fonds de chômage comptant un peu moins de 1,7 million de membres proposaient une assurance de chômage complémentaire, alors que 13 fonds comptant 700.000 membres n'en proposaient pas. Aucune statistique n'existe quant au nombre de personnes ayant souscrit une assurance de chômage complémentaire, mais l'association professionnelle des assureurs estime avec une marge d'incertitude considérable, qu'environ 50.000 personnes ont souscrit une assurance de chômage complémentaire. Ce nombre correspond à 3 % des personnes ayant la possibilité de souscrire ce type d'assurance (Det økonomiske Råd, 2005).

## 2.7. RESUME

Au total, les prestations privées d'allocations de sécurité sociale et de services sociaux se situent encore à un niveau faible par rapport aux prestations publiques, excepté peut-être le volet de la pension de vieillesse, mais la législation a été modifiée, de manière à ce que le Danemark puisse peut-être connaître une augmentation des prestations privées à l'avenir.

## 3. SELECTIVITE ET CIBLAGE

---

Au cours de la période 1994-2000, de nombreux changements ont été introduits en ce qui concerne les règles permettant de bénéficier des allocations de chômage. L'objectif de ces changements était de cibler les efforts publics consentis sur le marché du travail sur les formations des chômeurs, de cibler la politique sur les personnes ayant le plus besoin d'être aidées dans leur recherche d'emploi et de prévenir le chômage à long terme. En plusieurs étapes, la période au cours de laquelle l'allocation de chômage était payée a été réduite et le droit à l'allocation de chômage était conditionné par une mobilité professionnelle et géographique accrue. Depuis 1999, la période totale des allocations de chômage est de quatre ans et la période passive est d'un an. Les périodes passives sont des périodes au cours desquelles le chômeur n'est pas inclus dans un programme d'activation.

Dans le domaine de la politique sociale, où le gouvernement local joue un rôle clé dans le travail avec les bénéficiaires d'allocations en vertu de la loi sur la sécurité sociale, une nouvelle loi relative aux plans d'activation du gouvernement local est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1994. En vertu de cette loi, toute personne bénéficiant d'allocations d'assistance sociale est tenue de participer à un plan d'activation, y compris les personnes âgées de plus de 25 ans. Antérieurement, cette règle s'appliquait uniquement aux personnes âgées de moins de 25 ans.

L'accès aux allocations pour les chômeurs indemnisés est également fonction de la participation à un plan d'activation.

La période de chômage précédant l'activation a désormais été réduite de quatre à un an pour les personnes âgées de plus de 30 ans. Pour les personnes de moins de 30 ans bénéficiant d'allocations d'assistance sociale, la période est de treize semaines et pour les personnes âgées de moins de 30 ans et bénéficiant d'allocations de chômage, cette période est de six mois. Pour motiver les jeunes à suivre une formation, les jeunes âgés de moins de 25 ans ne peuvent bénéficier que d'allocations réduites. Pour créer des incitants à la formation, les jeunes chômeurs indemnisés et sans enfants ne peuvent recevoir que la moitié du taux d'allocation de chômage, un montant qui est donc inférieur aux bourses pour étudiants octroyées par le Fonds d'éducation de l'Etat. Les jeunes n'ayant aucune formation professionnelle ne peuvent percevoir qu'une allocation d'assistance équivalente aux bourses pour étudiants.

En 2004, un plafond a été introduit pour le montant total qu'une personne pouvait recevoir en allocations d'assistance sociale, en allocations complémentaires et en subsides locatifs. Ce plafond a été introduit afin d'augmenter les incitants à la recherche d'emploi et au maintien de celui-ci. Avant la modification des règles, certaines personnes bénéficiaient d'une allocation d'assistance sociale avec des revenus supérieurs à ceux dont elles auraient bénéficié avec un emploi faiblement rémunéré. Leurs incitants économiques de chercher un emploi pouvaient être faibles.

En 2002, les conditions permettant de bénéficier de l'allocation d'assistance sociale ont été renforcées. Pour percevoir le montant total de l'allocation d'assistance sociale, il est indispensable que la personne ait vécu dans le pays pendant sept des huit années précédentes. Si cette condition n'est pas remplie, un montant réduit est octroyé, dont le niveau est légèrement supérieur à la moitié de l'allocation d'assistance sociale. Cette règle concerne tous les candidats à l'allocation d'assistance sociale, mais influencera avant tout les nouveaux réfugiés et immigrants. Une fois de plus, l'argument vise à créer des incitants de recherche d'emploi.

Une pension de retraite anticipée est octroyée aux personnes se trouvant dans l'impossibilité d'exercer un emploi en raison de problèmes de santé permanents ou de problèmes sociaux, même avec une subvention salariale. Depuis la moitié des années 1980 et jusqu'au milieu des années 1990, l'on a assisté à une augmentation constante du nombre de personnes optant pour une retraite anticipée. Depuis le début des années 1990, les municipalités qui administrent l'admission à une retraite anticipée financent partiellement la pension, ce qui peut expliquer l'arrêt de l'augmentation du nombre de pensionnés (Det økonomiske råd, 2005). Toutefois, leur nombre a connu ensuite une nouvelle augmentation en raison d'une modification de la composition de la population comptant davantage de personnes dans le groupe d'âge des 50-66 ans.

En 2003, une nouvelle réforme de la pension de retraite anticipée est entrée en vigueur. Les critères d'admission à la pension de retraite anticipée ont été renforcés et la pension de retraite anticipée ne peut être envisagée que si un subside de 2/3 du salaire d'un 'flex job' (2) ne suffit pas à compenser la capacité de travail réduite. Un concept de capacité de travail a été introduit en substitution au concept de perte de la capacité de travail. La pension de retraite anticipée avait été octroyée, jusqu'à la réforme, sur la base d'une évaluation médicale de la réduction de la capacité de travail. Désormais, celle-ci se base sur une évaluation de la capacité de travail restante. Les anciennes règles relatives à la pension de retraite anticipée prévoyaient plusieurs niveaux d'allocations, en fonction du taux de diminution de la capacité de travail. Le nouveau plan ne prévoit qu'un seul niveau d'allocations et, en moyenne, les nouveaux pensionnaires percevront des allocations plus élevées que sous le régime précédent, étant donné que les critères d'accès ont été renforcés.

(2) Les "flex jobs" sont des emplois répondant à certaines conditions et bénéficiant d'un subside public pour des personnes atteintes d'une capacité de travail réduite permanente.

Le gouvernement s'attend à une accession plus faible à la pension de retraite anticipée, mais cette situation peut entraîner un recours accru à d'autres mesures, plus particulièrement les 'flex jobs' subsidiés.

La stratégie globale semble encourager la population active à se rendre disponible sur le marché du travail. Les arguments allant dans ce sens visent à augmenter la main d'œuvre disponible, dans une période où le taux de chômage est faible et en diminution, de réduire les dépenses d'allocations de sécurité publiques et d'améliorer le bien-être et la sécurité sociale grâce à une vie active au lieu d'être un bénéficiaire inactif de l'allocation de sécurité sociale. La politique d'activation est considérée comme une mesure permettant de maintenir les qualifications sur le marché du travail et conserver, voire améliorer, les chances des chômeurs de décrocher un emploi. Toutefois, l'activation pourrait être considérée comme un principe selon lequel 'les allocations doivent être gagnées' (Pilegaard Jensen, 1994) et visant à rendre moins attrayante la situation où la personne perçoit des allocations pour cause de chômage. L'on pourrait affirmer que la menace de l'activation peut encourager les personnes à trouver elles-mêmes un emploi. Des études portant sur la politique de l'activation ont permis de dégager des preuves selon lesquelles les mesures favorisant l'emploi amélioreraient les chances de sortir de la situation de dépendance sociale, alors que les mesures de formation (3) exerceraient un effet négatif sur le taux de sortie des dépendances sociales (Bolvig, Jensen et Rosholm, 2003). La documentation témoigne également de l'existence d'un effet de menace de la politique menée sur le marché du travail et qu'un régime de marché du travail actif raccourcit la durée du chômage, même si la participation réelle au programme ne la raccourcit pas (Rosholm et Svarer, 2004).

La disponibilité peut dépendre également des incitants économiques à décrocher un emploi au lieu de percevoir des allocations sociales. Au cours des dernières années, l'on a assisté à un débat majeur relatif au lien existant entre le système de sécurité sociale et les incitants à l'emploi. D'aucuns ont souligné le fait que des allocations élevées octroyées aux chômeurs et la réduction - avec la transition du chômage à l'emploi - des allocations octroyées en fonction du revenu peuvent, dans certains cas, rendre l'emploi moins attrayant (Graversen og Tinggaard, 2005). Des analyses portant sur des incitants économiques à l'emploi, le ministère des Finances conclut que les incitants économiques utilisés produisaient un effet plus important entre 2001 et 2004 en raison d'une imposition réduite des revenus du travail et des réformes de la politique du marché du travail et des allocations de sécurité sociale (Finansministeriet, 2004). D'autres toutefois, soulignent que les analyses portant sur des personnes à faibles allocations révèlent que la théorie des incitants économiques en tant que mesure permettant de rendre les personnes indépendantes, n'est pas valable pour tous les groupes, et certainement pas pour les groupes dont les ressources personnelles sont limitées (Hansen et Hansen, 2004).

---

(3) Cette affirmation ne s'applique pas aux mesures de formation en général, mais à des mesures spécifiques faisant partie de la politique d'activation.

#### 4. DEBAT RELATIF A LA DECENTRALISATION OU A LA DECONCENTRATION ET A LA SUBSIDIARITE

##### 4.1. TRADITIONS PRESENTES AU SEIN DU SYSTEME

La politique sociale au Danemark peut être décrite comme étant extrêmement décentralisée, bien que l'administration sociale locale soit sujette à une réglementation et à un contrôle du parlement danois et du gouvernement central.

Au Danemark, les autorités locales sont responsables de deux tiers de l'ensemble des tâches sociales - une proportion beaucoup plus importante que tout autre pays d'Europe. D'autre part, l'Etat couvre quelque 60 % des coûts, alors que les municipalités couvrent environ 30 % (Ploug et Kvist, 1994, p. 25).

De manière générale, la plupart des revenus de transfert sont soumis à une réglementation centrale stricte, bien que pour certains volets, un degré de liberté plus élevé soit exercé dans l'octroi et le mesurage ('meting out') des allocations. Ce principe s'applique par exemple à la pension de retraite anticipée.

Pour revenir à l'administration des *services publics*, le cadre est traditionnellement beaucoup moins réglementé que celui des revenus de transfert. La prestation des services publics relève principalement de la responsabilité des autorités locales. Les autorités locales sont également chargées d'activer des personnes bénéficiant des allocations d'assistance sociale.

Pour les mesures du marché du travail (services du marché du travail), il existe un système réglementé par le gouvernement, mis en œuvre par l'intermédiaire de Conseils régionaux du marché du travail composés de représentants des partenaires du marché du travail et des conseils locaux et de comtés régionaux. D'un point de vue géographique, les régions du marché du travail suivent les frontières du région (4). Les activités présentes sur le marché du travail d'une région sont planifiées par le Conseil du marché du travail et par le gestionnaire régional des autorités du marché du travail. Ce dernier fait rapport au ministère du Travail et est tenu de veiller à ce que la politique régionale du marché du travail soit conforme à la législation, etc. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme du marché du travail le 1er janvier 1994 et lors des deux dernières phases de la réforme, des possibilités accrues de planification de la politique de marché du travail conformément aux besoins régionaux ont été mises à disposition. L'activité principale des autorités régionales du travail est l'enregistrement, le contrôle et l'activation des chômeurs, bien que les mesures incluent également la promotion de l'emploi.

(4) Cela ne s'applique cependant pas en région métropolitaine, où le conseil régional du marché du travail couvre la ville de Copenhague, la municipalité de Frederiksberg et le comté de Copenhague.



#### 4.2. MODIFICATIONS ACTUELLES DES POUVOIRS

En vertu de la loi, les autorités locales disposent d'un niveau élevé d'autonomie dans la prestation de services sociaux. Difficile d'interpréter pour savoir si, au cours des années 1990 et des années ayant suivi le passage au 21e siècle, la tendance est allée dans le sens d'une décentralisation ou d'une centralisation accrue. Dans un sens, le système est décentralisé davantage par l'introduction de comités contrôlés par l'utilisateur, à savoir dans les institutions de garderie, et de 'conseils de seniors', qui ont voix au chapitre dans des matières portant sur des initiatives destinées aux personnes âgées. L'on pourrait interpréter la politique du 'libre choix' comme une nouvelle décentralisation du service social, étant donné que les citoyens ont la possibilité de décider de qui devrait fournir le service. En même temps, la participation des citoyens à des études de cas relatives à la fourniture de services ou d'allocations est mise en exergue dans diverses réglementations de l'administration des autorités locales de services sociaux et d'allocations. Les citoyens doivent pouvoir participer à des études de cas et une décision de l'autorité doit résulter de la participation des citoyens. Le citoyen n'influence toutefois pas la décision proprement dite, mais uniquement l'étude de cas précédant la décision. Les citoyens ne déterminent pas directement le niveau des services ou le niveau des allocations et l'influence des citoyens sur leur propre cas est indirecte.

A l'opposé, certaines initiatives de centralisation ont été introduites au cours des années 1990 et ont été poursuivies au cours du 21e siècle par le biais de pools de financement centraux visant à supporter la fourniture ou le développement de certains services sociaux, à savoir une amélioration des conditions de vie des groupes exclus, une amélioration de l'aide à domicile, une augmentation de la capacité des hôpitaux ou encore, l'amélioration de l'assistance apportée aux enfants ou aux familles vulnérables. Grâce à ces pools, le parlement danois tente de modifier les priorités des autorités locales.

Vont également dans ce sens, les règles légales détaillées relatives à l'administration des autorités locales des allocations de sécurité sociale et des services sociaux visant à prévenir que les différences entre les municipalités ne soient pas trop grandes. Tel est le cas, par exemple, lors de l'octroi d'une aide à domicile, du travail social avec des bénéficiaires d'allocations de maladie et l'octroi d'une pension de retraite anticipée. Lors des négociations menées entre le gouvernement et les autorités locales au sujet de l'économie municipale de 2006, il a été convenu que la gestion des autorités centrales portant sur les autorités locales devait se baser dans une plus large mesure sur des objectifs, des cadres de référence et des contrôles plutôt que sur une réglementation détaillée (Finansministeriet, 2005). Le temps nous dira si ces accords se concrétiseront.

Le futur changement de la structure du secteur public peut être considéré comme une nouvelle étape dans la décentralisation du système de l'Etat-providence, vu que certains services seront transférés du niveau régional (régions) au niveau local (municipalités). Avant tout, l'objectif était de créer un secteur public plus simple,

impliquant moins d'échelons dans la gestion des services sociaux. L'une des parties du gouvernement a souhaité l'abandon total du niveau régional. Ce souhait ne s'est pas concrétisé, étant donné que la responsabilité du secteur de la santé se situera au niveau régional, mais, à l'avenir, aucune perception d'impôts ne sera effectuée au niveau régional. Afin de permettre aux autorités locales de gérer leur nouvelle mission, les municipalités devaient s'agrandir. Pour ce faire, les municipalités seront à l'avenir moins nombreuses et plus grandes.

## **5. PERSPECTIVES POUR L'AVENIR PROCHE**

La politique des finances publiques consiste à maintenir un surplus des comptes publics au cours des années à venir et à réduire la dette publique. Pour atteindre cet objectif, une augmentation réelle modeste de la consommation publique de seulement 0,5 % par an est prévue et des améliorations devraient apparaître dans les secteurs de la recherche et de l'enseignement, pour les familles avec enfants, les hôpitaux et les soins des seniors. La politique de 'stop fiscal' est maintenue (Regeringen, 2005).

L'un des principaux défis pour la société danoise sera également, au cours des années à venir, de prévenir l'exclusion du marché du travail. En dépit du taux de chômage relativement bas, un nombre considérable de personnes âgées entre 18 et 64 ans ne sont pas actives sur le marché du travail. Ce groupe inclut des pensionnés en retraite anticipée, des bénéficiaires des allocations de préretraite et des chômeurs à long terme percevant des allocations d'assistance sociale. Le pays a connu plus particulièrement des difficultés pour l'intégration de réfugiés et d'immigrants issus de pays moins développés sur le marché du travail.

Comme décrit précédemment, plusieurs mesures ont été mises en œuvre au cours des dernières années afin de prévenir l'exclusion du marché du travail ; aucune donnée n'existe cependant quant aux retombées de ces mesures.

Au cours des cinq prochaines années, l'on s'attend à une augmentation de quelque 10 % du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans et de 25 % d'ici 2015. Toutefois, un déficit des finances publiques dû à une augmentation de la population de seniors n'est pas prévu jusqu'aux environs de 2020 (en partant de l'hypothèse que le niveau de service et des impôts demeure identique) (Velfærdskommissionen, 2004). L'on peut s'attendre à des modifications du système de sécurité sociale d'ici quelques années afin de relever les défis lancés par le vieillissement de la population à long terme. Une 'Commission de bien-être' composée d'experts désignés par le gouvernement a mis en exergue ses recommandations au début du mois de décembre 2005 et a formulé quatre défis pour la société danoise (Velfærdskommissionen, 2005). Le premier défi est l'espérance de vie accrue, impliquant une augmentation du nombre de seniors et une réduction du groupe d'âge des personnes actives. Le deuxième défi est posé par l'augmentation de la fortune, susceptible d'entraîner une

tendance accrue à opter pour un allongement du temps de loisirs au détriment du temps de travail. Le troisième défi est la mondialisation et le quatrième défi est une individualisation croissante. Le dernier défi cité implique une demande de solutions publiques individualisées et le libre choix.

La Commission a souligné un certain nombre de recommandations de changement dans la politique sociale. Certaines de ces recommandations visent à retarder l'âge de la retraite en supprimant progressivement le plan d'allocations de préretraite et en augmentant progressivement l'âge de la pension publique, proportionnellement à l'augmentation de l'espérance de vie. Certaines recommandations visent à attirer les jeunes plus tôt sur le marché du travail. Il est estimé que l'augmentation du nombre de travailleurs constitue la manière idéale de préserver un équilibre dans la société future de la sécurité sociale, un objectif qui doit être atteint de deux manières : chaque individu doit travailler pendant davantage d'années au cours de sa vie et davantage de personnes exclues du marché du travail doivent disposer de meilleures possibilités de décrocher un emploi.

Certaines recommandations concernent une meilleure intégration sur le marché du travail des chômeurs à long terme, des modifications dans le système de l'enseignement et une meilleure intégration des réfugiés et des immigrants. En outre, la Commission suggère notamment des réductions de certaines allocations sociales pour les pensionnés âgés et une majoration de la pension publique de base pour les personnes ne disposant d'aucun autre revenu.

Il est impossible de prévoir quelles recommandations seront transposées en politiques, mais des modifications aux régimes d'allocations affectant l'âge de la retraite du marché du travail peuvent être attendues, ainsi que l'introduction de nouvelles mesures visant à intégrer les réfugiés et les immigrants sur le marché du travail.

Le défi pour le secteur public au cours des années à venir sera la mise en œuvre de la réforme de la structure du secteur public. L'intégration des services, des collaborateurs et des systèmes informatiques de différentes municipalités en une seule et le transfert des tâches et des collaborateurs des régions aux municipalités constitueront des défis gigantesques.

## **6. DISCUSSION RELATIVE A L'IMPACT DE LA CREATION DU MARCHÉ INTERIEUR EN 1992 ET DE LA CREATION DE L'UEM**

---

La libéralisation économique en Europe a permis tant à la main-d'œuvre qu'aux capitaux de circuler plus aisément. A l'heure actuelle, plus aucune restriction n'est posée aux transactions de capitaux au sein de l'UE, et les taux d'imposition sur le surplus commercial et de capitaux ont diminué au Danemark ainsi que dans d'autres pays occidentaux au cours des années 1990. Etant donné que l'impôt sur les hauts revenus est relativement élevé au Danemark, l'on a craint que les personnes à hauts

revenus ne quittent le pays. Toutefois, cela ne semble pas avoir été le cas dans une très large mesure à la fin des années 1990 (Finansministeriet, 2003), mais l'on utilise encore l'argument en faveur d'une réduction de la taxation marginale des hauts revenus. Au Danemark, les impôts indirects sont élevés également, plus particulièrement ceux applicables aux automobiles, à l'alcool, au tabac, etc. Le marché intérieur a ainsi rendu difficile le financement des dépenses publiques plus élevées en augmentant ces impôts indirects. En réalité, les impôts sur l'alcool, le tabac et les boissons rafraîchissantes ont été diminués afin de réduire les achats transfrontaliers. Plusieurs autres modes de financement ont été abordés et mis en œuvre dans une certaine mesure, tels que les taxes environnementales et les impôts fonciers plus élevés au début et au milieu des années 1990. Le stop fiscal introduit par le gouvernement actuel a constitué un obstacle à ces futurs changements.

Les travailleurs non qualifiés ou peu qualifiés sont confrontés à des difficultés accrues à s'attacher de manière fixe au marché du travail. Les emplois qui disparaissent sont ceux qui exigent le moins de formation, de connaissances de base et de routine. En d'autres termes, les groupes particulièrement vulnérables, y compris les immigrants, voient disparaître des emplois qui leur permettaient auparavant de démarrer dans leur vie professionnelle. Pour nombre d'entre eux, cette situation débouche sur une diminution drastique des possibilités d'obtenir de nouvelles qualifications pour d'autres types d'emplois. L'on ignore dans quelle mesure cette situation a été occasionnée par la libéralisation commerciale et par une concurrence accrue au sein de l'UE et dans le reste du monde, par le développement technologique ou par d'autres facteurs. De manière générale, la libéralisation au sein de l'UE et à travers le monde se traduit par des exigences accrues prônant un marché du travail au fonctionnement optimal. Autrement, les problèmes ne feront que s'aggraver. Selon le Conseil économique danois (Det økonomiske Råd, 2005), le déplacement de lieux de travail danois est plutôt modeste par rapport au nombre élevé d'emplois créés ou supprimés chaque année.

Tant au niveau politique que parmi la population, l'on constate un fort désir de préserver la continuation du modèle social danois, et certains soulignent le fait que la société de bien-être danoise est plutôt robuste eu égard aux futurs défis de la société (ex. Andersen, 2004).

Dans la pratique, des régimes de sécurité sociale complémentaires ont été développés à travers les ans, à savoir des régimes assurant de meilleures allocations que les régimes obligatoires. L'on peut citer ici l'exemple des plans de pension professionnels et les plans de pension privés. Des tendances similaires sont constatées dans le secteur de l'assurance-maladie, où les assurances-maladie privées augmentent, et au sujet des plans d'allocations de chômage complémentaires.

## **7. PROTECTION SOCIALE ET FLEXIBILITE DU MARCHÉ DU TRAVAIL**

### **7.1. POLITIQUES DU MARCHÉ DU TRAVAIL AU COURS DES ANNEES 1980 ET 1990**

Pendant de nombreuses années, l'attention a été focalisée sur les problèmes structurels présents sur le marché du travail danois. D'un point de vue historique, ce phénomène doit être considéré à la lumière de l'expérience à partir de l'essor enregistré à la moitié des années 1980 où l'on a assisté à une forte croissance du taux d'emploi pendant une période de 3-4 ans. Toutefois, l'augmentation du taux d'emploi a été stoppée par des augmentations salariales très importantes en 1987, débouchant sur une aggravation de l'état de la concurrence.

Les salaires ont alors augmenté de manière considérable en dépit du fait qu'en 1987 le taux de chômage n'avait baissé qu'à environ 8 %. Cette situation a porté à croire qu'au Danemark, il n'existait aucun obstacle à la création de nouveaux emplois, mais le problème était de maintenir des augmentations salariales modérées. La majorité des économistes estimaient qu'il ne serait possible de réduire le taux de chômage en dessous de 7-9 % que si des réformes radicales étaient mises en œuvre sur le marché du travail. Une pierre angulaire ici pourrait être l'activation effective et une politique de formation visant à s'assurer que les personnes manquant de compétences et peu fixées sur le marché du travail puissent être réintégrées sur ce marché – assurant ainsi une réduction du chômage structurel.

C'est ainsi qu'au cours des années 1990, plusieurs changements majeurs ont été apportés, comme déjà mentionné plus haut, à la politique active du marché du travail et les principes majeurs de cette politique demeurent les mêmes à l'heure actuelle. Les incitants économiques à participer au marché du travail ont été renforcés davantage par une réduction du revenu imposable pour les personnes au travail, une réduction du niveau des allocations pour certains groupes et en rendant plus difficile l'accès à la pension de retraite anticipée, par exemple. En 1994, des réformes complètes du marché du travail ont été mises en œuvre et l'activation avec droits et devoirs a été avancée à plusieurs reprises depuis. Les initiatives générales ont été complétées actuellement par l'introduction de nouveaux instruments et une série d'adaptations visant à rendre l'effort envers le chômeur effectif et flexible. Le Danemark est l'un des pays de l'OCDE qui consacre le plus d'argent à une politique active sur le marché du travail.

L'on estime que les réformes menées au cours des années 1990 ont permis de réduire de manière considérable le chômage structurel de 3-4 points de pourcentage. Ce phénomène s'est produit plus particulièrement à la fin des années 1990. Le taux de chômage se situe actuellement (2005) autour des 5 % et n'a exercé aucune influence négative importante sur l'inflation. Toutefois, le taux de chômage enregistré (évalué conformément aux conditions de l'OIT du chômage) est maintenu à un niveau bas étant donné qu'un nombre considérable de personnes participant à des formations ou à d'autres types d'activations ne sont pas incluses dans les statistiques du chômage. La réduction du taux de chômage a eu lieu sans aucune restric-

tion appréciable du montant des allocations relativement élevées octroyées aux chômeurs indemnisés (à l'exception des jeunes de moins de 25 ans). Il est toutefois impossible aux personnes capables de travailler de se voir octroyer des allocations sociales pendant une période plus longue si elles ne participent pas à une formation, à des activités de formation, etc. L'exception est constituée par des personnes handicapées pouvant prétendre à une pension de retraite anticipée, bien que l'idée consiste à créer des emplois pour les personnes ayant une certaine capacité de travail.

## 7.2. FLEXIBILITE ET SECURITE

Le modèle danois du marché de travail a été qualifié au cours de ces dernières années de 'flexicurité' et ce modèle peut avoir contribué à une réduction du chômage sans aucun effet inflationniste. Ce terme reflète le marché du travail danois caractérisé par une flexibilité combinée à la sécurité sociale et à une politique active sur le marché du travail impliquant des droits et des devoirs (Beskæftigelsesministeriet, 2005). Une partie de ce modèle est constituée de règles flexibles de 'engagement et licenciement'. Les règles flexibles permettent aux employeurs, plus particulièrement dans le domaine de la fabrication, de congédier aisément des travailleurs en période de récession et de recruter des travailleurs pendant les périodes de prospérité. Un autre volet du modèle consiste à assurer la sécurité des chômeurs en cas de chômage, leur permettant de bénéficier d'une allocation indépendante d'un possible revenu du conjoint. Le marché du travail danois est extrêmement dynamique, avec une rotation importante des emplois - approximativement 30 % de la population active change d'emploi chaque année, soit 700.000 employés (Jensen et Larsen, 2005). Le degré de rotation élevé permet de nombreuses ouvertures professionnelles, permettant aux chômeurs, aux nouveaux arrivants et aux personnes déjà actives de trouver plus aisément un (nouvel) emploi.

Le système danois de négociations collectives a joué un rôle majeur dans le développement de ce modèle de 'flexicurité' en assurant, par exemple, des accords de flexibilité relatifs aux salaires, aux heures de travail et aux formations complémentaires. Ce modèle a pu se targuer d'une large acceptation politique, bien que les règles obligatoires applicables aux employés aient existé pendant de nombreuses années. L'acceptation politique de ne pas établir de règles obligatoires relatives à la sécurité de l'emploi, des salaires et des conditions de travail exige la présence d'organisations fortes sur le marché du travail.

*(Traduction)*

**BIBLIOGRAPHIE**

---

Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Finansministeriet et Indenrigs- og sundhedsministeriet, Rapport fra arbejdsgruppen om evaluering af det udvidede sygehusvalg, Copenhagen, 2004.

Andersen, Jørgen Goul, *Globaliseringen, uligheden og velfærdsstaten*, Discours du 26 octobre 2004, 2004.

[http://www.etik.dk/files/sysAdmins/dokumenter/Joergen\\_Goul\\_Andersen.pdf](http://www.etik.dk/files/sysAdmins/dokumenter/Joergen_Goul_Andersen.pdf)

Ankestyrelsen, *Frit valg i ældreplejen – erfaringer fra landets kommuner*, Ankestyrelsen, Copenhagen, 2004.

Arbejdsmarkedsstyrelsen, *Erfaringsopsamling vedrørende inddragelse af andre aktører i beskæftigelsesindsatsen*, Rambøll Management, Aarhus, 2004.

Beskæftigelsesministeriet, Socialministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet et Finansministeriet, *Rapport fra Udvalget vedr. Længere tid på arbejdsmarkedet*, Finansministeriet, Copenhagen, 2003.

Beskæftigelsesministeriet, *Flexicurity. Udfordringer for den danske model*, Copenhagen, 2005.

Bolvig, Iben, Peter Jensen et Michael Rosholm, *The Employment Effect of Active Social Policy*, Discussion Paper n° 736, IZA, Bonn, 2003.

Colmorten, Ellinor, Eigil Boll Hansen, Stine Pedersen, Merete Platz et Birgitte Rønnow, *Den ældre har brug for hjælp. Hvem bør træde til?*, akf forlaget, Copenhagen, 2003.

Det økonomiske råd, *Dansk økonomi, forår 2005*, Copenhagen, 2005.

Eskelinen, Leena, Eigil Boll Hansen et Morten Frederiksen, *Frit valg – erfaringer med flere leverandører af personlig og praktisk hjælp*, akf forlaget, Copenhagen, 2004.

Finansministeriet, *Offentlig eller privat*, Copenhagen, 1990.

Finansministeriet, *Samarbejdet om den Økonomiske Politik i EU*, Schultz Information, Albertslund, 2003.

Finansministeriet, *Fordeling og incitamentter 2004*, Schultz Information, Albertslund, 2004.

Finansministeriet, *Aftale om den kommunale økonomi for 2006*, Copenhagen, 2005.

Graversen, Brian Krogh et Karen Tinggaard, *Loft over ydelser. Evaluering af loftet over ydelser til kontanthjælpsmodtagere*, 05:04, Socialforskningsinstituttet, Copenhagen, 2005.

Hansen, Eigil Boll, Lone Milkær, Christine E. Swane, Christine Lindrum Iversen et Brian Rimdal, *Mange bække små... - om hjælp til svækkede ældre*, FOKUS, Copenhagen, 2002.

Hansen, Eigil Boll et Merete Platz, *80-100-åriges levekår*, AKF Forlaget, Copenhagen, 1995.

Hansen, Finn Kenneth et Henning Hansen, *Starthjælp og introduktionsydelse. Hvordan virker ydelserne?*, CASA, Copenhagen, 2004.

Jensen, Hans et Jørn Neergaard Larsen, The Nordic labour markets and the concept of flexicurity, dans : Carlos Buhigas Schubert et Hans Martens, *The Nordic Model: A recipe for European Success?*, EPC Working Paper n° 20, septembre 2005, 2005.

Larsen, Klaus, Den parallelle sundhedssektor, *Ugeskrift for Læger*, 167/34, 2005.

Pilegaard, Jensen Torben, Kulturelle perspektiver i arbejdsmarkedsreformen (La perspective culturelle de la réforme du marché du travail), dans : *Kultur og arbejdsliv* (Culture et vie professionnelle), Nordisk Kultur Institut, Klim, 1994.

Platz, Merete, *Gamle i eget hjem*, Vol. 2, Socialforskningsinstituttet, Copenhagen, 1990.

Ploug, Niels et Jon Kvist, *Overførselsindkomster i Europa. Systemerne i grundtræk* (Revenus de transfert en Europe, principales caractéristiques des systèmes), Sécurité sociale en Europe 2, Socialforskningsinstituttet, Copenhagen, 1994.

Regeringen, *Et bæredygtigt pensionssystem*, 2000.

Regeringen, *Regeringsgrundlag 2001*, 2001.

Regeringen, *Aftale om strukturreform*, 2004a.

Regeringen, *Frihed til at vælge*, 2004b.

Regeringen, *Nye mål. Regeringsgrundlag*, 2005.



Rosholm, Michael et Michael Svarer, *Estimating the Threat Effect of Active Labour Market Programmes*, Working Paper n° 2004-06, Département économie, Université d'Aarhus, 2004.

Socialkommissionen, *Indkomstoverførsler i andre lande*, Dokumentation n° 6, Copenhagen, 1992.

Socialkommissionen, *Arbejde og velfærd*, Rapport n° 4, Copenhagen, 1993a.

Socialkommissionen, *De ældre, en belysning af ældregenerationens forsørgelse*, Copenhagen, 1993b.

Sundhedsstyrelsen, *Sygehusstatistik 2002*, Copenhagen, 2005.

Udlændingestyrelsen, *Tal og fakta på udlændingområdet 2004*, Copenhagen, 2004.

Velfærdskommissionen, *Fremtidens velfærd kommer ikke af sig selv*, Analyserapport, Copenhagen, 2004

Velfærdskommissionen, *Fremtidens velfærd - vores valg*, Copenhagen, 2005.

---

# TABLE DES MATIERES

## LA SITUATION DE L'ETAT-PROVIDENCE AU DANEMARK A LA FIN DES ANNEES 1990 ET AU DEBUT DES ANNEES 2000

<b>INTRODUCTION</b>	743
<b>1. EVOLUTION ET TENDANCES DE L'ETAT-PROVIDENCE DEPUIS 1992</b>	743
1.1. STRUCTURE ET PRINCIPES DE L'ETAT-PROVIDENCE DANOIS . . . . .	743
1.2. PRINCIPAUX FACTEURS DE L'EVOLUTION DES DEPENSES POUR LE BIEN-ETRE ET LA PROTECTION SOCIALE . . . . .	746
<b>2. PRIVATISATION ET CONCURRENCE</b>	749
2.1. HOPITAUX . . . . .	750
2.2. SOINS ET LOGEMENTS POUR LES PERSONNES HANDICAPES . . . . .	752
2.3. GARDERIES . . . . .	753
2.4. REGIMES DE PENSION . . . . .	754
2.5. AUTRES ACTEURS DES SERVICES D'EMPLOI . . . . .	755
2.6. REGIMES D'ALLOCATIONS DE CHOMAGE COMPLEMENTAIRES . . . . .	755
2.7. RESUME . . . . .	756
<b>3. SELECTIVITE ET CIBLAGE</b>	756
<b>4. DEBAT RELATIF A LA DECENTRALISATION OU A LA DECONCENTRATION ET A LA SUBSIDIARITE</b>	759
4.1. TRADITIONS PRESENTES AU SEIN DU SYSTEME . . . . .	759
4.2. MODIFICATIONS ACTUELLES DES POUVOIRS . . . . .	760
<b>5. PERSPECTIVES POUR L'AVENIR PROCHE</b>	761
<b>6. DISCUSSION RELATIVE A L'IMPACT DE LA CREATION DU MARCHÉ INTERIEUR EN 1992 ET DE LA CREATION DE L'UEM</b>	762
<b>7. PROTECTION SOCIALE ET FLEXIBILITE DU MARCHÉ DU TRAVAIL</b>	764
7.1. POLITIQUES DU MARCHÉ DU TRAVAIL AU COURS DES ANNEES 1980 ET 1990 . . . . .	764
7.2. FLEXIBILITE ET SECURITE . . . . .	765
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	766

# L'ETAT-PROVIDENCE EN ESPAGNE ENTRE 1998 ET 2003

PAR **GREGORIO RODRIGUEZ CABRERO**

Doyen de la faculté des sciences économiques et de la gestion d'entreprise, Université d'Alcalá

## INTRODUCTION

Dans la conclusion de l'analyse et de l'évolution de l'Etat-providence en Espagne entre 1990 et 1998, sous deux gouvernements différents (sociaux-démocrates de 1982 à 1996 et conservateurs de 1996 à 2004), l'attention a été portée sur deux grands changements survenus durant cette période : (a) tout d'abord, les dépenses consacrées à la sécurité sociale en Espagne sont restées largement en-deçà de la moyenne des quinze pays de l'UE (bien que cet écart soit moins important après ajustement des différences en fonction du revenu par habitant et du niveau des prix), où les dépenses affectées aux pensions et à la santé ont été les principaux facteurs d'augmentation des dépenses sociales (deux facteurs sur lesquels a été axé le débat sur la politique sociale) ; (b) deuxièmement, la profonde décentralisation de l'Etat espagnol, qui a transféré à ses gouvernements régionaux ou 'Comunidades autónomas' presque toutes les dépenses sociales dans les domaines de l'éducation, des soins de santé et des services sociaux, une décentralisation qui a engendré de nouveaux problèmes au niveau de la coordination institutionnelle et créé des déséquilibres du point de vue de l'impact social et territorial du système d'aide sociale espagnol (Gimeno, 2002).

Entre 1998 et 2004 (2004 étant l'année durant laquelle le gouvernement conservateur de M. Aznar a été remplacé par le gouvernement socialdémocrate de M. Zapatero), l'Espagne a connu d'importants changements socio-démographiques et divers processus de réforme de la politique sociale, que nous nous proposons d'examiner dans le présent document.

Tout d'abord, le processus 'permanent' de réforme du système des pensions s'est poursuivi sur la base d'un large consensus politique et dans un contexte de système de sécurité sociale excédentaire. En outre, la tendance à restreindre les dépenses de sécurité sociale en réduisant le niveau de protection sociale s'est maintenue. Tout cela a donné lieu à des fractures sociales et à un certain appauvrissement de la qualité des services fournis, ainsi qu'à un glissement vers la privatisation sélective de certains services et à des déficiences dans les domaines de l'aide sociale, par exemple les services sociaux personnels et les allocations de chômage. Deuxièmement, la

croissance des dépenses de santé qui a entraîné une augmentation des déficits financiers dans certains gouvernements régionaux, les problèmes liés à la coordination institutionnelle et l'augmentation des inégalités sociales et territoriales ont débouché sur un nouvel accord de financement. Mais cet accord, conclu en septembre 2005, ne s'est pas attaqué aux principales failles d'un système qui est soutenu, bien que critiqué, par l'ensemble de la société espagnole. Troisièmement, en dix ans, l'Espagne est devenue un pays d'immigration, avec une population étrangère de 8 % (principalement des individus issus de pays n'appartenant pas à l'UE). Ce phénomène a entraîné des changements profonds du marché de l'emploi et a nécessité la mise en place de nouvelles politiques de sécurité sociale et d'intégration dans l'Etat-providence espagnol. La gestion politique et économique de l'immigration est l'un des principaux défis qui se posera à l'Etat-providence dans les prochaines années. Finalement, les soins de longue durée ou protection sociale de la dépendance, dont le débat a débuté en 1998, suivi, en janvier 2005, de la publication du Livre Blanc sur les "Soins aux personnes en situation de dépendance en Espagne", ont abouti, le 30 novembre 2006, à l'approbation de la "Loi d'autonomie personnelle et de soins aux personnes en situation de dépendance", en tant que nouvelle branche de la protection sociale de l'Etat-providence en Espagne.

Ces changements de l'Etat-providence, qui sont en de nombreux points semblables aux changements auxquels sont confrontés d'autres pays de l'UE (Ferrera, 1995 ; 2005), se produisent dans un contexte économique et politique caractérisé par les éléments suivants : (a) d'un point de vue économique, la stabilité de la croissance observée ces dix dernières années (avec des taux de croissance du PIB supérieurs à 3 %) a permis de maintenir la création d'emplois, plus particulièrement pour les femmes espagnoles et les immigrants issus de pays non membres, et de garantir le financement du système de sécurité sociale et la stabilité du système de pension publique ; (b) d'un point de vue politique, c'est le consensus qui a dominé dans l'approche des réformes de la sécurité sociale, et surtout des pensions, avec l'accord du Pacte de Tolède signé en avril 1995. Ceci ne signifie pas que le processus de réforme du système de santé, du marché du travail et de l'immigration n'ait donné lieu à aucun désaccord ou conflit ; (c) s'agissant de l'évolution générale du système de sécurité sociale, il faut reconnaître que la tendance à la couverture universelle des pensions et du système de santé a été maintenue, bien que cela exige un réajustement fiscal permanent, avec une forte tendance à la diminution du niveau de protection sociale offert et à l'ouverture d'un processus de privatisation sélectif et croissant dans les domaines de la santé et des pensions.

Dans ce contexte, le débat politique sur l'Etat-providence a été de plus en plus axé sur les problèmes de 'coordination' entre le Gouvernement central et les gouvernements régionaux ainsi que sur la question de l'égalité entre les citoyens des différentes régions plutôt que sur les questions liées à la privatisation, bien que ce thème ait aujourd'hui, et aura demain, une importance majeure. Dans un même temps, il convient de faire remarquer qu'il existe un débat permanent, toujours latent mais souvent explicite, sur la nécessité de garantir la croissance économique

via l'amélioration de la productivité dans le cadre européen de la concurrence et sur la nécessité de mettre en place des politiques sociales qui non seulement verrouillent la couverture universelle des systèmes publics de santé et de pension mais qui permettent aussi de hisser le système de protection sociale espagnol au même niveau que ceux de pays plus développés de l'UE.

## **1. DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE ENTRE 1998 ET 2003 : APERCU GLOBAL**

On peut dire que les progrès réalisés dans le domaine de la protection sociale, qui ont débouché sur la couverture universelle du système de santé (Loi générale sur la santé de 1986) et du système de pension (loi 26/1990 relative aux régimes de pensions non contributifs), et les progrès réalisés dans le domaine des allocations de chômage entre 1990 et 1992, se sont arrêtés en 1995, époque où le processus de convergence sociale avec l'Europe des Quinze était relativement subordonné au processus de convergence monétaire. La réduction du déficit budgétaire et de la dette publique allait déterminer le programme social entre 1998 et 2004, donnant parfois lieu à des tensions sociales telles que la grève générale de 2002 contre la réforme du marché du travail.

La réduction du taux de croissance des dépenses sociales, qui a augmenté à un rythme inférieur au taux de croissance de l'économie, et la chute des taux de chômage ont contribué à une diminution progressive des dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB entre 1998 et 2003, ces dépenses étant quasiment retombées à leurs niveaux de 1990. De 1998 à 2002 (voir tableau 1), le pourcentage des dépenses affectées à la sécurité sociale a très peu varié (environ 20,1 % du PIB), après avoir atteint un pourcentage maximal en 1993 (24,4 % du PIB). Cela signifiait que le différentiel avec les dépenses moyennes de sécurité sociale avait augmenté de 5,6 points en 1994 à 7,8 points en 2002. L'Espagne occupe l'avant-dernière place au sein de l'UE dans le domaine des dépenses de sécurité sociale par rapport au PIB, et se place en dernière position pour ce qui concerne les dépenses sociales par habitant en termes de parité du pouvoir d'achat (Rodriguez Cabrero, 2004).

**TABLEAU 1 : DEPENSES DE PROTECTION SOCIALE (EN % DU PIB ET EN SPA PAR HABITANT)**

<b>Dépenses de protection sociale % PIB</b>	<b>1994</b>	<b>2002</b>	<b>Dépenses sociales en SPA par habitant</b>	<b>EU 15= 100</b>	
Suède	36,8	32,5	Luxembourg	10.503	156
France	30,5	30,6	Suède	8.190	121
Allemagne	28,3	30,5	Danemark	8.095	120
Danemark	32,8	30,0	Autriche	7.870	117
Autriche	28,9	29,1	France	7.729	115
Pays-Bas	31,7	28,5	Pays-Bas	7.645	113
EU 15	28,4	28,0	Allemagne	7.292	108
Belgique	28,7	27,8	Belgique	7.131	106
Royaume-Uni	28,6	27,6	Royaume-Uni	7.003	104
Grèce	22,1	26,6	UE 15	6.748	100
Finlande	33,8	26,4	Finlande	6.467	96
Portugal	21,3	25,4	Italie	6.266	93
Italie	26,0	25,1	Irlande	4.809	71
Luxembourg	22,9	22,7	Grèce	4.681	69
Espagne	22,8	20,2	Portugal	4.298	64
Irlande	19,7	16,0	Espagne	4.186	62

Source : Eurostat, 'Dépenses et recettes de protection sociale 1994-2002'.

Cette réduction des dépenses de sécurité sociale s'observe dans les différents postes des dépenses sociales ainsi que dans les dépenses sociales par habitant. Pour ce qui concerne les postes des dépenses, nous nous trouvons dans la situation suivante : alors que, en 1993, la différence entre l'Espagne et la moyenne de l'UE du point de vue des dépenses de santé était de 0,9 point du PIB, en 2001, elle avait augmenté de 1,5 points. Pour ce qui concerne le domaine des pensions, les dépenses ont été globalement stables, aussi bien en Espagne que dans les pays de l'UE. Une légère tendance relative à la baisse a toutefois été constatée en Espagne puisque les dépenses de pensions s'élevaient à 8,5 % du PIB en 1998 et à 8,2 % en 2003, ce qui signifie que l'augmentation des dépenses de pension résultant du facteur démographique a été compensée par la tendance générale, allant dans le sens d'une réduction du niveau de protection offert (Navarro, 2005).

Il ne fait aucun doute que, ces dernières années, un fossé social s'est creusé et même élargi au niveau de la convergence des dépenses de protection sociale entre l'Espagne et la moyenne des Quinze de l'UE, un fossé qui existe également dans d'autres pays tels que l'Irlande, la Finlande et les autres pays du Sud de l'Europe. Toutefois, le cas de l'Espagne présente des caractéristiques spécifiques qui doivent être mises en évidence, compte tenu de la longue période de croissance économique qu'a connue l'économie espagnole entre 1995 et 2005.

En effet, le long cycle de croissance économique qu'a connu l'Espagne entre 1995 et 2005 a indubitablement favorisé la restructuration financière des systèmes de sécurité sociale (qui étaient déficitaires entre 1995 et 1998 et qui sont aujourd'hui excédentaires depuis 1999) puisque, outre l'augmentation de 4.244.400 du nombre de personnes affiliées au système entre 1998 (13.591.000) et 2005 (17.835.400), nous avons également assisté à un ralentissement de la croissance des dépenses sociales par rapport au PIB.

Ce modèle a été possible grâce à plusieurs facteurs, notamment le contexte de croissance internationale, le niveau peu élevé des taux d'intérêt, la modération salariale persistante, l'augmentation de l'emploi à faible coût d'immigrants issus de pays non membres et le taux élevé d'emplois temporaires, et un modèle de croissance fondé sur l'augmentation de la demande intérieure (plus particulièrement dans le secteur de la construction). Ce modèle souffre d'importants déficits : faible productivité, indice élevé d'emploi temporaire (33 % en 1998 et 32,4 % de l'emploi total en 2004) et niveau peu élevé des dépenses publiques dans des politiques actives en faveur des chômeurs et des travailleurs. Tous ces facteurs pourraient exercer un impact négatif au cours des prochaines années dans un environnement européen et international de compétitivité accrue.

Toutefois, il est vrai que ce modèle de forte croissance s'est accompagné à la fois d'une augmentation du nombre de personnes affiliées au système de sécurité sociale et d'une réduction des dépenses de sécurité sociale. Cet élément capital de la période 1998-2004 doit être expliqué par une analyse des caractéristiques de ce processus qui n'ont pas seulement entraîné un ralentissement des dépenses sociales mais qui ont aussi donné lieu à des changements significatifs dans la nature institutionnelle du système de sécurité sociale espagnol. Il s'agit, notamment, des changements suivants (Gimeno Ullastres y González, 2003 ; Gonzalez Temprano, 2003).

- Tout d'abord, la réduction des dépenses sociales a accru la divergence sociale par rapport à la moyenne des Quinze puisque les dépenses sociales par habitant sont de 60 % de la moyenne européenne en termes de parité du pouvoir d'achat, tandis que le PIB par habitant se situe à environ 84 % de la moyenne des quinze Etats membres. Ce phénomène s'observe dans tous les domaines de dépenses et, dans certains, tels que la sécurité sociale pour les familles et les enfants, les différences sont énormes.
- Ce modèle de réduction des dépenses repose essentiellement sur la réduction du niveau de protection offert et non sur une diminution des niveaux de couverture. Ainsi, par exemple, les prestations de santé et les pensions minimales dans le système de sécurité sociale (celles-ci représentaient 28,3 % du total en 2004) ont perdu du pouvoir d'achat par rapport au revenu familial disponible par habitant.

- D'autre part, l'Etat s'est de plus en plus désengagé du financement du système de sécurité sociale (système non contributif), allant ainsi à l'encontre des recommandations formulées dans le Pacte de Tolède. Mentionnons simplement le financement du complément des pensions minimales et des activités de formation professionnelle par les cotisations et non par l'impôt.
- Quatrièmement, la réduction des dépenses ayant coïncidé avec des exigences de qualité et une diminution du niveau de protection sociale, nous avons observé une augmentation des dépenses privées dans les soins de santé et les services sociaux, ainsi que dans les régimes de pension individuels. Les politiques fiscales mises en oeuvre depuis 1998 ont favorisé les classes sociales jouissant de revenus plus élevés, qui ont dû se tourner en partie vers l'offre privée de services. Cela a donc entraîné une nette augmentation de la prestation privée de services sociaux personnels, de services de soins de santé et de services d'éducation, dans laquelle l'Etat n'a pas abandonné ses fonctions de régulateur et de financier dans un cadre idéologique favorisant une plus grande responsabilité individuelle et familiale par rapport au coût de la sécurité sociale.
- Enfin, l'achèvement du processus de transfert des compétences en matière de soins de santé, d'éducation et d'autres affaires sociales, aux gouvernements régionaux en 2002 a fait apparaître deux problèmes qui, en 2005, ont pris une importance toute particulière : d'une part, l'apparition de problèmes liés à la coordination et à l'harmonisation des politiques sociales et, d'autre part, des problèmes liés à la cohésion sociale et aux différences dans l'offre de services publics. Les réformes des soins de santé opérées en 2003 et les tensions liées au financement du déficit en matière de soins de santé, que nous examinerons plus loin, sont des exemples concrets de ces changements.

## **2. LA REFORME PERMANENTE DU SYSTEME DE PENSION**

---

En 1995, les partis politiques sont parvenus à un accord institutionnel dans le but de garantir la viabilité du système des pensions publiques. Cet accord était fondé sur un modèle de sécurité sociale consolidé entre 1985 et 1995 (bien qu'il y ait eu une tendance au déficit au début des années 1990) et visant à renforcer le système de pension contributif, la garantie d'un système de pension non contributif et un système de soins de santé universel (ce dernier étant financé par l'impôt général depuis 1990).

Le Pacte de Tolède, conclu en avril 1995, est un système de consensus destiné à garantir la viabilité du système des pensions publiques à long terme en appliquant des mesures de réforme permanentes, et plus particulièrement les mesures suivantes (Rodríguez Cabrero, Marbán, Arriba, Salido, 2005).



- Réformes visant à renforcer la nature contributive du système de pension en augmentant le nombre d'années de cotisation, ramenant ainsi la base de cotisation à des niveaux compatibles avec les salaires réels, et visant (à long terme) à calculer les pensions sur la base d'un plus grand nombre d'années ; en d'autres termes, renforcer le principe de capitalisation dans un système par répartition standard. Tout cela implique un resserrement du lien entre la pension et l'effort contributif individuel.
- D'autre part, l'objectif est d'améliorer les pensions minimales en maintenant leur pouvoir d'achat par rapport à l'indice des prix à la consommation (IPC) et en réformant les régimes de sécurité sociale spéciaux, tels que ceux des indépendants et des agriculteurs.
- Un accord crucial a été trouvé sur la séparation des sources de financement de manière à ce que le niveau contributif (sécurité sociale) soit financé par les cotisations et que le niveau non contributif (aide sociale) soit financé par l'impôt général. La mise en oeuvre de cet objectif par la loi de 1997 relative à la rationalisation et à la consolidation de la sécurité sociale, prévue pour 2000, n'a pas encore été concrétisée.
- Enfin, l'objectif est d'accroître le niveau complémentaire du système public afin de favoriser, avant tout, la croissance des fonds d'entreprises et des régimes de pension collectifs, qui ne sont pas très répandus par comparaison aux régimes de pension individuels.

Ce Pacte, qui aura dix ans en 2005, s'est développé de façon très inégale, mais intense, en raison de la croissance économique, de l'augmentation de l'emploi et du nombre de personnes affiliées au système de sécurité sociale, ce qui améliore la relation entre les affiliés et les retraités (voir tableau 2), de la création d'un Fonds de réserve de la sécurité sociale dès 1999 (voir tableau 3) et d'un consensus politique solide et du soutien social des syndicats et des associations de retraités. Le renouvellement du Pacte de Tolède en octobre 2003 a démontré son évolution positive, renforcé les objectifs de départ et introduit la volonté de mettre en place un système de sécurité sociale pour les personnes dépendantes. Tous ces aspects ont fait l'objet d'un débat, d'accords sociaux et de lois entre 1995 et 2005 (voir annexe 1).

**TABLEAU 2 : POPULATION ACTIVE / RETRAITES ET DEFICIT – EXCEDENT DE LA SECURITE SOCIALE**

Année	Affiliés/ retraités	Déficit – excédent / PIB
1995	2,07	-0,72
1996	2,06	-0,68
1997	2,08	-0,30
1998	2,15	-0,11
1999	2,22	0,18
2000	2,29	0,55
2001	2,34	0,89
2002	2,39	0,93
2003	2,44	1,16
2004	2,50	1,10

Source : Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2005) 'Informe de Estrategia de España en relación con el futuro del sistema de pensiones'.

**TABLEAU 3 : FONDS DE RESERVE DE LA SECURITE SOCIALE**

Année	Millions EUR
2000	601
2001	1.803
2002	3.575
2003	5.494
2004	6.720
2005	7.000
TOTAL	25.193
Rendement des investissements	1.457,85
TOTAL	26.650,85
% PIB	3,8

Source : Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Les projections du nombre de retraités, mises à jour par le Gouvernement en été 2005, sont fondées sur l'évolution potentielle du facteur démographique, de l'emploi et de la croissance économique d'ici 2050 (voir tableau 4). Tous ces facteurs peuvent changer à moyen terme, comme c'est à présent le cas en Espagne avec la mutation démographique résultant de l'immigration. La croissance de l'emploi en Espagne est un facteur déterminant car, bien que le taux général d'emploi soit passé de 50,1 % en 1990 à 62,0 % en 2004 (74,9 % pour les hommes et 49 % pour les femmes) et que les taux de chômage aient chuté de 23,0 % en 1995 à 11,0 % en 2004, l'intégration des femmes dans le marché du travail (possible partiellement grâce à l'instauration de normes permettant de mieux concilier vie professionnelle et vie familiale, bien que l'offre de services et de crèches soit faible) est loin d'être

une réalité. Or, elle peut être un facteur de croissance de l'affiliation au système de sécurité sociale, qui pourrait compenser la croissance du nombre de retraités, de même que la contribution des immigrants originaires de pays non membres.

**TABLEAU 4 : PROJECTION DU NOMBRE DE PENSIONS, DES DEPENSES SOCIALES DANS LES PENSIONS ET DU % DU PIB**

Année	Nombre de pensions	Dépenses dans les pensions (millions d'euros)	% PIB
2005	7.992.811	65.905	7,71
2010	8.549.525	91.382	7,74
2015	9.253.023	118.876	7,91
2020	9.957.721	153.733	8,30
2030	11.653.992	262.980	10,09
2040	13.287.653	434.022	12,93
2050	13.591.502	629.861	14,51

Source: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Le Gouvernement tire deux conclusions provisoires de ces projections du nombre de retraités : tout d'abord, il estime que le système de sécurité sociale restera excédentaire jusqu'en 2014. À partir de 2015, il générera un déficit équivalent à 0,04 % du PIB ; le fonds de réserve devrait permettre l'équilibrage du système jusqu'en 2020. Dès l'année 2021, le système générera de réels déficits.

Pour faire face à cette situation, le Pacte de Tolède tente d'aborder la réforme permanente du système public en assurant la continuité des dix dernières années tout en cherchant à favoriser le développement des systèmes complémentaires, et plus particulièrement des pensions de salariés et des régimes encouragés par les entreprises et les syndicats, comme celui présenté par le Gouvernement central et les syndicats en novembre 2002 et inauguré en 2004. Il convient de faire remarquer que le système complémentaire ou système de pension du deuxième pilier ne s'est pas beaucoup développé en Espagne et qu'il est axé sur des régimes individuels, qui représentaient 88,7 % de tous les participants en 2002 (sur un total de 5.890.297), tandis que le restant concernait des plans pour l'emploi et autres plans du même type (11,3 %). La part des fonds de pension par rapport au PIB est donc peu importante (3,84 %) par comparaison à d'autres pays de l'UE, tels que le Royaume-Uni (92,56 %), la Suède (54,09 %), les Pays-Bas (115,44 %), l'Allemagne (16 %) et le Danemark (24,5 %).

### 3. LE DEBAT SUR LE SYSTEME DE SANTE

Le système de santé espagnol actuel, inauguré par la Loi sur la santé publique d'avril 1986, est défini comme un système à couverture universelle, qui est financé et géré par l'Etat et décentralisé vers les gouvernements régionaux. Depuis cette date jusqu'en septembre 2005, ce système a été confronté à plusieurs changements importants : l'achèvement du système à couverture universelle, le transfert vers les gouvernements régionaux des compétences en matière de santé et, enfin, la garantie du financement dans un contexte de changement radical de la demande sociale et de réduction des dépenses publiques qui a créé des tensions financières et politiques non négligeables.

#### 3.1. CONTEXTE SOCIETAL

Pour bien comprendre ces changements, nous devons tout d'abord observer les nouveaux facteurs de l'offre et de la demande dans le domaine social, qui sont apparus ces dernières années. Du point de vue de la demande sociétale, deux facteurs valent la peine d'être mentionnés : tout d'abord, l'augmentation de la population espagnole (de 2,9 millions de personnes) entre 1998 et 2003, principalement attribuable à l'immigration, que nous examinerons plus loin. Ensuite, l'impact du vieillissement de la population espagnole, ainsi que les soins de santé prodigués aux citoyens des Etats membres de l'UE et aux citoyens originaires de pays tiers. Songez, par exemple, que tout immigré originaire d'un pays non membre et inscrit dans les registres d'une ville donnée (bien qu'il se trouve en situation d'illégalité en Espagne) a le droit de bénéficier de soins de santé gratuits. De la même manière, l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans exerce une pression constante sur le système de santé. Deuxièmement, le système de santé espagnol est globalement très apprécié des citoyens, et dans le domaine de la politique sociale, il est le premier sujet de préoccupation des Espagnols. Toutefois, de 2000 à 2003, cette appréciation a chuté, surtout à cause de deux éléments : les listes d'attente pour accéder aux services primaires ou spécialisés, et la qualité de l'information fournie aux patients par les institutions. Enfin, les Espagnols sont de plus en plus nombreux à demander une amélioration de la qualité des soins, qui est largement liée à la croissance économique et à l'augmentation du revenu familial, ce qui exerce également une pression sur le système de soins de santé.

Du point de vue de l'offre, plusieurs aspects doivent être mis en exergue. Tout d'abord, la stagnation des dépenses publiques affectées aux soins de santé, à environ 5,4 % du PIB, entre 1998 et 2002, alors que les pays voisins avaient plutôt tendance à modérer la croissance des dépenses de santé (voir tableau 5). Cette stagnation, alliée à des mesures de type fiscal, a favorisé la croissance des dépenses de santé privées. Ainsi, les dépenses de santé publique qui, en 1992, représentaient 77 % du budget total de la santé, ont été ramenées à 71,4 % en 2002, tandis que le niveau de ces deux types de dépenses est resté relativement stable dans les pays nordiques et continentaux, même si une légère tendance à l'augmentation des

dépenses privées a été observée. Cette évolution générale des dépenses de soins de santé doit être mise en corrélation avec l'augmentation du niveau des dépenses pharmaceutiques (une conséquence de la gratuité des médicaments pour les personnes âgées et de l'influence sur les prix de l'industrie pharmaceutique), qui représentent un cinquième du budget total des soins de santé, la stagnation des investissements et le profond mécontentement des professionnels face au niveau élevé d'insécurité de l'emploi dans la profession et au gel des salaires.

**TABLEAU 5 : DEPENSES DE SANTE PUBLIQUE (% PIB)**

Année	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Danemark	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,9	7,1	7,3
Suède	7,1	7,3	7,1	7,2	7,2	7,2	7,5	7,9
France	7,3	7,2	7,1	7,1	7,1	7,1	7,2	7,4
Allemagne	8,5	8,8	8,5	8,3	8,4	8,3	8,5	8,6
Royaume-Uni	5,8	5,8	5,5	5,5	5,8	5,9	6,2	6,4
Italie	5,3	5,4	6,6	5,6	5,6	6	6,3	6,4
Grèce	5	5,1	5	4,9	5,2	5,2	5	5
Portugal	5,1	5,5	5,6	5,6	5,9	6,4	6,6	6,5
Espagne	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,3	5,4	5,4

Source : OCDE (2004).

### 3.2. REPONSES INSTITUTIONNELLES

Les changements et réformes du système de santé opérés ces dernières années doivent être replacés dans ce contexte. Quatre réformes ont été mises en œuvre :

Tout d'abord, janvier 2002 a vu la finalisation du processus de transfert du système de santé du Gouvernement central vers les 10 gouvernements régionaux sur 17 qui n'avaient pas encore reçu cette compétence. Le système des soins de santé publique est donc aujourd'hui entièrement décentralisé mais la santé générale, la coordination du système de soins de santé et l'équilibre financier du système restent du ressort du Gouvernement central. Cette réforme permet de mieux adapter le système de santé aux besoins des citoyens, de mettre en place des plans régionaux pour le système de soins de santé et d'améliorer la gestion du système mais, parallèlement, elle a aussi aggravé les problèmes de coordination et de financement, de même que les problèmes liés à l'efficacité et à l'égalité sociale.

Deuxièmement, afin de résoudre les problèmes liés à la cohésion et à la coordination du système de soins de santé, et par là garantir l'équité du système, la Loi nationale sur la qualité et la cohésion du système de santé, largement soutenue par le Parlement, a été adoptée en 2003. Cette loi avait pour objectif de rendre le système de santé plus gérable en assurant sa coordination via le renforcement de l'organisme de coordination, de coopération, de communication et d'information déjà

en place (Conseil interterritorial du système national de santé). La loi a élargi les responsabilités de chaque région en matière de soins de santé et a garanti l'égalité de ceux-ci pour tous les citoyens au travers de réformes telles que l'élaboration d'un catalogue de services de santé et leur extension aux soins de santé sociaux, aux soins palliatifs et à la santé mentale, la création d'un institut d'information sur la santé, la mise en place de programmes de qualité et la réalisation d'audits, le renforcement de la participation des citoyens (conseil de la participation sociale) et la création d'un fonds de cohésion dans le domaine de la santé afin de garantir l'égalité des soins de santé sur tout le territoire espagnol.

Troisièmement, une réforme du financement des soins de santé, devant servir d'étape préliminaire avant le transfert complet du système des soins de santé, a été adoptée et entamée en janvier 2002. Le financement de ceux-ci s'inscrit dans le cadre du système général de financement des régions, et les dépenses des soins de santé sont recalculées en ajustant la population en fonction de la population de plus de 65 ans et de la morbidité. Le Gouvernement central garantit un financement suffisant entre 2002 et 2004, de manière que la croissance des dépenses de santé soit au moins égale à celle du PIB nominal, et une nouvelle taxe sur les carburants a été instaurée (l'eurocent pour la santé) afin de renforcer les finances régionales. En outre, des fonds supplémentaires ont été dégagés, en fonction du revenu relatif de chaque région et de la densité de la population. En vertu de la politique de responsabilité fiscale, instaurée en 2002, l'Etat a octroyé aux gouvernements régionaux 33 % de la part d'impôt sur le revenu, 35 % des recettes de la TVA et 40 % des taxes spéciales (en particulier les taxes sur l'alcool et sur les carburants).

Enfin, des réformes visant à assurer la stabilité des professions médicales ont été menées à bien par le biais de la Loi sur la planification de celles-ci (2003) et d'un nouveau cadre statutaire pour le personnel médical professionnel (2003).

Ces réformes ont eu des résultats mitigés : d'une part, elles ont permis d'élargir la couverture des soins de santé et d'augmenter les services de ceux-ci et la qualité des soins et, d'autre part, le système de santé s'est retrouvé confronté à un important déficit de ressources, qui a annulé l'effet de l'accord de financement de 2001. De façon plus spécifique, pour ce qui concerne le financement, il convient de faire remarquer que, trois ans après la mise en œuvre de la réforme, les pressions financières se sont intensifiées : on a observé une augmentation des différences au niveau du financement par habitant et les déséquilibres dus aux différences de revenus entre les régions n'ont pas été corrigés, mais il n'a été tenu aucun compte de la croissance de la demande dans le domaine des soins de santé résultant de l'augmentation significative de la population immigrée et d'autres facteurs, tels que les prix et le service moyen réel fourni. Entre 1999 et 2003, les dépenses de santé ont augmenté de 8,89 % en moyenne en raison du facteur démographique (qui explique 21,4 % de cette augmentation), du facteur des prix (46,1 %) et de la fourniture moyenne réelle de services (qui représente 32,5 % de cette augmentation). Enfin, de nombreux gouvernements régionaux n'ont pas exercé leur responsabilité fiscale en

augmentant les taxes qui relevaient de leur compétence, laissant ainsi apparaître un déficit en matière de soins de santé qui serait comblé par le Gouvernement central. Aussi, en septembre 2005, le Gouvernement central a été contraint d'injecter des fonds supplémentaires pour combler les déficits et de relever les taxes indirectes (sur l'alcool et le tabac), sans que les gouvernements autonomes n'assument leur responsabilité fiscale et ne financent le déficit de santé avec leurs ressources propres. Cette tendance au déficit dans le domaine de la santé pourrait creuser le fossé entre l'Espagne et les pays plus développés de l'UE et accroître les différences entre les systèmes de santé des différentes régions.

#### **4. UN NOUVEAU DOMAINE DE PROTECTION SOCIALE : L'INTEGRATION DES IMMIGRANTS ORIGINAIRES DE PAYS TIERS DANS L'ETAT-PROVIDENCE ESPAGNOL**

En 1990, le nombre de résidents étrangers en Espagne ne dépassait pas 300.000. En quinze ans, ce chiffre a grimpé à près d'un million et demi de résidents légaux. Durant la période 1990-2000, l'augmentation s'est faite de façon progressive mais lente, et c'est seulement à partir de 2000 qu'une augmentation réelle de la population de résidents étrangers, en particulier des immigrants originaires de pays non membres de l'UE, a été observée (Cachón, 2000, 2005 ; Izquierdo, 2003).

Le nombre réel d'étrangers présents sur le sol espagnol est très controversé. Selon une source d'information (le recensement municipal), le chiffre s'élevait à 3.050.847 (soit 7,1 % de la population totale enregistrée en Espagne) au 1er janvier 2004 et, au 1er janvier 2005, il avait grimpé à 3.500.000 (chiffres provisoires), soit 8 % de la population enregistrée en Espagne. Selon la deuxième source (Institut espagnol des statistiques), le chiffre était de près de moitié au 31 décembre 2003 (1.647.011 permis de séjour en cours) et à 56,5 % des chiffres du recensement au 31 décembre 2004 (1.977.291). Sur la base de ces chiffres, les analystes démographiques ont conclu que le nombre d'immigrants illégaux s'élevait à 1.400.000 à la fin de 2003 et que, à la fin de 2004, il avait culminé à un peu plus d'un million et demi de personnes (voir tableau 6). Les sources divergent à partir de 2000, année qui a marqué le début des processus de 'régularisation' mais aussi une forte augmentation des entrées d'immigrants en Espagne. Nous ne devons pas oublier un fait essentiel : depuis l'adoption de la Loi organique 4/2000, l'inscription au bureau du recensement confère des droits sociaux, ce qui signifie que les étrangers se sont montrés plus enclins à signaler leur présence aux bureaux de recensement.

**TABLEAU 6 : NOMBRE DE RESIDENTS ETRANGERS EN ESPAGNE (1990-2004)**

Année	Pays non membres		Résidents de l'UE		Total
	Total	%	Total	%	
1990	137.589	49,4	141.207	50,6	278.796
1991	216.770	60,1	143.885	39,9	360.655
1992	213.742	54,4	179.358	45,6	393.100
1993	208.013	48,3	222.409	51,7	430.422
1994	197.637	42,8	263.727	57,2	461.364
1995	205.047	41,0	294.726	59,0	499.773
1996	219.657	40,8	319.327	59,2	538.984
1997	277.255	45,5	332.558	54,5	609.813
1998	338.720	47,1	380.927	52,9	719.647
1999	382.955	47,8	418.374	52,2	801.329
2000	475.846	53,1	419.874	46,9	895.720
2001	659.179	59,4	449.881	40,6	1.109.060
2002	826.956	62,5	497.045	37,5	1.324.001
2003	1.074.895	65,2	572.116	34,7	1.647.011
2004	1.305.041	66,0	672.250	34,0	1.977.291

Source : Anuarios Estadísticos de Extranjería et OPI.

Entre 1990 et 1998, l'affiliation au système de sécurité sociale des travailleurs originaires de pays tiers a commencé à croître lentement. Dès 1998, cette croissance a augmenté de façon spectaculaire. Compte tenu de la légalisation des étrangers qui a débuté en janvier 2005 (avec 687.138 demandes de passage de l'économie illégale à l'économie légale), à la fin du mois de juillet de cette même année, le nombre de personnes enregistrées dans le système de sécurité sociale avait augmenté de 570.000, et le processus n'est pas encore terminé.

En 2000, le nombre de travailleurs étrangers affiliés au système de sécurité sociale atteignait près d'un demi-million (3 % du nombre total d'affiliations). À la fin de 2005, le nombre d'affiliations se chiffrait à presque 1.700.000 personnes (9,4 % de la population totale des affiliés). Cette augmentation était majoritairement imputable à l'affiliation de travailleurs étrangers originaires de pays tiers. Il suffit de se rappeler que la croissance de l'affiliation au système de sécurité sociale des immigrants originaires de pays tiers a augmenté de 528 % entre 1999 et 2004 ; pendant la même période, la croissance de l'affiliation des immigrants originaires des pays de l'UE était de 154 %.



**TABLEAU 7 : POPULATION D'IMMIGRANTS ET DE COTISANTS A LA SECURITE SOCIALE (31 DECEMBRE 2000-2004)**

	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre total d'immigrants	895.720	1.109.060	1.324.001	1.647.011	1.977.291
Pays non membres de l'UE	475.846	659.179	826.956	1.074.895	1.305.041
Citoyens de l'UE	419.874	449.881	497.045	572.116	672.250
Nombre total de cotisants à la sécurité sociale originaires des pays de l'UE	141.633	159.487	179.771	208.135	249.489
Nombre total de cotisants à la sécurité sociale originaires de pays tiers	312.938	447.587	651.887	717.145	827.255
Nombre total de cotisants étrangers	454.571	607.074	831.658	925.280	1.076.744

Source : Anuario de Extranjería, Anuario de Estadísticas Laborales y elaboración propia.

Pour ce qui concerne l'intégration des immigrants originaires de pays en dehors de l'UE dans l'Etat-providence espagnol, trois éléments importants ont favorisé l'extension des droits sociaux, et plus particulièrement l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour les résidents légaux originaires de pays non membres de l'UE et pour les immigrants non légaux (Carrasco et Rodríguez Cabrero, 2006).

- L'article 12 de la loi 4/2000 prévoit quatre cas dans lesquels la population étrangère a le droit de bénéficier des soins de santé : les personnes inscrites au bureau de recensement de la commune dans laquelle elles résident (aux mêmes conditions que les Espagnols) ; les soins de santé d'urgence ; les personnes âgées de moins de 18 ans ; et les femmes étrangères enceintes. Comme nous le constatons, depuis l'année 2000, l'accès aux soins de santé est devenu quasiment universel étant donné que la restriction de l'accès à ces soins pour les personnes cotisant au système de sécurité sociale ou les demandeurs d'asile est annihilée par le fait que la loi n'exige qu'une simple inscription des citoyens originaires de pays tiers au bureau du recensement de leur commune (qui n'exige pas du demandeur qu'il ait le statut de résident légal en Espagne). Ainsi, les conditions requises pour accéder aux soins de santé ne sont plus liées au travail mais bien à la résidence. Selon nos estimations, à la fin de 2004, 96 % des immigrants originaires de pays tiers avaient accès au système de santé soit via l'emploi formel soit via les soins.
- Le taux de chômage dans la population étrangère originaire de pays tiers se situait à environ 15 % entre 1999 et 2004, sauf en 2000. À l'évidence, l'enquête sur la main-d'œuvre ne reflète pas de façon fiable les informations relatives à la population immigrante ; ces informations doivent donc être considérées comme approximatives. Pour ce qui concerne le taux de chômage, la couverture du chômage a fluctué au cours des cinq dernières années, entre un maximum d'environ 27 % de chômeurs inscrits en 2004 et un minimum de 16,9 % en 2001.

- Enfin, les politiques de l'immigration et leur double rôle de contrôle des flux et d'intégration socioprofessionnelle ont fait l'objet de débats intenses depuis la première loi sur l'immigration de 1985, puis la loi sur les droits et libertés des étrangers en Espagne (loi 4/2000), sa nouvelle version (loi 8/2000) et les dernières réformes de la loi en 2003 (loi 14/2003) et en 2004. De manière générale, on peut dire que les réformes ont évolué en fonction des flux migratoires : entre 1985 et 2000, les politiques de l'immigration visaient, bien que modestement, l'intégration sociale ; entre 2000 et 2004, elles visaient le contrôle des flux en raison de la forte croissance du nombre d'étrangers arrivant en Espagne ; et, depuis le printemps 2004, une politique globale a été mise en œuvre dans le but de légaliser la présence des étrangers, de les intégrer dans le système de sécurité sociale et de mettre en place des politiques d'intégration éducative et culturelle face à l'augmentation du pourcentage de résidents en Espagne. Les nouvelles politiques mises en œuvre sont donc axées sur la lutte contre l'immigration illégale, sur la canalisation de l'immigration illégale et sur l'amélioration de la coordination entre les administrations publiques et les ONG dans le but de favoriser l'intégration des immigrants. L'objectif est de revitaliser le Forum pour l'intégration sociale des immigrants et de créer un Observatoire contre le racisme et la xénophobie et un Conseil pour l'égalité de traitement et la non-discrimination.

## 5. LES SOINS DE LONGUE DUREE DANS LE PROGRAMME POLITIQUE

Le rapport du Médiateur (Defensor del Pueblo, 2000) en faveur d'un modèle global de protection des personnes dépendantes dans le cadre de la sécurité sociale et les recommandations du Pacte de Tolède de 2003 demandant l'instauration d'une 'politique globale de protection des personnes dépendantes' ont été des étapes déterminantes dans le débat politique et scientifique engagé en 1998, qui s'est également tenu au niveau européen (Pacolet, 1999, 2006 ; Documentación Social, 2006).

Tous ces faits récents indiquent clairement que non seulement il existe un consensus social et politique sur la nécessité d'assurer une protection sociale pour les différentes situations de dépendance mais aussi sur le besoin urgent d'instaurer une politique sociale qui valide ce consensus. Le problème réside évidemment dans la définition du modèle de protection sociale le plus efficace et le plus facile à réaliser du point de vue financier.

Le 30 décembre 2004, le Gouvernement a présenté le Livre Blanc sur la prise en charge des personnes en situation de dépendance en Espagne, qui a servi de base à l'élaboration d'un projet de loi au Parlement à l'automne 2006. Cela a enclenché le processus d'élaboration et de concrétisation d'une loi sur la protection des personnes dépendantes.

La nouvelle loi de protection sociale des personnes en situation de dépendance établit un nouveau droit subjectif de tous les citoyens, celui de bénéficier de services et de prestations monétaires visant à pallier les différentes situations de dépen-

dance. L'analyse de cette loi nous permettra d'en indiquer les caractéristiques de base, pour ensuite en souligner les aspects critiques, avant sa mise en application en 2007.

### 5.1. CARACTERISTIQUES DE BASE DE LA LOI SUR LA DEPENDANCE

Trois sont les traits qui caractérisent le modèle de protection qui sous-tend la loi sur la dépendance, et que nous analyserons par la suite: universalité du droit subjectif, décentralisation ou gouvernement partagé de celle-ci entre l'Etat et les Communautés Autonomes ou Régions, gestion mixte de services, vaste participation des organisations sociales et économiques et un financement qui prétend être suffisant et soutenable à long terme.

Tout d'abord, la loi reconnaît un droit subjectif à tous les citoyens en situation de dépendance d'être protégés par l'Etat. Ce droit se matérialise en un système complexe de protection à trois niveaux: un niveau de base financé par l'Etat central, un second niveau financé conjointement par l'Etat et par les Communautés Autonomes (CCAA) sur la base de conventions annuelles et un troisième échelon que chaque Communauté peut librement établir sur son territoire.

Un facteur essentiel de la loi est celui de la combinaison entre services et prestations monétaires. Bien que la loi propose une option mixte, les services sont prioritaires et les prestations monétaires exceptionnelles (lesquelles seront toujours rattachées à un service en cas d'absence de services du réseau public ou comme compensation pour un soignant non professionnel sous certaines conditions, telles que l'adéquation à un programme individuel de soins, les conditions d'habitabilité du logement et l'inscription au régime de la sécurité sociale). Étant donné le faible taux de services sociaux existants en termes comparés, et ce malgré l'accroissement important des dix dernières années, un poids important des prestations monétaires est à prévoir à moyen terme face aux services, ce qui peut supposer un certain retard dans la construction d'un réseau de services qui, d'autre part, a besoin d'investissements additionnels que la loi n'envisage pas de manière directe.

Deuxièmement, du point de vue des compétences, la loi a renoncé à intégrer le réseau dans le système de sécurité sociale, tel qu'il était prévu dans le Livre Blanc de 2005. C'est une branche de la protection sociale qui, tout comme le système des soins de santé, sera financée par des impôts généraux, les compétences en la matière étant partagées entre l'Etat et les régions. Le pilier des "compétences" reflète inévitablement l'actuelle question territoriale en Espagne et affecte la dynamique même de la construction du nouveau système. Le système de dépendance tente d'équilibrer les compétences exclusives des CCAA en matière d'assistance sociale et de services sociaux avec les compétences de l'Etat central dans la réglementation des conditions de base qui garantiront l'égalité de tous les Espagnols dans l'exercice de leurs droits. Pour les partis nationalistes (catalan et basque) il y a eu invasion des compétences, ce qui les porte à considérer le nouveau modèle comme étant à rejeter, non pas tant pour son contenu protecteur.

La réglementation du nouveau système a établi un système d'équilibre institutionnel et financier potentiellement instable en puissance car si, d'une part, l'Etat garantit un niveau de prestation de base dans tout le territoire de l'Etat de façon impérative, d'autre part, le second niveau de protection reste subordonné à la volonté non impérative de la convention entre Etat et régions.

Troisièmement, le pilier de "légitimation" du nouveau système de protection sociale s'appuie sur deux facteurs: d'une part, en renforçant la participation des personnes affectées dans l'élaboration de leur plan individuel de protection; d'autre part, en garantissant la participation ou la voix des organisations sociales, syndicales et de l'entreprise, avec pour fonction d'informer, conseiller et formuler des propositions, en plus de modérer le jeu des compétences entre Etat et Communautés Autonomes et peut-être contribuer à réduire les tensions corporatives en augmentation entre secteur tertiaire et secteur marchand pour fournir des services.

Quatrièmement, en ce qui concerne la "gestion", la base pour fournir des services sociaux est la création d'un "réseau" public, étatique et concerté avec l'Etat, dans lequel participeront l'initiative privée dans le secteur de l'entreprise et le secteur tertiaire. Le système se dessine comme un système mixte pour ce qui est de fournir des services, en accord non seulement avec les tendances des systèmes de protection de la dépendance du Modèle Social Européen, mais aussi sur la base de la tradition du système lui-même de services sociaux en général et, en particulier, dans le cas de l'Espagne. Il faut rappeler qu'en ce qui concerne l'intervention sociale en ce domaine, le secteur tertiaire d'action sociale a eu un poids significatif, ce qui est explicité dans la loi et que l'on peut interpréter comme une reconnaissance du rôle historique dudit secteur en tant que "maillage social" dans la lutte contre l'exclusion sociale.

D'autre part, la position du système de santé dans le nouveau système de protection y est au final faiblement définie. Nombreuses sont les raisons possibles de cette mise à distance prudente d'avec le système de santé: le partage du coût de certaines prestations, le besoin de marquer les différences professionnelles entre systèmes, éviter l'extension du système de services sociaux sous la logique sanitaire de la gratuité, entre autres. Il est possible que l'application du système lui-même fasse que la collaboration et la coordination sociomédicale deviennent inévitables à moyen terme.

Enfin, le pilier du "financement" est crucial dans le nouveau système de protection. Le coût du financement de la loi aboutit à une répartition en trois parties que l'on prétend globalement égales entre Etat, Communautés Autonomes et le copaiement. Puisque l'Etat garantira une prestation de base dans tout le territoire national, c'est de la manière dont le copaiement sera réglementé et de celle dont vont se matérialiser les conventions entre Etat et régions que dépendra la quantité suffisante de financement de la nouvelle loi.

## 5.2. ASPECTS CRITIQUES DEVANT L'APPLICATION DE LA NOUVELLE BRANCHE DE PROTECTION SOCIALE

La mise en application de la nouvelle loi en 2007 s'ouvre sur une série d'incertitudes qui fait actuellement l'objet d'un débat de la part des organisations sociales et syndicales ainsi que des experts et que nous indiquons en synthèse.

Sans aucun doute, la nouvelle loi de la dépendance suppose une rupture historique, quoique incomplète, par rapport au modèle d'assistance des services sociaux basé jusqu'à maintenant sur le travail intense et non rémunéré des femmes chargées des soins. Le nouveau modèle de protection sociale se situe, d'un point de vue formel, dans la logique des systèmes universalistes, il est basé sur un système de compétences partagées entre Etat et régions et, par conséquent, sur des engagements financiers également partagés, ouverts au déroulement politique, et avec une participation importante des personnes dépendantes et de leurs soigneurs dans le financement du système et dans la charge de soins informels.

La mise en marche de la loi mettra en évidence ses potentialités de protection, ce pour quoi elle nécessitera un temps relativement long. Mais, en même temps, il faut prévoir ses effets potentiels non désirés que, dans une large mesure, nous avons anticipés plus haut. En guise de preuve, ces derniers en seraient les suivants:

Le nouveau système de protection est un système potentiellement instable du point de vue institutionnel étant donné les coûts possibles de réglementation d'un jeu coopératif d'une exigence apparemment faible entre Etat et régions, c'est-à-dire, qui n'est pas clairement impératif. Des doutes apparaissent sur la possibilité d'une quantité insuffisante de financement de la part de l'Administration Centrale pour faire face à des objectifs aussi coûteux tels que le financement des prestations minimales, celles relevant des conventions avec les régions et le renforcement de l'actuel réseau de services. Un engagement qui semblerait pouvoir s'achever en 2015 lorsque les régions prendraient en charge le financement du système.

En troisième lieu, les inégalités sociales et territoriales que peuvent provoquer le deuxième échelon et, surtout, le troisième échelon de financement additionnel étant donné l'inexistence d'un fonds d'équilibre territorial dont la création n'a pas été prévue par la loi, comme n'a pas été non plus prévue la création d'un fonds d'investissement en infrastructures.

La réglementation du copaiement, de manière à ce que l'effet d'exclusion n'affecte pas les couches moyennes de la population, est cruciale. La population à faibles ressources en situation de dépendance est assurée de pouvoir accéder au système de prestations. La clef du succès de la nouvelle branche de protection sociale réside dans le fait d'obtenir que les classes moyennes se voient peu ou nullement exclues du système de protection.

Enfin, la création d'un réseau de services implique des avancées dans un système accessible et continu. La coordination sociosanitaire (ce qui suppose une plus grande implication institutionnelle du système de santé dans les soins liés à la dépendance) et le dépassement de la fragmentation interne dans le système de services sociaux lui-même sont deux développements nécessaires pour l'efficacité du nouveau système.

## **6. CONCLUSIONS**

---

L'analyse des changements et des réformes de l'Etat-providence en Espagne entre 1998 et 2003 nous conduit aux conclusions suivantes.

Tout d'abord, cette période a vu la consolidation d'un modèle de protection sociale, avec une couverture relativement étendue (plus particulièrement les soins de santé et les pensions et, dans une moindre mesure, la protection familiale, les allocations de chômage et les services sociaux), un faible niveau de protection et une relative tendance à la privatisation et au transfert des coûts de la protection sociale vers la famille et le citoyen, ainsi que la mise en œuvre de nouvelles politiques en vue de la cohésion territoriale des soins de santé, la consolidation et la réforme permanente du système de pension publique et l'intensification des efforts dans les domaines des services sociaux et de la protection sociale pour les personnes en situation de dépendance. L'évolution de l'Etat-providence de 1998 à 2004 est caractérisée par la restriction des dépenses sociales et les réformes visant à garantir la viabilité.

La réforme permanente du système de pension publique en Espagne, approuvée par les partis politiques en 1996, a été la principale stratégie politique utilisée pour garantir la viabilité de ce système à long terme. Cette période a également vu le développement inégal dudit Pacte de Tolède dans un contexte de boom financier en ce qui concerne le système de sécurité sociale. Le renforcement du principe de capitalisation, la constitution d'un fonds de réserve de sécurité, la retraite flexible et la réforme de certains systèmes, tels que celui qui est appliqué aux travailleurs indépendants, sont des exemples de ce consensus pour soutenir la viabilité du système de pension publique. Toutefois, la séparation des sources de financement - niveaux contributifs et non contributifs - n'est pas encore effective et il reste beaucoup à faire pour aligner les cotisations sociales sur les salaires réels. Selon les plans pour 2005 relatifs au système de pension, la viabilité de ce système est assurée jusqu'en 2015-2020. À partir de ce moment, il devrait commencer à créer des déficits dans le système de sécurité sociale. Le dialogue social entre le Gouvernement, les syndicats et les organisations patronales devra servir à élaborer les nouvelles réformes qui permettront de faire face à l'impact réel du vieillissement de la population qui se fera sentir dès 2020 (Esping-Andersen, Duncan, Hemerick, Miles, 2002).

Le système des soins de santé espagnol a dû faire face à un accroissement des dépenses lié à une forte augmentation de la population, à l'impact du vieillissement, à l'augmentation quantitative et qualitative des services de santé depuis 2002 et au coût des nouvelles technologies, tout cela avec un corps de professionnels relativement similaire à celui d'il y a quatre ans et avec un niveau d'investissement insuffisant, qui nous a éloignés des niveaux des pays voisins, compte tenu du niveau de développement économique de l'Espagne. Le déficit financier du service de santé est davantage le symptôme que la cause des problèmes d'un système qui a fait ses preuves au niveau de la couverture et, de façon relative, au niveau de la qualité, mais qui ne dispose pas des capacités organisationnelles ni financières suffisantes pour pallier les déséquilibres territoriaux, les inégalités sociales et les nouveaux défis liés à la prise en charge des personnes dépendantes, ainsi que les soins aux personnes souffrant de maladies chroniques. D'après 49 % des citoyens espagnols, le système de santé est le service qui justifie le plus le paiement des impôts ; il est aussi le plus nécessaire et le mieux géré en dépit des critiques concernant les listes d'attente et le manque d'information des patients. Ces lacunes expliquent pourquoi, alors que 90 % des Espagnols utilisaient le système de santé publique en 1995, ce pourcentage avait chuté à 83 % en 2004.

En un peu plus de dix ans, l'Espagne, qui était traditionnellement un pays d'émigrants, est devenue un pays d'immigration. Les marchés de l'emploi immigrants (construction, industrie hôtelière et de la restauration, services domestiques, agriculture) ne remplacent pas mais complètent les besoins en main-d'œuvre de l'économie espagnole. Les politiques publiques dans ce domaine ont oscillé entre la mise en œuvre de politiques de contrôle des entrées et de politiques sociales en faveur de l'intégration et de la régularisation des situations professionnelles ; la gratuité des soins de santé et l'intégration dans les écoles sont deux des piliers des politiques d'intégration. Un nombre croissant d'immigrants souhaitant rester dans le pays, les politiques sociales visant ce groupe (plus de 8 % de la population espagnole) ont désormais une plus grande importance politique et économique. Leur contribution au rajeunissement de la population et au financement des systèmes de sécurité sociale nécessite un renforcement des politiques sociales mises en place en janvier 2005 et une politique plus générale de légalisation de leur situation.

Finalement, la protection sociale des personnes en situation de dépendance a abouti à l'approbation d'une loi de dépendance après huit ans de débats, études et projets. Le point de départ a été le Livre Blanc sur la prise en charge des personnes en situation de dépendance, publié en janvier 2005. L'augmentation de l'espérance de vie et de la population de plus de 80 ans, le changement profond de la taille et des fonctions de la famille espagnole et l'incorporation des femmes espagnoles (qui représentent 85 % des aidants informels) sur le marché de l'emploi font que le modèle traditionnel des soins informels, qui est fondé sur le travail bénévole des femmes, ne sera plus viable à moyen terme. Ce modèle est en pleine mutation. Il n'est pas en train de disparaître mais il requiert la mise en œuvre de politiques qui non seulement reconnaissent l'importance des soins informels mais soutiennent

ces soins au travers de fonds et de services. Le défi que devra relever la nouvelle loi consistera à remplacer un modèle d'aide sociale publique pour le soutien des personnes dépendantes par un autre modèle à couverture universelle, étant donné que la dépendance n'est plus un problème de famille mais un problème qui affecte l'ensemble de la société.

En résumé, ces dernières années, l'Etat-providence espagnol a démontré sa durabilité et sa stabilité (Tezanos et Díaz Moreno, 2006) dans un contexte de forte croissance économique et de légitimité politique. Il s'est développé entre la restriction des dépenses sociales et les pressions sociales en faveur de la couverture de nouveaux besoins en matière de santé et d'aide sociale, entre la base solide du système de sécurité sociale et les appels à la privatisation, entre le suivi d'une trajectoire déterminée et la nécessité d'entreprendre de nouvelles réformes, entre un modèle de politiques sociales décentralisé et la nécessité de mettre en place des politiques globales de coordination et de solidarité.

*(Traduction)*

---



---

**BIBLIOGRAPHIE**


---

Adelantado, J. et Calderón, E., Globalización y Estados de Bienestar: respuestas semejantes a problemas parecidos?, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, n° 2, 2005.

Cachón, L., La formación de la 'España inmigrante': mercado y ciudadanía. *Revista de Investigaciones Sociológicas*, n° 97, 2002.

Cachón, L., Los inmigrantes en el mercado de trabajo en España (1996- 2005), in Aja et J. Arango (dir.), *Anuario de las políticas de inmigración en España*, Fundación CIDOB, Fundación Jaume Bofill, I.U. Ortega y Gasset, Barcelona, 2005.

Carrasco Carpio, C. et Rodríguez Cabrero, G., La protección social de los inmigrantes no comunitarios, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 23, n° 2, 2005.

Documentación Social n° 141, VVAA, *La protección social de la dependencia en España*, Madrid Foessa, 2006.

Esping-Andersen, G., Duncan, G., Hemerick, A et Miles, J., *Why we need a new Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 2002.

Ferrera, M., *Los Estados del Bienestar del sur en la Europa Social*, in S. Sarasa y, 1995.

Ferrera, M., *The boundaries of Welfare: European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*, Oxford, Oxford University Press, 2005.

Gimeno Ullastres, J.A. et González, C., La evolución reciente del Gasto Social, in J. A. Garde (editor), *Políticas sociales y Estado de Bienestar en España*, Madrid, FUHEM, 2003.

González Temprano, A. (dir.), *La consolidación del Estado de Bienestar en España*, Madrid, CES, 2003.

Izquierdo, A. (dir.), *Inmigración: Mercado de trabajo y protección social en España*, Madrid, CES, 2003.

Jimeno, J. F., *The Spanish welfare state in the 1990*, s. Pacolet, 2002.

Navarro, V. (dir.) *La situación social de España*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2005.

Pacolet, J., *Social Protection for dependency in old age in the 15 EU member States and Norway*, Brussel, Europese Commissie, 1998.

Pacolet, J., *The state of the welfare state in Europe and 1992 and beyond*, Toronto, The Athenian policy forum inc., 2002.

Pacolet, J., Protección social de personas mayores dependientes: sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración, *Revista Española del Tercer Sector*, n° 3, 2006.

Rodríguez Cabrero, G., Arriba, A., Marbán, V. et Salido, O., *Actores sociales y reformas del bienestar*, Madrid, CSIC, 2005.

Rodríguez Cabrero, G., *El Estado de Bienestar en España*, Madrid, Fundamentos, 2004.

Rodríguez Cabrero, G. (coord), *Protección social de la Dependencia*, Madrid, MTAS, 1999.

Tezanos, J. F. et Díaz Moreno, V., *Tendencias sociales 1995-2006. Once años de cambios*, Madrid, Sistema, 2006.

---

**ANNEXES****ANNEXE 1 : PRINCIPALES REFORMES SOCIALES DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE ET DU SYSTEME DE PENSION**

<b>ANNEE</b>	<b>REFORMES ET CHANGEMENTS JURIDIQUES</b>
1995	Pacte de Tolède relatif à la viabilité des pensions publiques
1997	Loi relative à la rationalisation et à la consolidation de la sécurité sociale
2002	Loi relative au départ à la retraite progressif et flexible
2003	Renouvellement du Pacte de Tolède
2003	Stabilité de l'emploi des femmes et conciliation de la vie privée et de la vie professionnelle
2004	Droits et libertés des étrangers en Espagne et leur intégration sociale
2004	Adaptation au droit européen de la réglementation espagnole relative aux fonds privés et aux plans de pension
2005	Livre Blanc sur la prise en charge des personnes en situation de dépendance
2005	Loi relative à l'amélioration des pensions d'aide sociale par les Communautés autonomes

**ANNEXE 2 : PRINCIPALES REFORMES DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE ENTRE 1998 ET 2005**

<b>ANNEE</b>	<b>PRINCIPALES REFORMES</b>
2002	Loi de base sur les droits et obligations des patients
2002	Le 1er janvier 2002 marque la fin du processus de transfert du système de santé publique aux gouvernements régionaux
2003	Loi relative à la cohésion et à la qualité du système national de santé
2003	Loi relative aux professions de la santé
2003	Règlement relatif aux listes d'attente dans le système national de santé

# TABLE DES MATIERES

## L'ETAT-PROVIDENCE EN ESPAGNE ENTRE 1998 ET 2003

<b>INTRODUCTION</b>	771
<b>1. DEVELOPPEMENT DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE ENTRE 1998 ET 2003 : APERCU GLOBAL</b>	773
<b>2. LA REFORME PERMANENTE DU SYSTEME DE PENSION</b>	776
<b>3. LE DEBAT SUR LE SYSTEME DE SANTE</b>	780
3.1. CONTEXTE SOCIETAL . . . . .	780
3.2. REPONSES INSTITUTIONNELLES . . . . .	781
<b>4. UN NOUVEAU DOMAINE DE PROTECTION SOCIALE : L'INTEGRATION DES IMMIGRANTS ORIGINAIRES DE PAYS TIERS DANS L'ETAT-PROVIDENCE ESPAGNOL</b>	783
<b>5. LES SOINS DE LONGUE DUREE DANS LE PROGRAMME POLITIQUE</b>	786
5.1. CARACTERISTIQUES DE BASE DE LA LOI SUR LA DEPENDANCE . . . . .	787
5.2. ASPECTS CRITIQUES DEVANT L'APPLICATION DE LA NOUVELLE BRANCHE DE PROTECTION SOCIALE . . . . .	789
<b>6. CONCLUSIONS</b>	790
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	793
<b>ANNEXES</b>	795

# SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE AU ROYAUME-UNI EN 2005 : EVOLUTION POSITIVE

**PAR HOWARD GLENNERSTER**

Professeur émérite, London School of Economics; codirecteur du Centre for Analysis of Social Exclusion

## INTRODUCTION

---

Les dix dernières années ont été importantes dans l'histoire de la protection sociale du Royaume-Uni.

Le système s'est relevé encore plus fort et mieux armé pour survivre qu'il ne semblait être possible après les attaques lancées par le gouvernement Thatcher au sujet de sa légitimité. Cette réussite a été obtenue grâce à des changements d'orientation majeurs :

- l'accent a clairement été mis sur l'adaptation de la structure des avantages sociaux visant à créer davantage d'incitants à l'emploi ;
- la période connexe d'essor économique relatif a permis au pays d'enregistrer une croissance notable sur le plan des dépenses consenties dans les secteurs des soins de santé et de l'enseignement ;
- le budget de la sécurité sociale, qui avait dû financer un taux de chômage beaucoup plus faible, a été réorienté vers une réduction de la pauvreté infantile et une majoration des pensions octroyées aux plus démunis ;
- la normalisation et la concurrence de 'quasi-marchés' ont été introduites et ont rencontré un franc succès au sein des services publics, notamment dans l'enseignement, les soins de santé et l'aide sociale. Ce n'est que dans le secteur de l'aide sociale qu'on a assisté à une extension importante des prestations privées, bien que le capital privé ait été largement utilisé pour la construction de nouveaux dispositifs ;
- une extension importante de l'enseignement préscolaire et de la puériculture ainsi que des horaires des écoles reflète la nécessité d'encourager les familles actives et d'améliorer l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ainsi que la performance de l'enseignement ;
- l'échec majeur se situe au niveau de la politique des pensions. Un rapport consultatif novateur émis par le gouvernement (Pensions Commission 2004) a formulé des critiques acerbes au sujet du modèle des pensions privées volontaires du R.-U. Le rapport final (Pensions Commission 2005) proposait une refonte majeure du système des pensions du R.-U. Le parlement devrait à présent adopter cette proposition, avec le soutien de toutes les parties ;

- c'est également une période qui illustre à quel point il est difficile d'enrayer les inégalités existant sur le plan de la santé et celles associées à une économie dynamique. L'inégalité a effectivement cessé de croître après un élargissement significatif opéré au cours des années 1970 et 1980. La pauvreté infantile et la pauvreté parmi les personnes âgées ont été réduites considérablement ;
- des progrès majeurs ont été enregistrés dans la réduction du niveau de pauvreté parmi les enfants et les personnes âgées.

Le présent document aborde chacun de ces thèmes.

## 1. RENDRE LE TRAVAIL PAYANT

---

### 1.1. POLITIQUE

La restructuration brutale de l'économie du R.-U. à l'époque de Madame Thatcher a provoqué une augmentation du taux de chômage qui a atteint des niveaux sans précédent depuis les années 1930 - 12 % au milieu des années 1980. Lentement, la période prolongée de croissance nationale atteint certains des secteurs industriels traditionnels les plus affectés et soutenus par des projets spécifiques de régénération (Lupton, 2003).

Outre la désindustrialisation, il existe un problème structurel davantage lié à la politique des prestations. Par rapport à de nombreux pays d'Europe, le système des prestations du R.-U., bien qu'étant relativement moyen au niveau des prestations payées, se montrait très laxiste pour la fixation de limites à l'octroi des prestations, la nécessité d'une recherche d'emploi ou l'application de sanctions. Nombre de spécialistes, tels que Richard Layard (1997) a estimé que les niveaux élevés de chômage à long terme au R.-U. pouvaient s'expliquer dans une large mesure par ce type de pratiques administratives laxistes.

Bien que le gouvernement conservateur ait commencé à introduire des exigences au niveau des entretiens d'embauche ainsi que des sanctions, les travaillistes ont introduit une série de programmes conjugués (cf. Mcknight 2005 ; Dickens, Gregg et Wadsworth 2003) :

- le 'New Deal' pour les jeunes : le principal groupe cible était celui des jeunes âgés entre 18 et 24 ans et bénéficiant des prestations depuis plus de 6 mois. Après cette période, les prestations cessaient et les jeunes étaient orientés vers un conseiller en prestations qui examinait leur cas et les aidait dans les recherches d'emploi et les formations. Si ces recherches s'avéraient infructueuses, la personne était tenue d'accepter un emploi agréé, les employeurs percevant dans ce cas un subsidie à la formation. Les prestations n'étaient plus versées en cas de non-respect de la procédure. Des études d'évaluation (cf. Blundell et al. 2003) révèlent des effets minimes de ce programme sur les participants par rapport aux contrôles réalisés dans les groupes d'âges ultérieurs. Toutefois, cette méthode a produit des effets indirects. Les jeunes reconnaissent que les prestations ne constituent pas une solution facile ;

- New Deal pour les plus de 25 ans : ce projet requiert une recherche d'emploi contrôlée et intensive pour les chômeurs de longue durée ;
- parents célibataires : il est demandé aux mères de participer à des entretiens au cours desquels des conseils leur sont dispensés en matière de possibilités d'emploi et un plan de recherche d'emploi est élaboré tous les six mois au minimum dans les zones pilotes. Toutefois, il n'est pas demandé aux mères de travailler. Tout cela s'accompagne d'une série d'aides, d'une recherche d'emploi, de formations et de soins des enfants. Les expériences antérieures s'étaient avérées populaires et plutôt efficaces, car elles ont incité un nombre restreint de personnes à retourner sur le marché de l'emploi, compensant ainsi certainement les coûts du projet (McKnight, 2000). Rien n'avait été comparable à la suppression des prestations pratiquée aux E.-U. D'autre part, le nombre de parents célibataires et l'étendue de l'emploi au sein de ce groupe n'ont pas changé de manière significative – et sont passés d'à peine moins de la moitié des parents célibataires actifs à un peu plus de 50 % – loin des objectifs du gouvernement de 70 % d'ici 2010 ;
- personnes handicapées et malades de longue durée : les conseillers des personnes handicapées au chômage depuis une longue période ont suivi le modèle élaboré pour les jeunes. Il est devenu beaucoup plus difficile d'être enregistré comme malade sans avoir subi d'examen indépendants. Il s'agit ici d'un domaine sensible et le gouvernement a opéré très lentement. Ce problème est pourtant majeur (Nickell et Quintini, 2002). D'autre part, la demande croissante de travail et la diminution des perspectives de pension font que les travailleurs plus âgés, ayant atteint la cinquantaine, restent actifs plus longtemps (Disney et Hawkes, 2003).

Outre ces incitants relativement mineurs, des mesures de stimulation plus importantes ont été mises en place :

- l'introduction d'un salaire minimum qui s'élève à présent à quelque £5 par heure. Cette mesure n'a fait que réduire légèrement la plage de salaire (moins d'un point Gini), mais elle a été suffisamment faible pour ne pas décourager l'emploi et a permis d'introduire un supplément considérable financé par les impôts pour les bas salaires sans craindre une réduction salariale afférente ;
- crédits d'impôt pour les personnes travaillant à temps plein (les personnes ayant des enfants, celles souffrant d'une incapacité physique ou mentale ou les personnes âgées de plus de 50 ans peuvent en bénéficier si elles travaillent 16 heures par semaine). Ces crédits se divisent en deux parties : un supplément aux bas revenus pour tous les travailleurs à bas salaire et un supplément au salaire associé au revenu pour les travailleurs ayant des enfants, incluant un subside important aux coûts des soins des enfants pour les familles à bas revenus (jusqu'à 70 % des coûts liés aux soins des enfants, avec un plafond). Le lien entre ce système et le système d'imposition a occasionné quelques difficultés administratives. Les revenus des personnes fluctuent plus que ce que l'administration des impôts avait prévu et le recouvrement du trop-perçu des familles pauvres a donné lieu à un certain ressentiment. Tout ce processus peut encore être modifié.

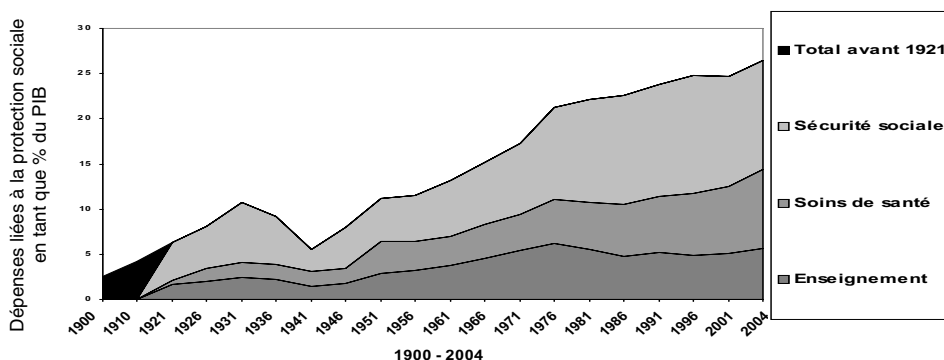
## 1.2. RESULTATS

Il est difficile d'attribuer la réussite à l'une de ces mesures en particulier ou de les dégager de la vaste libéralisation du marché du travail et des réformes syndicales des années 1980. Nickell et Quintini (2002) estiment qu'au cours des années 1980 et au début des années 1990, l'économie britannique ne pouvait pas fonctionner 'en équilibre' sans une inflation accélérée et sans une crise relative à la balance des paiements, à moins que le taux de chômage soit supérieur à 10 %. A présent, ce niveau d'équilibre du chômage a été réduit de moitié.

## 2. AUGMENTATION DES DEPENSES PUBLIQUES ET RECLASSIFICATION DES PRIORITES DES DEPENSES

L'augmentation rapide des dépenses liées à la sécurité sociale de l'Etat qui avait duré pendant quasi tout le siècle s'est achevée en 1976 avec la crise économique ayant contraint le R.-U. à faire appel au FMI. Cf. illustration 1. Suit alors une période que j'ai qualifiée de 'welfare with the lid on' (bien-être étouffé) (Glennster et Hills, 1998). Pendant la période précédant celle que nous étudions ici, les dépenses de l'enseignement ont diminué en tant que pourcentage du PIB, pour passer de 6,2 % en 1976 à 4,8 % en 1986. Les dépenses de santé ont été maintenues à un niveau quasi constant par rapport au PIB, diminuant en termes réels par tête d'habitant et pondérées afin de prendre en considération l'âge. Par opposition, les dépenses de sécurité sociale allaient augmenter proportionnellement au chômage, en dépit du lien établi entre les prestations sociales et les prix et non par rapport aux salaires.

**FIGURE 1 : DEPENSES LIEES A LA PROTECTION SOCIALE AU ROYAUME-UNI ENTRE 1900 ET 2004**



1900-2004	1986	1991	1996	2001	2004
Education	4.8	5.2	4.9	5.1	5.6
Soins et Santé	5.7	6.2	6.8	7.4	8.8
Sécurité sociale	12.1	12.4	13.1	12.2	12.1
Dépenses	22.6	23.8	24.9	24.7	26.5

Cette figure inclut l'ancienne « Poor Law » (loi relative à la prise en charge des pauvres), la sécurité sociale moderne, les allocations au logement et ses prédécesseurs. A partir de 1987, des éléments sommaires sont inclus provenant de systèmes, tels que le système de justice pénale. Cette partie représentait 0,5 % du PIB en 1987. Les dépenses de sécurité sociale ont été retirées des chiffres officiels relatifs à la protection sociale, auxquels l'on a ajouté les soins de santé, dans un souci de cohérence avec les chiffres précédents. Le capital du logement est exclu.

Source : Glennster 2000; HM Treasury 2005.



Ces tendances ont été renversées depuis 1997 :

- les dépenses du service de santé et de la sécurité sociale ont été revues à la hausse pour atteindre deux pour cent de plus du PIB. Le but explicite ici vise à accroître les dépenses du R.-U. pour atteindre la moyenne européenne, un objectif qui sera atteint au cours des trois prochaines années ;
- l'enseignement a également pris une plus grande part du PIB ;
- la diminution du chômage et le lien continu entre les prestations basées sur une assurance et les prix et non les revenus, ont permis de réduire la part de la sécurité sociale dans le PIB et de consacrer davantage de dépenses à la réduction de la pauvreté infantile – grosso modo un pour cent du PIB – et à l'augmentation des pensions des plus démunis. La part globale de l'économie consacrée à la protection sociale a augmenté pour passer de 24 % en 1991 à 26,5 % à l'heure actuelle (2004/5).

### 3. CONCURRENCE DE QUASI-MARCHES : SERVICES EN NATURE

#### 3.1. POLITIQUES

Le gouvernement de Madame Thatcher avait commencé à introduire la concurrence et la privatisation dans les services de la protection sociale. Cette politique a été étendue aux pensions, sujet auquel nous revenons. Dans les domaines de l'enseignement, de la santé et des services sociaux, l'objectif était de maintenir le financement public, tout en promouvant la concurrence, généralement entre les fournisseurs publics. Après quelques hésitations, le gouvernement Blair a étendu ce modèle, toutefois avec un objectif tout autre. Madame Thatcher espérait enrayer l'augmentation des dépenses publiques et préparer le chemin pour un transfert vers le secteur privé, dans une certaine mesure. Blair et Brown souhaitent rendre les services plus réceptifs et novateurs, gagnant ainsi le soutien du public pour le niveau supérieur d'impôts qu'ils prélèvent.

Les principaux domaines ayant connu une extension de 'quasi-marchés' sont les suivants :

- Les écoles publiques se livrent à présent au jeu de la concurrence en ce qui concerne les élèves et sont payées pour chaque élève qu'elles attirent. Elles gèrent leurs propres budgets et désignent leur propre personnel. Un programme national a été introduit et prévoit des tests réguliers pour les enfants âgés de 7, 11 et 14 ans. Les examens finaux des étudiants âgés de 16 et de 18 ans sont maintenus et les résultats de tous ces examens doivent être publiés pour chaque école. Ce système assure les bases d'un choix parental avisé. Dans la pratique, le choix est limité en raison de la disponibilité des places dans les écoles populaires et d'un système limitant l'expansion des écoles locales. Les statistiques relatives aux résultats d'examens ont été améliorées et prennent désormais en considération les capacités des élèves à accéder à l'école en question – une mesure à valeur ajoutée. Ce nouveau système a été entièrement fonctionnel en 1995. Le gouvernement Blair

l'a approuvé et étendu, encourageant les nouveaux fournisseurs d'enseignement à entrer sur le marché et à fournir un enseignement gratuit dans des zones où les écoles publiques n'obtiennent que des résultats médiocres.

- Les hôpitaux du Service national de santé (NHS) étaient généralement financés sur une base de budgétisation historique qui n'était absolument pas liée à leur performance ou au volume traité. A la suite des réformes de Madame Thatcher au cours des années 1990, les hôpitaux et les autres prestataires de soins se sont livrés à une certaine concurrence pour le financement octroyé par les autorités locales de la santé et les médecins généralistes locaux qui étaient, à leur tour, financés par les impôts nationaux. Ces fonds étaient plafonnés et les totaux étaient basés sur une formule reflétant les différents risques liés à l'âge et à la santé de leurs populations.

- Initialement, le gouvernement Blair avait rejeté l'idée de la concurrence. Les médecins généralistes ont perdu leur pouvoir d'acheter un traitement pour leurs patients. Toutefois, une fois la concurrence supprimée, la productivité des hôpitaux a diminué (Le Grand, 2002). Le faible impact sur les listes d'attente résultait des fonds supplémentaires octroyés par le gouvernement national et Blair a dès lors opéré un changement de cap (Glennister, 2005). Dans le système de concurrence nationale, les contrats étaient proposés à tout prestataire de soins spécialisés, public ou privé, à même d'alléger plus rapidement les listes d'attente. Ces contrats ne couvraient que 10 % des patients traités à partir des listes d'attente, mais ont néanmoins bouleversé le système. Ces nouveaux prestataires hospitaliers, souvent étrangers, ont atteint des niveaux de productivité beaucoup plus élevés que les hôpitaux du NHS (DoH, 2005).
- Les patients peuvent choisir l'hôpital ou un autre prestataire de soins, y compris les hôpitaux privés, sur l'avis de leur médecin généraliste. Le prestataire se verra octroyer une rémunération à l'acte - rémunération liée aux facteurs locaux du marché du travail. Cette modification sera entièrement opérationnelle en 2006. Il reste à savoir si la budgétisation et les mécanismes de contrôle financier du trust hospitalier seront à même de faire face à ce nouveau régime.
- Les médecins généralistes seront autorisés à conclure des contrats avec des prestataires ayant des budgets transférés comme ils le pouvaient en tant que médecins généralistes avec un budget délégué ('fundholders').

Nous observons ici un abandon initial du "quasi-marché" de Madame Thatcher dans le secteur de la santé, suivi par sa réintroduction sous une forme beaucoup plus profonde et fondamentale.

Le système national de santé ressemblera davantage au modèle de l'Europe centrale, avec une multitude de prestataires, le secteur public, sans but lucratif et certains à but lucratif, mais financés par les impôts généraux.

Le succès incontestable de ces réformes menées sur le plan de l'offre (cf. infra) a enrayé la croissance des assurances privées, à savoir le volet financement du marché. Sa couverture a augmenté pour passer des 3,6 % de la population au cours des années 1970 à 11 % de la population en 1990. Au cours des années 1990, cette proportion a légèrement diminué, sans récupérer depuis.

- Les soins sociaux constituent l'un des exemples de l'importante transition opérée vers les prestations privées. La raison principale de cette transition s'est justifiée par une tentative de répondre à la demande croissante d'une population vieillissante à un coût inférieur, mais visait également à fournir une plus vaste gamme de services plus flexibles.
  - Au début des années 1990, les autorités locales ont été encouragées à faire appel à des prestataires privés de soins à domicile et de jour pour les personnes âgées ou handicapées. La plupart des prestataires arrivés sur le marché étaient des entreprises à but lucratif, bien que certaines œuvres de bienfaisance telles que le MIND ont étendu leur rôle de prestataires de soins. Vu que les autorités locales ont commencé à trouver ces prestataires moins coûteux et préparés à fournir une plus vaste gamme de services, il est fait appel à eux de plus en plus souvent. En 1993, 95 % des heures-contact de soutien à domicile étaient assurées par du personnel employé auprès des autorités locales. En 2003, 64 % de ces heures étaient assurées par le secteur lucratif indépendant. En 1980, 80 % des places disponibles dans les homes pour personnes âgées ou les maisons de soins infirmiers étaient fournies par les autorités locales. En 2005, ce chiffre n'atteignait plus qu'un quart.
  - Le gouvernement encourage également les autorités locales à fournir aux personnes une rémunération en espèces afin de leur permettre d'acheter des soins pour elles-mêmes. Cette initiative n'a pas été trop suivie. L'objectif consiste à accroître le nombre de services pouvant être 'encaissés'.
  - Un rapport de la Commission royale (Royal Commission Report) (1999) relatif aux soins de longue durée recommandait que tant les soins infirmiers que les soins personnels soient assurés gratuitement et financés par les impôts sur la base des besoins évalués. Le gouvernement a effectivement financé les soins infirmiers sur cette base dans les maisons privées de soins infirmiers, mais n'a pas financé les soins personnels (alimentation, aide aux soins corporels, etc.). Le rapport de la Commission et les soins personnels gratuits ont été mis en œuvre en Ecosse.

### 3.2. INITIATIVE DE FINANCEMENT PRIVE

Lancée à petite échelle au début des années 1990, cette initiative a pris son essor après 1997. Les travaillistes souhaitaient une expansion importante et rapide du programme de construction destiné aux hôpitaux, aux écoles et au secteur des transports. Dans la lignée de cette initiative, le NHS ou les conseils locaux établissaient un accord contractuel de location de dispositifs auprès des développeurs privés qui rassemblent le capital.

Ce système présentait plusieurs avantages :

- le capital dépensé ne s'ajoutait pas à l'emprunt du gouvernement ;
- l'expertise du développeur privé apportait davantage d'innovation avec une utilisation sur site et une phase de construction plus rapide ;

- l'utilisation de l'IFP a permis de concrétiser l'essor des constructions d'hôpitaux, d'écoles et d'autres dispositifs publics depuis 1999.

Toutefois, le secteur public est lié à l'utilisation contractuelle à long terme de ces bâtiments.

Dans la première phase, de faibles capacités contractuelles signifiaient que le secteur privé avait conclu des contrats trop lucratifs.

### 3.3. RESULTATS

Les retombées de ces 'quasi-marchés' sont contestées, plus particulièrement par la gauche et les syndicats du secteur public, mais sont, à mon sens, fortement étayées par les preuves.

- La performance des élèves n'a augmenté de manière considérable que depuis l'introduction des tests et de la concurrence. En outre, les écoles confrontées avec la plus grande concurrence ont connu les améliorations les plus importantes. Nous ne disposons que d'une série nationale relativement cohérente retraçant les performances des élèves en mathématiques, qu'à partir des années 1960. Cette série révélait qu'en Angleterre, les élèves n'avaient connu aucune amélioration entre le milieu des années soixante et le milieu des années 1990, mais, au contraire, un léger recul. Ce phénomène s'alignait sur la situation survenue dans la plupart des pays de l'OCDE (Gundlach, 2001). Après l'introduction des changements soulignés ci-dessus, les résultats obtenus par les élèves des écoles publiques ont enregistré des améliorations remarquables, plus particulièrement parmi les élèves en difficulté. Parmi les élèves âgés de onze ans, seuls 54 % ont atteint ce qui était jugé comme étant des normes minimales cohérentes avec la possibilité d'accéder au marché de l'emploi et la pleine qualité de citoyen en 1996. En 2005, ce chiffre avait augmenté pour atteindre près de trois quarts. Les résultats enregistrés dans les écoles accueillant des enfants démunis avaient enregistré les améliorations les plus importantes au cours des dernières années. Des résultats similaires, mais un peu moins frappants, ont été constatés en anglais et en sciences (Glennister, 2002). Les opposants estiment que la situation actuelle se limite à des professeurs qui enseignent en fonction des évaluations et que les autres matières telles que l'art et l'histoire sont laissées de côté. Toutefois, les tests sont très vastes et constituent de judicieux indicateurs du niveau que les élèves devraient être à même d'atteindre. Ces deux arguments pourraient contenir chacun des éléments de vérité. Cependant, même les chercheurs critiques ont été contraints d'admettre que la plupart des améliorations ne pouvaient être ignorées. Il y a lieu de souligner que l'Ecosse, qui est désormais capable de mener sa propre politique sociale, ne fait pas appel aux tests. Il conviendra de voir si cette option portera ses fruits.

- Le point faible du NHS a toujours été son long délai d'attente pour les soins non urgents. Ce délai a été considérablement réduit.
  - En septembre 1988, 10 % des patients NHS attendaient plus de deux ans avant de bénéficier d'un traitement. Un quart d'entre eux a attendu pendant plus de douze mois. A l'heure actuelle, le temps d'attente en Angleterre pour les soins non urgents s'élève à deux mois. Il n'existe plus aucun cas d'attente pendant plus d'un an. Le temps d'attente maximal sera de 18 semaines en 2008. Notons que l'Ecosse, l'Irlande du Nord et le Pays de Galles ont consenti des dépenses beaucoup plus importantes dans le secteur des soins de santé que l'Angleterre, mais n'ont pas introduit des réformes de quasi-marchés ; cependant les délais d'attente dans les hôpitaux y sont plus importants : 10, 22 et 16 pour cent des patients sont contraints d'attendre pendant plus d'un an et les améliorations ne s'alignent pas sur la situation de l'Angleterre.
  - Les directives nationales relatives aux bonnes pratiques et les ressources supplémentaires permettant de les financer ont été introduites pour les principales causes de mortalité où le R.-U. était à la traîne. L'on peut citer le cancer et les maladies du cœur, par exemple. Des diminutions des taux de mortalité ont suivi (pour une présentation plus détaillée, cf. Glennerster, 2005).
  
- L'impact des soins sociaux est plus difficilement mesurable. Tout porte à croire que les ressources sont à présent utilisées de manière plus efficace et plus flexible (Knapp, Hardy et Forder, 2001). Les autorités locales ont estimé pouvoir utiliser le pouvoir d'achat que leur confère leur situation de monopsonne pour faire baisser les prix qu'elles proposaient au secteur privé. En conséquence, certains utilisateurs déplorent la piètre qualité des soins, les salaires médiocres du personnel et les fluctuations de personnel. Ce fait est particulièrement vrai dans des villes telles que Londres (Kings Fund, 2005). D'autre part, dans le passé, les services à domicile aux personnes vivant chez elles et fournis par les autorités locales ont souvent été assurés de manière très rigide - uniquement des services de type standard et disponibles pendant des heures limitées. La multitude de services et le nombre d'organisations qui les fournissent ont augmenté.

#### 3.4. SITUATION GLOBALE

De manière générale, et plus particulièrement en Angleterre, les services en nature financés par les impôts, l'enseignement, la santé et les soins sociaux ont fait l'objet d'une concurrence accrue, avec des résultats positifs.

Il y a eu très peu de privatisation directe des prestations, outre les soins sociaux, et aucun mouvement vers la privatisation des financements. En effet, les meilleures performances du NHS ont plutôt réduit la taille relativement petite du secteur des assurances privées alors que la taille du secteur financé par les impôts a augmenté de manière considérable dans les trois domaines que nous avons abordés.

#### **4. CIBLAGE, PENSIONS ET SECURITE SOCIALE : CRISE DE CONFIANCE DANS LE SECTEUR PRIVE**

##### **4.1. CIBLAGE**

Au cours des cinquante dernières années, le système d'aide aux revenus au R.-U. s'est éloigné du système d'assurance sociale généralement lié à un système ciblé proportionnel aux revenus. Au moment de leur pic au cours des années 1960 et 1970, les prestations de l'assurance à cotisations s'élevaient à 70 % de l'ensemble des dépenses de sécurité sociale. A l'heure actuelle, elles s'élèvent à quelque 45 % et enregistrent une chute constante (Hills 2004, p. 136).

Depuis 1997, cette tendance a été accélérée, mais le mode d'octroi de ces prestations liées au revenu a été déplacé du ministère de la sécurité sociale vers l'administration fiscale – le fisc. Une vaste gamme de crédits d'impôt existe actuellement. Certaines prestations d'aide au revenu nécessitent encore le dépôt d'une candidature auprès du bureau local, qui examinera et réévaluera régulièrement le besoin et octroiera une prestation hebdomadaire. D'autres crédits, tels que le crédit d'impôt pour enfants, sont évalués annuellement en tant que partie du système d'imposition. Certaines prestations ne sont disponibles que pour les bas revenus, d'autres, telles que le crédit d'impôt pour enfants sont 'testées selon l'affluence' et sont disponibles pour le plus grand nombre, mais pas pour les personnes payant des impôts élevés.

##### **4.2. CIBLAGE DE LA POLITIQUE DES PENSIONS ET RESSOURCES PRIVEES**

Pas plus tard qu'en 1998, même le gouvernement travailliste se prévalait de la santé du secteur des pensions privées (Cm3805). Le R.-U. disposait de l'un des plus vastes marchés de pension professionnelle en Europe, à côté des Pays-Bas. Bien que les pensions octroyées par l'Etat au R.-U. soient très basses, elles sont compensées par des pensions privées et professionnelles. Le revenu moyen des personnes de plus de 65 ans s'élève à quelque 75 % de celui des personnes âgées de moins de 65 ans – un montant qui est, grosso modo, comparable avec celui de la Grèce, de la Finlande, de la Belgique et du Portugal (Commission des pensions, 2005, tableau 1.16.).

Quatre-vingt pour cent de la population retraitée dispose d'une pension du secteur privé. Pour le retraité moyen, le montant des pensions publiques s'élève à 27 % du revenu moyen disponible parmi la population d'âge actif. Les pensions privées, généralement professionnelles, ajoutent un équivalent de 37 %. A tout cela, le gouvernement de Madame Thatcher avait ajouté des plans de pensions privées individualisées, que les personnes étaient encouragées à souscrire et associés par importants subsides à l'impôt.

L'intention du nouveau gouvernement travailliste en 1997 était de transformer les pensions privées des deux types en la principale source de revenus de retraite, atteignant 60 % de tous les revenus des pensions d'ici la moitié du siècle. Les dépenses de l'Etat pour les pensions allaient demeurer à un niveau quasi constant en

tant que pourcentage du PIB, en dépit de l'augmentation du nombre de personnes âgées parmi la population. Les conséquences du vieillissement allaient être supportées par les personnes et les entreprises.

- Le gouvernement travailliste a dès lors introduit des pensions partenariales plus réglementées (les coûts administratifs et de marketing étaient limités) afin d'encourager les groupes à bas revenus à souscrire des prestations de pension personnelles.
- Le niveau de base, qui était déjà très faible avec 15 % des revenus moyens, allait pouvoir diminuer davantage, et continuait à être lié aux prix et non aux recettes (des modifications temporaires de cette politique allaient être exigées et obtenues du ministre des Finances).
- Par opposition, la pension publique proportionnelle aux revenus augmentait considérablement pour atteindre un niveau équivalent à 25 % des revenus moyens - niveau atteint par la pension publique du modèle Beveridge lorsque le lien aux recettes a été aboli au début des années 1980 (cette pension proportionnelle aux revenus était dénommée d'abord Garantie de revenus minimums et est qualifiée à présent de 'pension credit' ou crédit de pension). Elle augmente également en fonction des recettes. Etant donné que la pension publique de base continue à diminuer proportionnellement aux revenus, un nombre accru de personnes peut prétendre à un supplément de pension proportionnel aux revenus. A long terme, deux tiers de la population âgée risquent de prétendre à une pension proportionnelle aux revenus.
- L'ancien plan de pension publique liée aux revenus a été stoppé et transposé en une deuxième pension publique, qui représente un plan de retraite contributif destiné aux personnes à bas revenus. Le gouvernement ajoute essentiellement un important subside aux cotisations des bas revenus afin de leur offrir une pension qui, en théorie, leur permettrait de se situer juste au-dessus de la pension proportionnelle aux revenus après toute une vie de cotisations. Toutefois, ces personnes tomberont rapidement en dessous de ce niveau étant donné que la limite pour prétendre à une pension proportionnelle aux revenus augmente parallèlement aux recettes.

Ce niveau élevé de vérification des ressources n'est pas conçu de manière judicieuse pour soutenir l'autre objectif du gouvernement visant à persuader le groupe des bas revenus de souscrire des plans de pension privés.

Parallèlement, le secteur des pensions privées professionnelles a commencé à récolter les fruits de l'investissement imprudent, de l'absence d'avis actuariels et de la faiblesse des réglementations des années 1980 et 1990.

A présent, il est demandé aux entreprises d'illustrer des projections actuarielles des déficits de pension aux niveaux actuels des cotisations, en tant que partie de leur bilan. Les résultats ont eu un effet de choc parmi les investisseurs, qui ont vu de nombreuses entreprises au bord de la faillite. En raison de l'essor incroyable du marché du cours des valeurs mobilières, les entreprises ont réduit leurs cotisations

aux plans de pension au cours des années 1980 et 1990. Elles ont sous-estimé les conséquences de la longévité accrue (ce ne sont pas que les gouvernements qui ont cédé à ces tentations !).

En conséquence, les entreprises ont réduit leur exposition aux régimes de pension. Elles déplacent leurs régimes qui passent ainsi d'une prestation définie à une cotisation définie et réduisent le niveau de leurs cotisations en dépit du vieillissement de la future main d'œuvre. La proportion d'employés du secteur privé ayant souscrit un plan de pension professionnelle a diminué pour atteindre moins de 40 % à l'heure actuelle. Le nombre de collaborateurs du secteur privé dans les plans de prestations définies se situe probablement bien en dessous de 20 % à l'heure actuelle. La Commission des pensions (2004) a estimé que quelque 10 millions de personnes n'épargnent pas ou épargnent trop peu ou investissent dans des plans de pension si elles doivent percevoir même une pension modérée.

Conclusions de la Commission :

- les retraités seront encore plus pauvres par rapport au reste de la société ; ou
- les impôts/cotisations de l'assurance nationale doivent augmenter ; ou
- le niveau d'épargne des individus doit augmenter ; ou
- l'âge moyen de la retraite doit augmenter ;
- nous devons adopter une combinaison de toutes ces recommandations.

Le rapport final (2005) proposait une refonte majeure du système des pensions du R.-U. Ce rapport évoquait ainsi une augmentation de la pension à taux fixe de l'Etat à un niveau supérieur à celui du revenu minimum garanti et une majoration ultérieure des pensions alignée sur les salaires moyens. Ces mesures inciteraient les travailleurs à se constituer une épargne pour leur propre pension. Afin de permettre ces améliorations d'un point de vue financier, l'âge auquel les personnes pourront toucher les pensions complètes de l'Etat augmentera progressivement de 65 à 68 ans ou plus si l'espérance de vie continue à s'accroître. Pour encourager l'épargne, tous les travailleurs seront amenés à souscrire un Plan national d'épargne pension, à moins qu'ils n'aient résilié leur contrat ou qu'ils disposent déjà d'un bon plan épargne pension offert par leurs employeurs. Quatre pour cent du montant de leur salaire supérieur à un certain seuil seront imposés et payés à leur fonds personnel organisé à l'échelon national. Les employeurs contribueront à raison de 3 % et le gouvernement pour le 1 % restant, doublant ainsi la cotisation des employés. Ces montants pourront ensuite être investis dans une série de plans privés agréés, que l'employé sera à même de choisir seul. Les faibles coûts administratifs permettront d'accroître considérablement la valeur de la pension privée. Le parlement devrait adopter ce plan en 2007, avec le soutien de tous les partis.



## 5. DECENTRALISATION

Le R.-U. a toujours été un Etat-providence hautement centralisé. Seuls 4 % de son revenu sont puisés dans les impôts locaux. Le Parlement de Westminster a été responsable, dans le passé, de la législation sociale affectant toutes les parties du R.-U., bien que différentes versions aient été appliquées en Ecosse. A partir de 1999, l'on a assisté à une décentralisation massive du pouvoir législatif au niveau de la politique sociale, excluant la sécurité sociale. Ces pouvoirs ont été attribués au parlement écossais et à l'assemblée galloise (Welsh Assembly). Cette décentralisation s'appliquerait également à l'Irlande du Nord si seulement les étapes finales de l'accord de paix pouvaient être franchies.

Le parlement écossais a le pouvoir de définir ses propres politiques en matière d'enseignement, de santé, de soins sociaux et de logement. Le parlement perçoit une part des revenus nationaux sur la base d'une formule pondérée de la population. L'assemblée galloise dispose de pouvoirs plutôt formels, mais affirme énergiquement cette même indépendance.

En conséquence, le parlement écossais :

- n'a pas opté pour la voie du quasi-marché dans le secteur des soins de santé et sociaux ;
- a accepté les propositions des Commissions royales pour des soins de longue durée gratuits et payés par les impôts (le Président de la commission était le vice-président de l'université d'Edimbourg !) ;
- a rejeté la politique anglaise relative au financement des universités.

A de nombreux égards, l'Ecosse et le Pays de Galles ont conservé le modèle 'ancien travailliste' en rejetant les orientations politiques blairiennes.

Le système de financement de ces parlements décentralisés demeure irrésolu (Mc Clean, 2005). Cette formule est surannée et trop généreuse pour les parlements décentralisés. Les Ecossais ont le pouvoir de percevoir un impôt supplémentaire sur les revenus de 3p par £, mais n'y ont pas eu recours jusqu'à présent. En dépit des maladies infantiles, nous assistons à une décentralisation de pouvoir fondamentale.

## 6. FEMMES, EMPLOI ET SOINS DES ENFANTS

Comme l'affirmait Jane Lewis (1992), l'une des principales distinctions non reconnues dans l'analyse du régime de protection sociale de l'ancien type a été la manière dont les sexes ont influencé les politiques sociales à travers les sociétés. La politique sociale avait dû s'adapter aux changements intervenus au niveau des rôles de la femme, bien que très lentement au R.-U. Le modèle de Beveridge était clairement un modèle à salarier unique. Les femmes mariées étaient assurées grâce au mariage, selon lui. Le modèle d'assurance sociale du R.-U. a considéré pendant de nombreuses années les femmes mariées comme étant des appendices de l'homme actif.

Cette situation a progressivement évolué pour octroyer aux femmes mariées des droits à des prestations distinctes et prélever des cotisations dans leur chef. Toutefois, les dispositifs préscolaires et scolaires n'avaient pas évolué conformément aux rôles des femmes actives, même si au R.-U., la norme, pour les femmes, consiste à ne pas travailler à temps plein jusqu'à ce que leurs enfants aient grandi - modèle d'un travailleur et demi, comme l'indique Jane Lewis, et non un modèle similaire au modèle scandinave.

Les dispositifs préscolaires ont été minimaux au R.-U. L'école commençait à 8h45 et s'achevait à 15h dans les écoles primaires et à 16h dans les écoles secondaires, avec seulement des dispositifs limités prévus après les cours. Les facilités pour les enfants de quatre ans ont commencé à s'étendre au cours des années 1990. L'on a cependant assisté à une importante expansion après 1997. En 2003, 88 % des enfants âgés de trois ans et la quasi-totalité des enfants de quatre ans suivaient des cours préscolaires dans des établissements scolaires publics. Cette situation ne concernait qu'un tiers des enfants de trois ans en 1997 (Stewart, 2005).

Le gouvernement a introduit également une série de programmes aidant les parents des régions plus démunies avec des conseils et de l'aide ainsi qu'avec des soins aux enfants - programme Sure Start. Ces établissements ouvraient suffisamment tôt pour permettre aux parents d'y déposer leurs enfants sur le chemin vers leur lieu de travail, à 8h, et fermaient à 18h. Ces dispositifs et programmes sont à présent promis à toutes les régions du pays d'ici la fin de la décennie.

Si cette promesse se concrétise, il s'agira de l'un des changements majeurs intervenus dans l'équilibre entre le travail et les soins, étant donné que les jardins d'enfants préscolaires avaient été abandonnés après la deuxième guerre mondiale.

## **7. INNOVATION EN MATIERE DE FINANCEMENT : LE FINANCEMENT DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

---

Une innovation intéressante a été introduite dans le système de financement de l'enseignement supérieur, dans laquelle je me suis beaucoup impliqué ; elle peut donc prendre davantage d'importance à mes yeux que la situation ne le justifie !

Au cours des années 1980 et au début des années 1990, le gouvernement conservateur avait d'abord restreint fermement et ensuite étendu rapidement l'enseignement supérieur. Le pourcentage de la population âgée de 18 ans et optant pour l'enseignement supérieur a augmenté pour passer de 14 % à plus de 30 % et se situe à présent à plus de 40 %. Cette expansion a été réalisée à un coût minimal en diminuant d'à peu près la moitié les dépenses réelles par étudiant en frais de scolarité. Les bourses permettant de couvrir les frais de subsistance des étudiants ont été supprimées graduellement. Elles ont finalement été remplacées par des emprunts au début des années 1990.

Le gouvernement travailliste avait cependant promis de ne pas augmenter les dépenses publiques pendant deux ans. Pour réussir la quadrature du cercle, il a opéré à deux niveaux :

- il a introduit des frais d'inscription à l'université variant en fonction des revenus des parents, avec un maximum de £1.000 par an;
- il a augmenté la valeur du prêt pouvant être octroyé aux étudiants pour couvrir leurs frais de subsistance, mais a associé les remboursements à l'impôt sur le revenu à payer par les diplômés.

Ces frais d'entrée ont soulevé de nombreuses critiques. Les principales universités estimaient que leur revenu n'était pas suffisant que pour leur permettre de se maintenir en tant qu'institutions de niveau international.

Après une longue période de gestation, le gouvernement a proposé un package de réformes qui ne se sont pas avérées moins impopulaires, mais qui ont permis d'accroître le financement des universités de manière judicieuse. J'estime qu'il s'agissait ici d'une évolution économiquement saine et faisable d'un point de vue administratif (cf. Barr, 2004).

- Les universités fixeront leurs propres frais pour l'année prochaine (2006) - des frais différents pour des cours différents. Elles ne seront pas à même d'exiger plus de £3.000 par an pour aucun cours (à savoir, pas plus d'un quart du coût d'un cours moyen). Ce point est capital pour renforcer la concurrence et permettre aux étudiants de choisir entre des matières coûteuses et moins coûteuses et pour les effets bénéfiques qu'elles pourraient apporter à l'étudiant.
- Les étudiants ne doivent pas payer ces frais à l'entrée ou jusqu'à l'obtention de leur diplôme et, à ce moment-là, uniquement si leurs revenus sont supérieurs à £15.000 par an. Les remboursements sont fixés à 9 % des revenus supérieurs à £15.000 par an. Aucun intérêt n'est appliqué sur le prêt, mais il subit des augmentations proportionnelles aux prix. Les frais seront amortis grâce au système des impôts sur le revenu.
- Toutefois, les universités recevront à l'avenir les recettes provenant des cotisations au moment où l'étudiant s'inscrit à des cours, à partir de l'automne 2006. Les liquidités sont disponibles par le biais de la Student Loans Company, qui se charge du recouvrement des paiements futurs des étudiants à partir de l'administration fiscale qui ajoute les paiements dus à un relevé d'imposition progressif. La société d'emprunts pour étudiants comble l'écart en collectant la différence sur le marché.
- Une partie des bénéfices des universités est utilisée pour réduire les coûts des diplômés pour les étudiants les plus défavorisés. Les étudiants issus de familles à faibles revenus ne devront dès lors jamais rembourser des frais. Les étudiants issus de familles à faibles revenus disposeront également à présent de subventions en espèces leur permettant de couvrir certains de leurs frais de subsistance. Un système d'emprunts permettant d'aider tous les étudiants ayant des frais de subsistance est également remboursable grâce à un système d'imposition qui sera maintenu et deviendra même plus généreux.

- Pour obtenir le droit de facturer ces frais, l'université est tenue de prouver comment elle procède pour attirer des étudiants plus démunis et de fournir des bourses aux étudiants issus de familles pauvres.

En bref, le prix de l'enseignement universitaire est augmenté pour les étudiants riches et réduit pour les plus pauvres. Combiné, ce plan peut à la fois améliorer le financement des universités et réduire le fossé existant entre l'accès des étudiants riches et celui des étudiants pauvres à l'enseignement universitaire. Bien que les frais ne suffisent toujours pas à transformer le financement des universités, il me semble que le modèle place le système sur la voie d'un financement viable et équitable.

## **8. L'EUROPE, LA PROTECTION SOCIALE ET L'EFFICACITE**

---

L'Union européenne en tant que telle n'est pas beaucoup intervenue dans les débats relatifs à la politique sociale britannique. L'UEM n'est pas non plus intervenue, étant donné que la qualité de membre du pays semblait être une option lointaine. Les contraintes imposées au niveau des dépenses ont été émises en interne – une détermination à ne pas être considéré comme un gouvernement prélevant des impôts élevés.

Peu de discussions ont eu lieu au sujet de l'impact des dépenses publiques sur la concurrence mondiale, comme ce fut le cas pendant les années Thatcher. L'on a assisté à une forte réaction de la population contre le déclin observé au sein des services publics au cours des années antérieures à 1997. Le gouvernement actuel a mis l'accent sur la nécessité d'investir dans l'enseignement et les transports en tant que moyens d'améliorer l'efficacité nationale. Les conservateurs s'efforcent de diminuer les impôts, mais ne sont pas – encore – disposés à lutter pour une réduction des dépenses de la sécurité sociale. D'autre part, l'engouement pour des impôts plus élevés peut bien être de l'histoire ancienne. Les contraintes liées à une future expansion seront très fermes. Il est insensé d'affirmer que notre Etat-providence constitue un frein à la prospérité économique du Royaume-Uni.

Les réticences d'une intégration européenne accrue découlent d'une crainte de perdre 'l'identité britannique' ainsi que le contrôle de notre politique monétaire, et non de la politique sociale.

## **9. REPARTITION DES REVENUS**

---

En fin de compte, ce que de nombreuses personnes considéreront comme le critère d'appréciation de la réussite de la politique sociale sera la mesure dans laquelle cette politique aura permis de réduire les inégalités. A cet égard, l'histoire est variée, mais demeure à mon sens positive.

Il importe de se rappeler que depuis à peu près 1977 et jusque pendant les années 1990, l'inégalité des revenus a augmenté pour atteindre un niveau sans précédent, par rapport à toute autre période pour laquelle nous disposons de chiffres satisfaisants. Le R.-U. a évolué pour passer du quartile des pays développés ayant la répartition la plus équitable vers le quartile des pays dont la répartition est la plus inéquitable – évolution qui s'est opérée sur une période de quinze ans (Hills, 1996 ; 2004).

Au cours des années 1990, cette croissance de cette inégalité a ralenti, s'est stabilisée et a probablement commencé à diminuer, bien qu'elle ne soit pas encore significative d'un point de vue statistique. La situation a du moins cessé de s'aggraver.

**TABLEAU 1 : CHANGEMENTS INTERVENUS AU NIVEAU DE L'INEGALITE GENERALE ET CONTRIBUTION DE LA POLITIQUE SOCIALE**

	Coefficients Gini en tant que %				
	1977	1993	7/1996	1/2000	5/2004
Revenu initial du marché (revenu équivalent du ménage)	43	54	53	51	51
Revenu final (après impôts et prestations en espèces et en nature)	23	31	31	31	29
Réduction des inégalités grâce à la politique sociale	20	23	22	20	22

Source : communication personnelle de l'ONS (Office for National Statistics).

Remarque : l'ONS n'estime pas qu'il y a lieu d'établir une équivalence de la mesure finale des revenus, étant donné que cette donnée contient le revenu spéculatif provenant des prestations en nature. Les échelles d'équivalence utilisées dans les articles initiaux se basent sur les dépenses des ménages et ne s'appliquent pas à des points tels que le revenu spéculatif provenant de l'enseignement. Toutefois, omettre les prestations en nature reviendrait à minimiser l'impact de la politique sociale sur les revenus finaux.

De manière globale, l'on n'a assisté qu'à une faible réduction de l'inégalité générale mesurée par le coefficient Gini depuis 1993, mais il s'agit d'un changement important par rapport aux deux décennies précédentes. Le ratio des premiers 10 % par

rapport au reste de la répartition des revenus indique que l'inégalité mesurée de cette manière a chuté un peu plus depuis le début des années 1990 (Sefton et Sutherland, 2005).

Toutefois, le gouvernement Blair a focalisé son attention sur deux groupes de la population : les pauvres ayant des enfants et les seniors les plus démunis. Des réductions significatives de la pauvreté ont été enregistrées dans ces groupes, par rapport à la situation qui aurait pu se produire en l'absence de changements de politique.

**TABLEAU 2 : IMPACT DE LA POLITIQUE SUR L'INEGALITE DES REVENUS PAR TYPE DE FAMILLE 1997-MAI 2004**

	<b>Politiques 1997 (prix indexés)</b>	<b>Politiques mai 2004</b>	<b>% changement</b>
<b>Impact sur le coefficient Gini</b>			
Enfants	0,328	0,288	-12
Retraités	0,277	0,248	-10
Adultes actifs sans enfants	0,334	0,322	-4
Tous	0,338	0,310	-8
<b>Impact sur les taux de pauvreté relative (moyenne 60 %)</b>			
Enfants	27	15	-44
Retraités	27	19	-30
Adultes actifs sans enfants	13	0	0
Tous	20	14	-30

Source : Sefton et Sutherland, 2005.

Les niveaux absolus de revenus du cinquième de la population la plus pauvre ont augmenté de manière significative depuis juillet 1996, un niveau qu'elles avaient à peine atteint entre 1979 et 1990. La pauvreté absolue a dès lors diminué, un facteur dont il convient de tenir compte. Les niveaux absolus de pauvreté infantile ont diminué de moitié depuis 1996 (en prenant comme point de repère le niveau de revenu considéré comme le seuil de pauvreté de 1996).

Toutefois, c'est plus particulièrement Brown qui a toujours estimé que ce sont les revenus gagnés sur le marché qui constituaient la meilleure assurance contre la pauvreté. Nous soutenons dès lors cette tendance à encourager l'emploi et à booster les aptitudes de la main-d'œuvre, sans oublier les efforts consentis par le gouvernement Blair dans le domaine des normes de l'enseignement. Ce processus nécessitera beaucoup plus de temps pour porter ses fruits.

## **CONCLUSION**

---

Les leçons tirées de l'expérience du R.-U. semblent être, à mon sens, le fait que, si les Etats-providence doivent survivre, ils sont tenus d'investir positivement dans l'efficacité économique et la concurrence ; en combinant les deux, ils connaîtront une prospérité certaine.

Les services sociaux doivent s'adapter afin de répondre aux attentes accrues des consommateurs et à la demande de choix et d'adaptabilité. Le Royaume-Uni a sans doute eu beaucoup plus de pain sur la planche à ce niveau que les services sur le continent et doit encore consentir des efforts. Toutefois, pour les problèmes auxquels il s'est attaqué, le financement de l'impôt et le support politique ont été étayés et le marché de l'assurance privée a enregistré un certain déclin.

*(Traduction)*

---

**BIBLIOGRAPHIE**

---

Barr, N., Higher Education Funding, *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 20, N° 2, pp. 264-283, 2004.

Blundell, R., Reed, H., Van Reenan, J. and Shepherd, A., The Impact of the New Deal for Young People on the labour market : a four year assessment, in R. Dickens et al., qv, 2003.

Cm 3805, *A New Contract for Welfare*, The Stationery Office, Londres, 1998.

Department of Health, *Treatment Centres : Delivering faster quality care and choice for NHS patients*, Department of Health, Londres, 2005.

Dickens, R., Gregg, P. et Wadsworth, J. (eds), *The Labour Market Under New Labour : The state of working Britain*, Palgrave, Londres, 2003.

Disney, R. et Hawkes, D., Why has employment recently risen among older workers?', in R. Dickens et al., qv, 2003.

Glennerster, H., *British Social Policy since 1945*, Blackwells, Oxford, 2000.

Glennerster, H., United Kingdom Education 1997-2001, *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 18, N° 2, pp. 120-136, 2002.

Glennerster, H., The health and welfare legacy, in A. Seldon (ed), *The Blair Effect 2*, Cambridge, Cambridge University Press, 2005.

Glennerster, H. et Hills, J., *The State of Welfare : The Economics of Social Spending*, Oxford University Press, Oxford, 1998.

Gundlach, E., Woessman, L. et Gmelin, J., The Decline of School Productivity in OECD Countries, *The Economic Journal*, 11, Mai, pp. C135-147, 2001.

Hills, J. (ed), *New Inequalities*, Cambridge University Press, Cambridge, 1996.

Hills, J., *Inequality and the State*, Oxford University Press, Oxford, 2004.

Kings Fund, *The Business of Caring*, King's Fund, Londres, 2005.

Knapp, M., Hardy, B. et Forder, J., Commissioning for Quality : Ten Years of Social Care Markets in England, *Journal of Social Policy*, Vol. 30, Pt 2, pp. 283-306, 2001.



Layard, R., Preventing long term unemployment : an economic analysis, in *Unemployment Policy : Government options for the labour market*, D.J. Snower et G. Guillermo de la Dehesa Cambridge eds., Cambridge University Press, Cambridge, 1997.

Le Grand, J., The Labour Government and the National Health Service, *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 18, N° 2, pp. 137-153, 2002.

Lewis, J., Gender and the Development of Welfare Regimes, *Journal of European Social Policy*, Vol. 3, pp. 159-173, 1992.

Lupton, R., *Poverty Street : The dynamics of neighbourhood decline and renewal*, Policy Press, Bristol, 2003.

Mc Clean, D., Devolution, dans A. Seldon (ed), *The Blair Effect 2*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005.

McKnight, A. (with C. Hasluck and P. Elias), *Evaluation of the New Deal for Lone Parents*, Department of Social Security Research Report, N° 110, Department of Social Security Londres, 2000.

McKnight, A., Employment : tackling poverty through 'work for those who can, in *A more equal society : New Labour, poverty, inequality and exclusion*, Eds J. Hills and K. Stewart, Policy Press, Bristol, 2005.

Nickell, S. et Quintini, G., The recent performance of the UK labour market, *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 18, N° 2, pp. 202-220, 2002.

Pensions Commission, *Pensions Challenges and Choices : The First Report of the Pensions Commission*, The Stationery Office, Londres, 2004.

Pension Commission, *A New Pensions Settlement for the Twenty First Century. The second report of the Pensions Commission*, The Stationery Office, Londres, 2005.

Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to Old Age*, The Stationery Office, Londres, 1999.

Sefton, T. et Sutherland, H., Inequality and poverty under New Labour, in *A More Equal Society ?*, J. Hills and K. Stewart (eds), Policy Press, Bristol, 2005.

Stewart, K., Towards an equal start ? Addressing childhood poverty and deprivation, in *A More Equal Society ?*, J. Hills and K. Stewart (eds), Policy Press, Bristol, 2005.

Treasury, H. M., *Public Expenditure Statistical Analysis 2005*, Stationery Office, Londres, 2005.

# TABLE DES MATIERES

## SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE AU ROYAUME-UNI EN 2005 : EVOLUTION POSITIVE

<b>INTRODUCTION</b>	797
<b>1. RENDRE LE TRAVAIL PAYANT</b>	798
1.1. POLITIQUE . . . . .	798
1.2. RESULTATS . . . . .	800
<b>2. AUGMENTATION DES DEPENSES PUBLIQUES ET RECLASSIFICATION DES PRIORITES DES DEPENSES</b>	800
<b>3. CONCURRENCE DE QUASI-MARCHES : SERVICES EN NATURE</b>	801
3.1. POLITIQUES . . . . .	801
3.2. INITIATIVE DE FINANCEMENT PRIVE . . . . .	803
3.3. RESULTATS . . . . .	804
3.4. SITUATION GLOBALE. . . . .	805
<b>4. CIBLAGE, PENSIONS ET SECURITE SOCIALE : CRISE DE CONFIANCE DANS LE SECTEUR PRIVE</b>	806
4.1. CIBLAGE . . . . .	806
4.2. CIBLAGE DE LA POLITIQUE DES PENSIONS ET RESSOURCES PRIVEES. . . . .	806
<b>5. DECENTRALISATION</b>	809
<b>6. FEMMES, EMPLOI ET SOINS DES ENFANTS</b>	809
<b>7. INNOVATION EN MATIERE DE FINANCEMENT : LE FINANCEMENT DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR</b>	810
<b>8. L'EUROPE, LA PROTECTION SOCIALE ET L'EFFICACITE</b>	812
<b>9. REPARTITION DES REVENUS</b>	812
<b>CONCLUSION</b>	815
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	816

# ABSTRACTS

---

**ABSTRACTS**


---

**“Etat de l’Etat-providence dans l’UE anno 1992 et dix ans plus tard avec dix nouveaux Etats membres. Identification des tendances au sein de l’Etat-providence”**

*par Jozef Pacolet et Véronique Coudron*

Cet article résume les résultats des principales tendances relevées dans les Etats-providence des 25 Etats membres de l’UE au cours de ces cinq dernières années. C’est la troisième fois que ce “dépistage des tendances” de la protection sociale fait l’objet d’un rapport, mais la première fois que les 10 nouveaux Etats membres ont également été repris dans le tableau comparatif. La question clé visait à cerner l’évolution de l’Etat-providence au cours des cinq années écoulées sous l’influence accrue de l’unification économique, y compris dans la zone euro qui s’est ouverte depuis 1999 à 11 Etats membres. Les rapports se limitaient principalement à l’évolution de trois domaines essentiels de la protection sociale, plus précisément les pensions, les soins de santé et les soins aux personnes âgées. Quant au régime des pensions, l’on observe surtout la poursuite du développement d’un système à deux piliers vers un système à trois piliers, tout particulièrement dans les nouveaux Etats membres, même là où, auparavant, l’on se montrait réticent. Mais l’on remarque surtout que, de plus en plus fréquemment, cette tendance se substitue aux systèmes légaux au lieu de les compléter. Le relèvement de l’âge réel et légal de la retraite est par ailleurs la stratégie la plus courante pour maintenir les pensions financièrement supportables. Dans le domaine des soins de santé, l’élément saillant est la privatisation accrue des services, mais dans les secteurs de l’assurance et du financement, la responsabilité personnelle et la privatisation progressent également. En ce qui concerne les soins aux personnes âgées cependant, un consensus de plus en plus large semble se dessiner en faveur d’une assurance-soins de santé publique. La plus grande menace pour l’Etat-providence semble provenir de la volonté plus marquée d’instaurer un plafond fiscal, voire des réductions d’impôts. Il en résulte un dumping fiscal qui est en contradiction avec les besoins de financement toujours plus élevés pour la protection sociale des personnes âgées. Pour ce qui est des partenaires sociaux, de plus en plus d’exemples font apparaître qu’ils sont moins souvent associés au développement de la protection sociale, alors que dans le passé, c’est précisément ce type de participation qui permettait le mieux de résister aux mesures d’austérité et qui était le plus sensible aux nouveaux besoins.

**“State of the welfare state in the EU anno 1992 and ten years later with ten new Member States. Welfare State trend spotting”**

*by Jozef Pacolet and Veronique Coudron*

This contribution summarises the results of the main trends in the welfare states of the EU’s 25 member states in the past five years. This is the third social protection trend spotting report, but it is the first time that the 10 new member states have also been included in the comparison. The key question was how the welfare state

has evolved during the past five years under the influence of the increased economic integration, including the euro zone, which has come into effect for 11 member states since 1999. The reporting was mainly limited to the evolution of three important social protection schemes, namely pensions, health care and care for the elderly. With regard to the pension scheme, the further development from a two-pillar scheme to a three-pillar scheme is observed, especially in the new member states, even in the countries with a reticent attitude about this in the past. However, the most noticeable observation is that this trend progressively substitutes the legal systems instead of completing them. Furthermore, the raising of the real and the legal pension age is the most frequent strategy to keep the pensions sustainable. Concerning health care, especially the increasing privatisation of the health care facilities is noticeable, but also with regard to insurance and financing, own responsibility and privatisation are gaining a lot of importance. However, with regard to care for the elderly, there is a growing consensus regarding a public care insurance. The most important threat to social protection seems to be the growing aim to limit taxes or even to implement tax reductions. This will lead to fiscal dumping, which is at odds with the growing financing needs for the social protection of the elderly. A growing number of examples show that the social partners are less involved in the development of social care, while this type of involvement in the past seemed to be best placed to fend off savings and the most sensitive to new needs.

\*  
\* \*

### **“L’élargissement entraîne-t-il un démantèlement social ?”**

*par Filip Abraham*

L’élargissement de l’Union européenne à 25 Etats membres et, dans un avenir proche, à 28 Etats, voire plus, a débouché sur la coexistence de systèmes socioéconomiques extrêmement différents les uns des autres en ce qui concerne les niveaux de revenus et la protection sociale. Les différences relatives aux revenus et aux salaires entre l’Ouest et l’Est – même dans les nouveaux Etats membres les plus avancés tels que la Tchéquie et la Hongrie où le coût salarial est toujours jusqu’à 80 % inférieur au nôtre – sont suffisamment importantes pour influencer de manière significative les flux migratoires de travailleurs ainsi que les décisions de production et d’investissement des entreprises. A l’instar des vases communicants, les systèmes réunis au sein de l’Union européenne évoluent les uns vers les autres grâce au processus d’intégration. Cette convergence sociale est concrétisée par plusieurs mécanismes d’intégration, à savoir le développement du commerce international de biens et de services, des investissements étrangers consentis par les entreprises et la migration de travailleurs. Quant à savoir si ce mouvement de convergence sociale entraîne effectivement un démantèlement social, tout dépend du mécanisme d’adaptation appliqué. L’analyse menée révèle que l’intégration obtenue grâce au

commerce international et à la mobilité horizontale des entreprises (entreprises exerçant des activités çà et là) est préférable en tant que mécanisme d'adaptation à la mobilité verticale des entreprises (délocalisation directe) et à la mobilité des travailleurs. Il est également plaidé pour un recrutement actif de travailleurs dans les nouveaux Etats membres pour les offres d'emploi de ce que l'on appelle les professions critiques de notre économie. Il s'agit ici donc tant de postes vacants nécessitant une formation élevée que d'opportunités d'emplois pour lesquels peu de candidats sont désireux d'occuper les postes en question. Il serait préférable que les conditions sociales en vigueur ici servent de point de départ pour l'emploi de personnes issues des nouveaux Etats membres. Une libéralisation accrue des marchés tertiaires mérite également une attention particulière.

### **“Does European integration lead to social dumping?”**

*by Filip Abraham*

The expansion of the European Union to 25 member states, and in the (near) future possibly to 28 and even more, unites social-economic schemes, which are quite different from one another as regards income levels and social protection. The income and wage differences between East and West – even in the most advanced new member states such as the Czech Republic and Hungary the wage cost is still up to 80% lower than ours – are large enough to significantly influence the immigration flows of employees and corporate manufacturing and investment decisions. Like communicating vessels, the schemes that have been united within the European Union are now growing towards one another as a result of the integration process. This social convergence is brought about by several integration mechanisms, specifically the growing international trade of goods and services, foreign investments by companies and the migration of employees. Whether this social convergence movement will effectively lead to social dumping depends on which adjustment mechanism gains the upper hand. This analysis shows that integration through international trade and horizontal corporate mobility (companies with activities here *and* there) are to be preferred as an adjustment mechanism to vertical corporate mobility (outright relocation of activities) and the mobility of employees. This analysis also pleads in favour of an active recruitment of employees from the new member states for staffing the so-called occupations in demand in our economy. This includes vacancies for employees with a high level of education as well as job opportunities for which we are unable to find candidates who are willing to take this job in Belgium. We do recommend that the social conditions applicable in Belgium are used as a starting point for the employment of persons from the new EU Member States. The further liberalisation of the services markets should also receive the necessary attention.

\*  
\* \*

**“Maintenir et améliorer la qualité sociale de l’Europe. Sommes-nous prêts?”***par Jan Renders*

Du point de vue de la Christelijke Arbeidersbeweging (ACW), pour répondre à la question : “comment augmenter la qualité sociale de l’Europe”, il faut en premier lieu partir d’un concept socioéconomique clair pour l’UE et, ensuite, d’une politique forte pour préserver l’Etat-providence. L’Europe sociale, qui incarne les valeurs de tous les accords sociaux de l’après-guerre, est toutefois mise en péril. Des menaces internes sont susceptibles de mener à une plus grande sélectivité des dépenses de sécurité sociale et à la privatisation, tandis que certaines menaces extérieures – qui trouvent leurs racines dans l’héritage idéologique néolibéral – sont également présentes. C’est pour cette raison qu’il y a lieu d’opter de manière permanente pour une société solidaire et que nous devons dès à présent élaborer le concept social pour l’Europe de demain.

**“Maintaining and improving the social quality of Europe. Are we ready?”***by Jan Renders*

In order to answer the question “how to maintain and improve Europe’s social quality” from the point of view of the ACW (Christian Labour Movement), the importance of a clear-cut social-economic concept for the EU and of a strong policy to maintain the welfare state, is demonstrated. The social Europe, which incarnates the values on which all post-war social agreements were based, is under threat. Internal threats can lead to a greater selectivity of social security expenditure and to privatization, while external threats – embedded in the neoliberal ideas – are also present. That is why a permanent choice should be made in favour of a solidary society and why we need to prepare a social concept for Europe.

\*  
\* \*

**“Maintenir une Europe sociale en renforçant le modèle social a l’échelon national : l’exemple belge”***par Jean-Marc Close*

Dans l’économie mondialisée d’aujourd’hui, l’Europe est confrontée à une grande diversité de modèles sociaux dans ses différents Etats membres. Cette situation n’est possible que lorsque l’Union européenne soutient la protection sociale et n’opte pas pour une logique purement économique. Une telle « Europe de la solidarité » est possible en luttant contre la fraude fiscale, en endiguant la concurrence fiscale internationale entre les pays et en appliquant le principe de subsidiarité à la fiscalité européenne. Le modèle d’une Europe sociale doit dès lors se baser tant sur le pilier économique que sur le pilier social.

**“Maintaining a social Europe by reinforcing the social model at the national level: the Belgian example”**

*by Jean-Marc Close*

In today’s globalised economy, Europe is confronted with a wide variety of social models among its various Member States. This is only tenable if the European Union endorses social protection and does not choose in favour of a purely economic logic. Such a ‘solidary Europe’ is feasible if Europe combats tax fraud, limits the international fiscal competitiveness between countries, and applies the subsidiarity principle to European fiscality. The model of a social Europe thus needs to be based on an economic and a social pillar.

\*  
\* \*

**“Priorités et opportunités du mouvement syndical européen”**

*par Gabrielle Clotuche*

Le mouvement syndical européen croit au concept d’un modèle social européen et entend entreprendre des actions continues en vue de le renforcer et de l’améliorer. Toutefois, ces actions exigent l’engagement de tous les acteurs concernés, donc également des employeurs et des décideurs politiques. L’agenda pour l’avenir comporte dès lors les points suivants : le développement d’une politique et d’une législation sociales, la création d’un cadre solide permettant de faire face aux délocalisations et aux restructurations, le relèvement des défis démographiques, le souci d’une politique active sur le marché du travail et de la formation, la garantie de l’égalité pour tous, la création d’un cadre juridique durable pour l’immigration et la mobilité, le renforcement de la dimension externe du modèle social. Il est dès lors nécessaire pour l’Europe de continuer à défendre ses intérêts, à renforcer sa raison d’être et à définir un avenir clair pour une Europe sociale.

**“Priorities and opportunities for the European labour movement”**

*by Gabrielle Clotuche*

The European labour movement believes in the concept of a European social model, and wishes to take permanent action to reinforce and improve it. This however requires the commitment of all parties involved, i.e. also of employers and policy-makers. The agenda for the future thus comprises the following items: developing a social policy and legislation, creating a strong framework to deal with relocation and restructuring, dealing with demographic challenges, ensuring an active labour market policy and training, ensuring equality for everyone, creating a sustain-



able legal framework for migration and mobility and strengthening the social model's external dimension. Europe thus needs to continue pleading its case, strengthen its 'raison d'être' and map out a clear future for a social Europe.

\*  
\* \*

### **“Situation de l’Etat-providence en Belgique en 2005”**

*par Jozef Pacolet et Veronique Coudron*

Ces cinq dernières années, en Belgique, l’Etat-providence est parvenu à se développer conformément aux anciens principes. Dans le domaine des soins de santé, une norme de croissance plus élevée a été autorisée pour les dépenses mais celle-ci s’est avérée insuffisante pour compenser la pression sur les coûts. En ce qui concerne les soins des personnes âgées, une croissance des dépenses plus importante a été autorisée, de sorte qu’une assurance-dépendance a été implicitement instaurée au niveau fédéral, celle-ci ayant en outre été complétée explicitement par une assurance-dépendance flamande distincte à l’intention des habitants de Flandre et des Bruxellois flamands. En ce qui concerne les pensions, la situation n’est pas claire. La croissance des besoins de financement futurs en matière de pensions dépend de la mesure dans laquelle le Fonds de vieillissement se verra attribuer une base de financement plus structurelle, tandis que le deuxième pilier perd en importance et que les citoyens continuent à opter en masse pour l’ancienne stratégie de l’épargne-prévoyance. Les plafonds d’imposition et les réductions d’impôts, également au regard des cotisations de sécurité sociale, laissent présager une nouvelle période d’érosion de la protection sociale. La principale faiblesse de l’économie belge reste le niveau d’emploi peu élevé (ce qui, en soi, est également un signe de productivité élevée du travail), de sorte que des systèmes d’inactivité, de chômage et de départ prématuré du marché de l’emploi restent légion. Le pacte de solidarité entre les générations et la politique d’activation sont des facteurs récents et essentiels pour garantir l’avenir de la protection sociale.

### **“The state of the welfare state in Belgium around 2005”**

*by Jozef Pacolet and Veronique Coudron*

In the past five years, the Belgian welfare state has been able to further develop itself in line with the starting points of the past. A higher growth norm was accepted for health care expenditure, but even this turned out to be insufficient to compensate for the cost pressure. As regards the care for the elderly, a higher expenditure growth was granted, so that a federal social care insurance could be developed. At the same time this was explicitly complemented with a Flemish care insurance in Flanders and for Flemish residents in the Brussels Region. The situation remains

unclear as regards pensions. The growing future financing needs for pensions depend on the extent to which the Ageing fund will receive a more structural financing base, while the second pillar is lagging and citizens continue to choose for the old strategy of preventative saving massively. Capped tax rates and tax reductions, also as regards social security contributions, threaten to ring in a period of further erosion of social protection. The Belgian economy's biggest weakness however is the low employment level (also a sign of high labour productivity), as a result of which inactivity, unemployment and early retirement schemes continue to thrive. The generation pact and the activation policy were implemented recently and are essential for safeguarding the future of social protection.

\*  
\* \*

### **“Le déclin silencieux du régime de pension des membres du personnel du secteur public local en Belgique”**

*par Jan Gysen*

Le secteur public local a pris énormément d'ampleur ces dernières années et concerne aujourd'hui quelque 330 000 fonctionnaires locaux. Environ 44 % de ces fonctionnaires sont actuellement statutaires. Les autres 56 % sont 'contractuels' et bénéficient d'une pension de travailleur salarié moins favorable. De plus en plus, l'emploi, notamment dans des secteurs tels que les hôpitaux et les soins aux personnes âgées, s'est développé sur la base du statut contractuel. Les membres du personnel statutaires approchent tout doucement l'âge de la retraite et risquent de ne pas être remplacés par de nouveaux fonctionnaires statutaires. La généreuse pension attribuée aux fonctionnaires statutaires a été financée par les autorités locales soit par le biais d'un système de répartition, soit via une institution de prévoyance agréée ou une caisse de pension communale propre. Cette structure de financement fragmentée, et la diminution du nombre de fonctionnaires statutaires qui cotisent au système par opposition à un groupe croissant de pensionnés statutaires, vont exercer une pression sur le financement des pensions. L'article aborde les mécanismes qui sont intervenus, la façon dont les nouveaux systèmes de capitalisation n'ont pas réussi à offrir une solution et la diminution des droits de pension des contractuels, ce qui débouchera sur la demande de mise en place d'un deuxième pilier. Ou comment un régime peut changer radicalement en quelques décennies.

**“The silent decline of the pension system of local civil servants in Belgium”***by Jan Gysen*

The local public sector has considerably grown over the past years. At present it covers approximately 330,000 local public servants. Approximately still 44% of these civil servants have tenure at present. The remaining 56% work on a contractual basis and have a less favourable employee's pension. The rise in employment, among others in sectors such as hospitals and care for the elderly, is increasingly founded on a contractual basis. Civil servants with tenure are gradually reaching pensionable age and will probably not be replaced by new civil servants with tenure. The local authorities have financed these extensive pension facilities for civil servants with tenure, via a PAYG scheme or via a recognised contingency institution or a municipal pension fund. This fragmented financing structure and the shrinking group of civil servants with tenure, which contribute to the scheme, in comparison with a growing group of retired civil servants with tenure, will increase the pressure on financing. The contribution outlines which mechanisms intervened, how new capitalisation systems cannot provide a solution, and how the pension rights for contractual civil servants have also been reduced, which will lead to the call for a second pillar. Or how a scheme can change completely over a few decades.

\*  
\* \* \*

**“La réforme de l'Etat-providence aux Pays-Bas : 1982-2003”***par Lei Delsen*

Les Pays-Bas se caractérisent par une évolution du “syndrome hollandais” dans les années 80 au “miracle néerlandais” dans les années 90. Une politique soutenue de maîtrise des dépenses, une diminution du déficit public et une stimulation du marché du travail ont, depuis les années 90, engendré une réduction du taux d'endettement, une hausse de la croissance économique ainsi qu'une baisse du taux de chômage et de la dépendance sociale. Dès 1998, les réformes drastiques se sont poursuivies : l'instauration d'une compétitivité et d'une privatisation accrues dans les soins de santé, la restriction du départ prématuré du marché du travail et de la prépension ainsi qu'une réforme radicale du régime d'incapacité de travail avec une sélection plus stricte et un accès plus limité. Le régime du chômage a également été modifié (périodes d'allocation plus courtes, conditions plus strictes) et des éléments de concurrence supplémentaires ont été instaurés dans l'administration afin d'accroître l'efficacité. En résulte une évolution vers un modèle anglo-saxon en lieu et place du modèle rhénan existant. L'Etat-providence doit toutefois être considéré comme un investissement et non comme un facteur de coûts.

### **“Welfare state reform in the Netherlands: 1982-2003”**

*by Lei Delsen*

The Netherlands are characterised by the evolution from the ‘Dutch disease’ in the 1980s to ‘the Dutch miracle’ in the 1990s. A consistent policy of controlled expenditure and reducing the budget deficit, combined with labour market activation has resulted in a lower level of debt, higher economic growth and lower unemployment levels, combined with a reduced dependence on benefits since the 1990s. From 1998 onwards, the government continued its drastic reforms: the introduction of more competition and privatisation in health care, limiting early retirement and pension and a radical reform of the scheme for people who are unfit for work, with a stricter selection and limited access. The unemployment benefits scheme was also changed (shorter periods of benefits, stricter conditions) and more competition elements were implemented in administration to increase efficiency. The result is an evolution along Anglo-Saxon lines, instead of the existing Rhine Land model. The welfare state must be seen as an investment, not as a cost centre.

\*  
\* \*

### **“L’Etat-providence en 2005 : la situation du Luxembourg”**

*par Franz Clément*

Après l’instauration d’une assurance-maladie pour les soins chroniques (1999), inspirée du système allemand de la « Pflegeversicherung », l’Etat-providence luxembourgeois a subi de nouvelles modifications et réformes au cours de la période 2000-2005, mais demeure encore bien vivant. Malgré que les cotisations patronales aient été réduites, les dépenses sociales n’ont pas diminué et restent à un niveau élevé grâce à une augmentation des subventions de l’Etat. Ce processus s’est accompagné de certaines nouveautés, telles que la mise en place d’une compensation relative à l’éducation des enfants ou la facilitation de l’accès au revenu minimum. La principale réforme a toutefois concerné les personnes souffrant d’un handicap et les travailleurs en congé de maladie, par la garantie de revenus minimaux ainsi que le soutien et la stimulation de la réintégration dans le circuit du travail. Des progrès sont encore nécessaires en ce qui concerne les pensions, en dépit des mesures prises, certainement compte tenu du vieillissement de la population (active). Au cours des cinq dernières années, le Luxembourg a donc amélioré et renouvelé son Etat-providence.

**“The state of the welfare state anno 2005: the situation in Luxembourg”***by Franz Clément*

After the introduction of a care insurance for chronic care (1999), inspired by the German ‘Pflegeversicherung’ system, the Luxembourg welfare state has undergone a number of changes and reforms between 2000-2005. It is still alive and kicking though. Although employer’s contributions seem to have gone down, social expenditure has not; instead it has remained at a high level thanks to higher state contributions, in combination with a number of innovations such as the creation of compensation for rearing children, or a more flexible access to minimum wages. The most important reform however affects disabled persons and sick employees: they are now guaranteed minimum wages and their reintegration in the employment circuit is guaranteed and stimulated. The only sector that still requires change, in spite of measures already taken, is the pension sector, especially in view of the ageing (professional) population. In the past five years, Luxembourg has thus further improved and innovated its welfare state.

\*  
\* \* \*

**“L’Etat-providence en France depuis la fin des années ’90”***par Sandrine Dufour-Kippelen et Marie-Eve Joel*

En France, le système de sécurité sociale est confronté à des difficultés socio-économiques, par exemple le taux de chômage structurel élevé, le vieillissement de la population et l’énorme hausse des dépenses pour les soins de santé. Ces dépenses ont provoqué une crise financière du système. Par conséquent, au cours des 10 dernières années, diverses réformes ont été mises sur pied. Dans le secteur des soins et dans les nouveaux programmes pour les malades de longue durée et pour les personnes âgées, ces réformes ont été une réussite. Par contre, les réformes effectuées dans le système des pensions s’avèrent insuffisantes pour en assurer la durabilité, tout comme persistent de grands déficits dans le secteur des soins de santé. Par ailleurs, le chômage reste également élevé malgré les mesures restrictives adoptées. C’est pourquoi il convient de prêter attention aux programmes qui combattent la pauvreté et l’exclusion, ce qui d’ailleurs s’est effectivement produit depuis 2000.

**“The welfare state in France since the end of the 1990s”***by Sandrine Dufour-Kippelen and Marie-Eve Joel*

The French social security system is faced with some serious social-economic difficulties, such as high structural unemployment, the ageing population and the huge increase in health care expenditure. The latter resulted in a financial crisis for the system. As a result, there have been several reforms in the past ten years. In the wel-

fare sector and in new programmes for the chronically ill and the elderly, these reforms have been a real success. The reforms that were implemented in the pension system however seem insufficient to guarantee a durable system; likewise the huge deficits in health care continue to subsist. Unemployment is also still high, in spite of the restrictive measures that have been taken. That is why attention has to be given to programmes that combat poverty and exclusion, which has been the case since 2000.

\*  
\*   \*

### **“L'état de l'Etat-providence en Allemagne”**

*par Roland Eisen*

Les modifications intervenues dans l'Etat-providence en Allemagne au cours de la période 1997-2004 ont correspondu au changement du gouvernement chrétien-démocrate-libéral de Kohl par le gouvernement rouge-vert du Chancelier Schröder à partir de 1999. Pour la plupart des réformes, dont l'Agenda 2010 est le plus important, il est dès lors trop tôt pour procéder à une évaluation. Un aperçu est néanmoins donné quant aux principales réformes intervenues au cours de cette période. En ce qui concerne le marché de l'emploi, nous abordons principalement les recommandations de la Commission Hartz, qui tente de réduire le taux de chômage en appliquant de sévères restrictions aux allocations octroyées. Nous constatons également que les réformes des soins de santé se succèdent à vive allure et que l'assurance-maladie (longue durée) nécessite des réformes structurelles. Enfin, la réforme des pensions de 2001 est analysée. En d'autres termes, plusieurs réformes sont intervenues au cours de la période 1998-2004, visant toutes à garantir la pérennité de l'Etat-providence allemand dans un contexte en évolution constante.

### **“The state of the welfare state in Germany”**

*by Roland Eisen*

The changes in the German welfare state between 1997 and 2004 coincided with the advent of a new red-green government led by Chancellor Schroeder (which replaced the established Christian-democrat-liberal Kohl cabinet in 1999). It is thus too early to evaluate the majority of the reforms, including the most important one, “Agenda 2010”. An overview of the most radical reforms during this period is provided. As regards the labour market, the author mainly discusses the Hartz Committee's recommendations, which tries to reduce unemployment by drastic benefit limitations. It is also observed that the health care reforms are succeeding each other at an accelerated pace and that the (long-term) care insurance needs a structural

reform. Finally, the 2001 pension reform is analysed. In other words, different reforms were implemented between 1998 and 2004, which are all aimed at guaranteeing the durability of the German welfare state in constantly changing conditions.

\*  
\* \*

**“La situation de l’Etat-providence au Danemark à la fin des années 1990 et au début des années 2000”**

*par Eigil Boll Hansen*

L’Etat-providence danois se porte bien, notamment grâce aux réformes instaurées au cours des années nonante. Depuis 1994, des réformes approfondies ont été mises en œuvre sur le marché du travail, visant principalement à réduire le nombre de chômeurs. Grâce à une puissante politique d’activation sur le marché du travail, selon le principe “l’allocation se mérite”, le niveau de chômage a diminué pour atteindre 5 %, en combinaison avec l’approche et la sélection plus sévères des demandeurs d’asile à partir de 2001. Le système des pensions a également été modifié afin de réduire le nombre de prépensionnés. Parallèlement, nous pouvons constater une plus grande décentralisation au cours de la période concernée, avec une responsabilité accrue dévolue au niveau régional. Une tendance à la privatisation plus importante ne peut être constatée actuellement que dans le système des pensions, mais ne fera apparemment que progresser à l’avenir. Le modèle danois de « flexicurity » semble dès lors prêt à relever les défis qui s’annoncent, dont le vieillissement est le principal.

**“The state of the welfare state in Denmark in the late 1990s and the early 2000s”**

*by Eigil Boll Hansen*

The Danish welfare state is doing well, among others due to reforms launched during the 1990’s. Since 1994, some drastic labour market reforms have been implemented. Their main aim has been to reduce the number of unemployed. A strict activating labour market policy, in line with the “you have to earn your benefits” principle, resulted in unemployment levels under 5%, combined with a stricter approach and selection of asylum seekers from 2001 onwards. The pension system has also been reformed in order to reduce the number of early retirees. At the same time, further decentralisation took place during the period under consideration, which resulted in more responsibility at regional level. A trend towards more privatisation is only apparent in the pension system. However, it seems that it will only

increase in the future. The Danish 'flexicurity' model seems to be ready face new challenges, with ageing as the most important one, which it will be faced with in the near future.

\*  
\* \*

### **“L’Etat-providence en Espagne entre 1998 et 2003”**

*par Gregorio Rodriguez Cabrero*

Au cours de la période 1998-2003, l’Espagne a subi plusieurs changements socio-économiques qui ont eu un impact sur l’Etat-providence. En règle générale, nous observons durant la période en question une consolidation d’un modèle de protection sociale caractérisé par une couverture relativement large mais par un niveau de protection assez faible. En matière de dépenses sociales, l’Espagne se classe au bas de la liste européenne, une situation renforcée par la maîtrise rigoureuse des dépenses sociales. Parallèlement à la poursuite de la décentralisation des compétences au profit des régions autonomes, cette situation a entraîné plusieurs réformes et, partant, des changements. L’article évoque successivement la réforme permanente du régime des pensions espagnol, l’augmentation des dépenses de soins de santé, la forte vague d’immigration et ses conséquences pour un pays qui était autrefois un pays typiquement d’émigration, ainsi que la régularisation de ces immigrés, qui a entraîné une augmentation spectaculaire du nombre de cotisants. Enfin, nous constatons également que la protection sociale des personnes en situation de dépendance (assurance-dépendance) fait désormais partie intégrante du système de protection sociale en Espagne. Nous pouvons donc conclure qu’entre 1998 et 2003, l’Etat-providence espagnol a fait preuve de sa pérennité et de sa stabilité, en dépit de signes de privatisation ou de problèmes de coordination entre l’autorité centrale et ses partenaires régionaux.

### **“The welfare state in Spain between 1998 and 2003”**

*by Gregorio Rodriguez Cabrero*

Between 1998 and 2003, Spain underwent a number of social-economic changes that had in impact on the welfare state. Generally speaking, there was a consolidation of a social protection model characterised by a relatively broad coverage, but a rather low level of protection. As regards social expenditure Spain is at the bottom of the European ranking. This trend was reinforced by the further containment of social expenditure. In combination with the ongoing decentralisation of competences to the autonomous regions, this implied a number of reforms and changes. The article subsequently discusses the permanent reform of the Spanish pension system, the increased health care expenditure, the (implications of the) strong



immigration wave in a country like Spain, which traditionally used to be an emigration country, and the regularisation of these immigrants, which led to a spectacular increase in the number of people contributing to the system. Finally, it is also noticed that the social protection for people in dependence situations (a care insurance) has now been fully integrated in Spanish social protection. It can thus be concluded that the Spanish welfare state has proved its continued existence and stability between 1998 and 2003 in spite of signs of privatisation and in spite of the coordination problems between the federal authority and its regional counterparts.

\*  
\* \*

### **“Situation de la protection sociale au R.-U. en 2005 : évolution positive”**

*par Howard Glennerster*

La période à partir du milieu des années 1990 a marqué la rupture avec la politique du gouvernement Thatcher et a entraîné dès lors d'importants changements (positifs) pour l'Etat-providence. L'emploi a été stimulé et soutenu afin de réduire le chômage, les dépenses consenties dans le domaine des soins de santé et de l'enseignement ont augmenté de manière considérable, les « quasi-marchés » ont été instaurés dans certains services publics afin de bénéficier des avantages de la concurrence alors que la privatisation demeurait malgré tout limitée; la participation des femmes au marché du travail a été encouragée grâce à la mise en place de l'accueil de la petite enfance et à l'extension de l'horaire scolaire. Toutefois, nous constatons que des efforts supplémentaires sont encore nécessaires pour aboutir à une réforme du système des pensions et de la part des paiements de pensions privées dans ce système, et pour réduire davantage les inégalités (en dépit de la diminution du nombre de pauvres parmi les enfants et les personnes âgées). Les réformes du gouvernement travailliste prouvent dès lors que l'Etat-providence peut revivre et survivre à condition d'instaurer une efficacité économique et de stimuler la concurrence.

### **“The state of welfare in the UK, 2005: in better shape”**

*by Howard Glennerster*

From the mid-1990s onwards, the British government clearly broke away from Thatcherite policies. This resulted in important (positive) changes for the welfare state. Work was encouraged and even supported in order to reduce unemployment, health care and education expenditure increased sharply, quasi markets were introduced in certain administrations in order to benefit from competitive advantages while privatisation remained limited and women's labour market participation was encouraged by developing child care facilities and extending the number of school hours. However, it is also found that further efforts are required for a reform of the

pension system and the share of private pension payments in this scheme, and to further reduce inequality (in spite of the decrease in poverty among children and the elderly). The Labour Government's reforms thus show that the welfare state can survive and be revived when economic efficiency and competition are stimulated.

---

## **PRIX**

---

Le numéro

En Belgique .....6,50 EUR

A l'étranger .....7,50 EUR

L'abonnement annuel (4 numéros)

En Belgique .....19,00 EUR

A l'étranger ..... 22,50 EUR

ISSN : 0035-0834

C.C.P. : 679-2005863-97

**Les auteurs sont priés d'adresser leurs  
manuscrits à Monsieur Hendrik Larmuseau,  
Directeur général, Service public fédéral  
Sécurité sociale  
Eurostation II  
Place Victor Horta 40, Boîte 20 - 1060 Bruxelles  
e-mail : [hendrik.larmuseau@minsoc.fed.be](mailto:hendrik.larmuseau@minsoc.fed.be)**

Les textes reçus sont soumis, pour avis, à des  
spécialistes en la matière.

Le texte intégral de la Revue peut être consulté  
sur internet :

<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

## **CONSEIL DE REDACTION**

### **PRESIDENT**

Jef VAN LANGENDONCK, professeur Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven).

### **CONSEILLERS SCIENTIFIQUES**

---

Jos BERGHMAN, professeur à la Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven);

Bea CANTILLON, professeur à l'Université Antwerpen (UA);

Gabrielle CLOTUCHE, professeur à l'Université Catholique de Louvain, conseiller à l'European Trade Union Confederation (ETUC);

Michel DISPERSYN, professeur à l'Université Libre de Bruxelles (U.L.B.);

Pierre PESTIEAU, professeur à l'Université de Liège, (U.Lg);

Bernd SCHULTE, professeur au Max Planck Institut München;

Pierre VAN DER VORST, professeur à l'Université Libre de Bruxelles (U.L.B.);

Willy VAN EECKHOUTTE, professeur à l'Université Gent (U.Gent);

Pascale VIELLE, professeur à l'Université Catholique de Louvain (U.C.L.).

Durant la période de 1995 à 2004, la présidence a été assurée par les Commissaires royaux honoraires Roger DILLEMANS et Pierre VAN DER VORST.

### **MEMBRES DE L'ADMINISTRATION**

---

Frank VAN MASSENHOVE, président, Service public fédéral Sécurité sociale;

Tom AUWERS, directeur général, Service public fédéral Sécurité sociale;

Hendrik LARMUSEAU, directeur général, Service public fédéral Sécurité sociale;

Frank ROBBEN, administrateur général, Banque-carrefour de la sécurité sociale;

## **COMITE DE REDACTION**

### **PRESIDENT**

---

Hendrik LARMUSEAU, directeur général, Service public fédéral Sécurité sociale.

### **MEMBRES**

---

Frank VAN MASSENHOVE, président, Service public fédéral Sécurité sociale;

directeurs généraux au Service public fédéral Sécurité sociale: Tom AUWERS, Jan BERTELS, Marie-Claire DUBUISSON et Hubert MONSIEUX;

conseillers généraux au Service public fédéral Sécurité sociale: Michel EGGERMONT, Muriel RABAU et Daniel TRESEGNIÉ.

### **COLLABORATEURS PERMANENTS**

---

Roland VAN LAERE, Françoise GOSSIAU, Jean-Paul HAMOIR et Guy RINGOOT.