



Documents hors série de l'OCDE sur la politique du marché du travail et la politique sociale No. 33

Les politiques sociales  
et de santé dans les pays  
de l'OCDE : Un examen des  
programmes actuels et des  
évolutions récentes

**David W. Kalisch,**  
**Tetsuya Aman,**  
**Libbie A. Buchele**

<https://dx.doi.org/10.1787/851234623027>

**Non classifié**

**DEELSA/ELSA/WD(98)4**



Organisation de Coopération et de Développement Economiques  
Organisation for Economic Co-operation and Development

**OLIS : 20-Jul-1998**  
**Dist. : 23-Jul-1998**

PARIS

**Or. Ang.**

**DIRECTION DE L'EDUCATION, DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**  
**COMITE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**DEELSA/ELSA/WD(98)4**  
**Non classifié**

**POLITIQUES DU MARCHE DU TRAVAIL ET POLITIQUE SOCIALE -**  
**DOCUMENTS HORS SERIE N°33**

**LES POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTE DANS LES PAYS DE L'OCDE :**  
**UN EXAMEN DES PROGRAMMES ACTUELS ET DES EVOLUTIONS RECENTES**

**David W. Kalisch, Tetsuya Aman et Libbie A. Buchele**

**67705**

Document complet disponible sur OLIS dans son format d'origine  
Complete document available on OLIS in its original format

**Or. Ang.**

**DIRECTION DE L'ÉDUCATION, DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL  
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**DOCUMENTS HORS SÉRIE**

Le but de cette série de documents est de fournir à un plus grand nombre de lecteurs des études sur les politiques sociales et du marché du travail destinées à l'origine à un usage interne à l'OCDE. En général, ces études ont un caractère collectif, et seuls les auteurs principaux sont cités nommément. Les documents ne sont généralement disponibles que dans leur langue d'origine -- anglais ou français -- avec un résumé dans l'autre langue.

Les commentaires sont les bienvenus, et sont à envoyer à la Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16, France. Des exemplaires supplémentaires, en nombre limité, sont disponibles sur demande.

Les opinions exprimées et les arguments employés dans ce document sont la responsabilité des auteurs, et ne représentent pas nécessairement ceux de l'OCDE.

**Les demandes de reproduction ou de traduction totales ou partielles doivent être adressées à :**

**M. le Chef du Service des Publications  
OCDE  
2, rue André-Pascal  
75775 Paris, Cedex 16  
France**

**Copyright OCDE 1998**

## RESUME

Les réponses des pays au questionnaire de l'OCDE établi dans le cadre de l'Initiative pour un monde solidaire, avec d'autres informations dont on dispose par ailleurs, constituent une bonne base pour caractériser les grandes tendances de la politique sociale concernant l'étendue de la protection sociale, l'aide aux familles, l'aide aux chômeurs d'âge actif, les revenus des retraités, les soins de santé, une prise en charge à long terme et l'aide au logement.

En ce qui concerne l'étendue des dispositifs de sécurité sociale, on est allé vers un resserrement des conditions d'admission au bénéfice des prestations, en particulier pour les nouveaux migrants, et vers un renforcement du rôle de l'aide sociale. Les pays ont réagi à la montée de l'exclusion sociale souvent par des mesures d'ensemble, intégrées, notamment des mesures de garantie de revenu, ainsi que par des mesures destinées à favoriser la réinsertion dans la société.

En ce qui concerne l'aide aux familles, certains pays ont durci les conditions de ressources auxquelles l'octroi des prestations est subordonné et, dans le même temps, certains versements ont été augmentés, en particulier en faveur des familles à faible revenu. Par ailleurs, des versements au profit des familles dont les revenus d'activité sont faibles servent parfois de mécanisme incitatif en direction des personnes qui acceptent un emploi mal rémunéré. De nombreux pays ont essayé d'améliorer la mise en oeuvre de l'obligation d'entretien incombant aux parents absents vis-à-vis de leurs enfants, cela avec un succès limité, et, parallèlement, certains pays ont élevé le niveau de la contribution financière attendue des parents qui n'ont pas la garde de leurs enfants. D'autres pays ont renforcé les dispositifs publics qui entrent en jeu lorsque les parents absents ou bien sont défaillants ou bien n'ont pas les moyens d'assumer leurs responsabilités financières vis-à-vis de leurs enfants.

Le cas des parents isolés bénéficiaires de prestations de sécurité sociale a été attentivement examiné par les pouvoirs publics au cours de la dernière décennie et, parfois, les conditions d'admission au bénéfice des prestations ont été durcies et les durées de versement ont été réduites. Ces mesures de restriction visent à faire en sorte que les parents isolés restent moins longtemps dépendants des prestations de sécurité sociale. On peut limiter le droit des parents isolés à des prestations en abaissant, par exemple, l'âge ouvrant droit (âge des enfants). De nombreux pays ont aussi pris des mesures actives pour aider les parents isolés à reprendre un emploi -- amélioration des possibilités de garde d'enfants (lesquelles ont aussi été améliorées pour les autres familles qui travaillent), accès à des programmes d'emploi et de formation, et mesures d'incitation financière inscrites dans le système de sécurité sociale destinées à encourager la participation à la vie active.

Les systèmes d'indemnisation du chômage ont également fait l'objet de nombreuses modifications. Un certain nombre de pays ont amoindri la générosité de l'indemnisation en abaissant le taux des prestations, en limitant l'indexation, en supprimant certaines dispositions qui jouaient contre les revenus d'activité ou en modifiant la durée maximale de versement des prestations. Ces modifications sont allées de pair, dans certains pays, avec un durcissement des conditions d'admission au bénéfice des prestations, tandis que quelques pays ont augmenté le niveau des prestations. L'une des modifications les plus fréquentes dans les pays de l'OCDE a consisté à durcir l'application de la condition de recherche effective d'emploi exigée des chômeurs. Certains pays sont allés jusqu'à prévoir un alourdissement des pénalités en cas de non-respect de cette condition. Les pays ont aussi fait beaucoup d'efforts pour

encourager et faciliter la réinsertion des chômeurs dans l'emploi. Des mesures d'incitation financière ont été prises en direction des chômeurs pour les inciter à prendre un emploi à temps partiel ou à plein temps, outre que les possibilités de bénéficier d'un programme actif du marché du travail ont été élargies. Bien que les programmes en faveur de l'emploi existent maintenant depuis de nombreuses années, les pays continuent d'expérimenter, en ce qui concerne l'équilibre des différents dispositifs et leur application, pour tenter d'améliorer l'efficacité de leurs interventions.

Les pensions d'invalidité et les prestations maladie ont fait l'objet de contrôles plus systématiques et plus larges portant sur les conditions d'accès, après que le nombre des participants à ces programmes a beaucoup augmenté dans de nombreux pays. En ce qui concerne les pensions d'invalidité, les conditions d'attribution de ces prestations ont été durcies d'une manière générale, dans de nombreux pays, les critères médicaux primant désormais sur les critères sociaux ; les situations médicales ont été réévaluées et la notion d'aptitude au travail a été définie de façon plus stricte. En ce qui concerne les prestations maladie, certains pays en ont réduit la générosité et ont transféré aux employeurs au lieu des organismes publics la responsabilité du paiement des prestations dans un premier temps. De gros efforts ont été déployés du côté des mesures de réadaptation et des mesures actives destinées à favoriser la réinsertion dans l'emploi des bénéficiaires de pensions d'invalidité et de prestations maladie.

Les pays de l'OCDE se sont activement employés à réformer leurs systèmes de pensions de retraite. La valeur de la prestation finalement servie par le régime public a parfois été réduite. Cette mesure peut aller de pair avec un allongement de la durée de cotisation ou d'emploi exigée pour percevoir la même prestation qu'auparavant et par un allongement du nombre d'années d'activité prises en compte pour calculer la prestation finale. Dans d'autres cas, la valeur de la prestation finale est désormais davantage liée à l'expérience antérieure du bénéficiaire sur le plan de l'emploi. En revanche, d'autres pays, soucieux de veiller à ce que la pension de base servie aux personnes âgées par la sécurité sociale soit suffisante, ont augmenté les pensions de régime public. L'âge de la retraite a été relevé, dans un certain nombre de cas, pour les hommes comme pour les femmes, encore que la modification la plus fréquente consiste à aligner l'âge de la retraite pour les femmes sur l'âge de la retraite pour les hommes ou, du moins, à s'en rapprocher. Parallèlement, on a limité le recours aux retraites anticipées et pris des mesures pour inciter les gens à travailler plus longtemps, avant et après l'âge légal de la retraite. L'une des évolutions les plus notables, dans la zone de l'OCDE, aura été le développement des systèmes de pensions privés, et l'adoption de mesures en faveur de tels dispositifs, essentiellement destinés à compléter le régime public.

A la fin des années 80 et au début des années 90, la plupart des pays de l'OCDE ont enregistré une augmentation de la part des dépenses totales de santé dans leur PIB. Des efforts de maîtrise des coûts ont été engagés dans plusieurs directions : modification du système de financement des hôpitaux, limitation des coûts afférents à l'utilisation des nouvelles technologies et à la consommation de produits pharmaceutiques, développement des services de consultations externes et des soins de proximité, recherche de la transparence, réforme des modalités générales de financement du système de santé et alourdissement de la part des dépenses mises à la charge des individus. Les pays ont aussi renforcé la concurrence entre organismes d'assurance maladie et entre prestataires de services de santé. Avec la modération observée ces dernières années dans la progression des dépenses de santé, les pays se préoccupent aujourd'hui davantage d'améliorer la qualité des soins et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan de la santé. Des commissions spéciales et des organismes chargés de veiller à la qualité des soins définissent des normes en matière de prestations de soins de santé et l'on a recours à des mécanismes d'incitation financière pour tenter d'obtenir une amélioration de la qualité. On est davantage attentif à la coordination des soins et à l'évolution des résultats en termes de santé. Dans le domaine de la santé publique, de nombreux pays ont engagé des stratégies nationales axées sur, par exemple, les maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies chroniques, les maladies transmissibles, la santé mentale, la

prévention des accidents, la lutte contre l'alcool et contre la drogue, et le dépistage. Le champ couvert par le système de santé a continué de s'étendre dans un certain nombre de pays mais, en dépit de cela, on reste préoccupé par les inégalités dans l'accès aux services de santé et dans l'état de santé selon les groupes de la population.

La question des services d'aide et de soins à long terme est une préoccupation relativement récente pour les pouvoirs publics des pays de l'OCDE. La place plus grande faite aux services de proximité, la mise en place de services mieux adaptés aux besoins des personnes âgées et l'introduction de dispositifs privés laissant une plus grande liberté de choix aux consommateurs, tous ces éléments répondent, dans une certaine mesure, aux attentes des personnes âgées, désireuses d'obtenir des services de meilleure qualité. En décentralisant plus largement les responsabilités au niveau des collectivités locales, on s'est efforcé d'améliorer la coordination structurelle des services, et, par ailleurs, pour offrir des services adaptés aux besoins des individus, on a mis en place, très souvent, des équipes pluridisciplinaires de professionnels. La diversification et la rationalisation des services peuvent être un moyen d'améliorer la qualité et l'efficacité des systèmes de prise en charge à long terme. La dimension financière des systèmes de prise en charge à long terme est l'une des grandes préoccupations dans de nombreux pays. Certains pays se sont dotés de systèmes de financement spécifiques pour les services d'aide et de soins à long terme, fiscalité ou assurances sociales. Le souci de la maîtrise des coûts fait partie intégrante de ces systèmes : les critères d'admission au bénéfice du dispositif sont strictement liés aux besoins ; une partie de la dépense reste à la charge de l'utilisateur ; il est fait plus largement appel aux services d'aide et de soins dans la communauté, etc. De même qu'on remarque une évolution générale vers les services de proximité, de même de nombreux pays se préoccupent d'apporter un soutien accru aux familles qui prennent en charge leurs aînés.

En ce qui concerne l'aide au logement, les allocations logement se sont développées, dans une certaine mesure, et les prestations sont désormais davantage soumises à condition de ressources pour être réservées aux familles à faible revenu. Les politiques d'aide au logement qui existent dans les pays de l'OCDE sont très diverses. Il peut s'agir d'allocations logement ou d'une aide à l'accession à la propriété et à la construction, ou de la mise à disposition de logements publics et sociaux. La tendance est plutôt à donner davantage de responsabilités aux organismes locaux et régionaux, en matière d'aide au logement, par rapport aux autorités de niveau national.

Si l'on considère toute la palette des interventions dans le domaine social, on observe que les pouvoirs publics se sont employés à resserrer les conditions d'admission au bénéfice des programmes<sup>1</sup>, réduisant par ailleurs les versements, fût-ce dans une moindre proportion, et améliorant les pratiques administratives pour limiter les dépenses et accroître l'indépendance économique des individus. On s'est efforcé de mieux coordonner les services dans un certain nombre de domaines et de plus larges responsabilités ont été dévolues aux échelons locaux et régionaux. Dans certains cas, les structures de prestations ont été modifiées pour renforcer les incitations financières au travail. D'autres mesures ont été prises pour améliorer la qualité des services offerts, mesures destinées à faire apparaître les bénéficiaires de l'aide sociale comme une main-d'oeuvre plus attrayante aux yeux des employeurs et mesures destinées à faciliter la garde des enfants pour permettre à certains de travailler. Dans le domaine de la santé, les mesures visant à limiter les versements sont souvent contrebalancées par un élargissement des possibilités de choix pour le consommateur et par un renforcement des mécanismes de concurrence. On peut aussi observer une tendance au développement des dispositifs privés dans le domaine social par rapport aux dispositifs publics.

---

<sup>1</sup> Sauf pour les soins de santé et services d'aide et de soins à long terme qui, généralement, prennent de l'extension.

## TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| RESUME.....  | 3  |
| 1. INTRODUCTION.....   | 10 |
| 2. PROBLEMES D'AUJOURD'HUI ET ENJEUX DE DEMAIN.....  | 12 |
| Les priorités de la politique sociale.....   | 12 |
| Accompagner la transition économique et le développement.....                                    | 12 |
| Lutter contre les inégalités de revenu et la pauvreté.....                                       | 13 |
| Favoriser le retour à l'emploi.....  | 14 |
| Aider les familles.....  | 15 |
| Interrogations quant à la pérennité des systèmes de sécurité sociale.....                        | 16 |
| Faire face au vieillissement de la population.....   | 16 |
| Améliorer le système de soins de santé.....  | 17 |
| Logement.....  | 17 |
| Simplifier le système de sécurité sociale et en améliorer la gestion.....                        | 18 |
| Incidence des facteurs économiques et budgétaires sur la politique sociale.....                  | 18 |
| Incidence de la rigueur budgétaire.....  | 18 |
| Répartition du poids des réformes.....   | 20 |
| Incidence de la croissance économique.....   | 21 |
| 3. COUVERTURE DE LA PROTECTION SOCIALE.....  | 22 |
| Lutte contre l'exclusion sociale.....  | 22 |
| Catégories exposées au risque d'exclusion sociale.....   | 23 |
| Mesures en faveur des personnes exposées au risque d'exclusion sociale.....                      | 24 |
| Importance accrue des mesures d'aide sociale.....  | 26 |
| Dispositif de protection sociale en faveur des femmes.....                                       | 28 |
| Dispositif de sécurité sociale en faveur des immigrants.....                                     | 29 |
| Influences internationales sur les dispositifs de sécurité sociale.....                          | 30 |
| 4. MESURES GENERALES D'AIDE AUX FAMILLES.....  | 33 |
| Nature des mesures d'aide aux familles.....  | 34 |
| Autres services aux familles.....  | 37 |
| Contribution du parent absent à l'entretien des enfants.....                                     | 37 |
| Mesures en faveur des parents isolés.....  | 41 |
| Aide aux familles qui travaillent -- concilier le travail et les responsabilités familiales..... | 43 |
| Structures de garde des enfants.....   | 43 |
| Allocations de maternité et parentales.....  | 46 |
| Dispositifs en faveur des conjoints à charge.....  | 47 |
| 5. LA PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES D'AGE ACTIF AU CHOMAGE.....                               | 48 |
| Prestations sociales pour les chômeurs.....  | 48 |
| Montant des allocations de chômage.....  | 50 |
| Autres modifications apportées aux dispositifs d'indemnisation du chômage.....                   | 52 |
| Durée de versement.....  | 52 |
| Ouverture des droits à allocation.....   | 52 |
| Autres modifications apportées aux incitations financières.....                                  | 53 |

|  |           |
|--|-----------|
| Contrôle plus rigoureux de l'obligation de recherche d'emploi .....  | 53        |
| Réformes globales .....  | 55        |
| Autres formes de prestations sociales .....  | 55        |
| Pensions d'invalidité .....  | 55        |
| Changements intervenus dans le domaine des pensions d'invalidité .....   | 56        |
| Programmes d'insertion professionnelle des personnes handicapées .....   | 57        |
| Prestations d'assurance-maladie pour les personnes en incapacité de travail temporaire .....                               | 58        |
| Le passage de la vie active à la retraite - nombre croissant des retraites anticipées .....                                | 60        |
| Mesures destinées à favoriser l'activité .....   | 61        |
| Développement des politiques actives du marché du travail .....  | 61        |
| Mesures spécifiques pour les chômeurs jeunes et âgés .....   | 62        |
| La valorisation du travail par les prestations liées à l'exercice d'un emploi .....  | 64        |
| L'éventail des mesures gouvernementales .....  | 66        |
| <b>6. LA REFORME DES SYSTEMES DE RETRAITE INTRODUCTION .....</b>   | <b>67</b> |
| Introduction .....   | 67        |
| Caractéristiques des régimes de retraite dans les pays de l'OCDE .....   | 68        |
| Pensions forfaitaires.....   | 69        |
| Pensions liées aux gains.....  | 70        |
| Niveau des prestations des régimes publics de pension au moment de la liquidation .....                                    | 73        |
| Modalités de financement des pensions publiques .....  | 73        |
| Régimes de pension privés .....  | 75        |
| Fiscalité des revenus des retraités .....  | 77        |
| Problèmes auxquels sont actuellement confrontés les régimes de pensions .....  | 78        |
| Détails concernant les récentes réformes des pensions dans les pays de l'OCDE .....  | 80        |
| Des pensions moins généreuses .....  | 80        |
| Des prestations au montant plus adapté.....  | 81        |
| Une plus grande capitalisation des régimes de pension publics .....  | 81        |
| Une couverture élargie des régimes de pension privés .....   | 82        |
| Les mesures visant à modifier l'âge effectif de la retraite .....  | 83        |
| Les autres formes de lien entre emploi et pension.....   | 85        |
| Les mesures prévues en cas de changement de la situation familiale .....   | 86        |
| Mise en oeuvre progressive des réformes .....  | 87        |
| <b>7. LES SOINS DE SANTE.....</b>  | <b>88</b> |
| Introduction .....   | 88        |
| Aperçu général des préoccupations des pays Membres de l'OCDE telles qu'elles ressortent des réponses au questionnaire..... | 89        |
| Préoccupations liées aux coûts et au financement .....   | 90        |
| Qualité des services et efficacité des soins .....   | 91        |
| Amélioration de la santé publique et équité .....  | 93        |
| Vue d'ensemble des systèmes de santé des pays de l'OCDE .....  | 94        |
| Mesures destinées à améliorer l'efficacité .....   | 94        |
| Transfert de la charge financière aux consommateurs .....  | 95        |
| Maîtrise de l'offre et de la demande par le contrôle des prix et des quantités .....                                       | 96        |
| Mesures visant à encourager une utilisation optimale des ressources .....  | 97        |
| Amélioration des systèmes de financement public.....   | 98        |
| Evaluation des techniques médicales.....   | 98        |
| Contrôle de qualité et renforcement de l'efficacité .....  | 99        |
| Efficacité et coordination des soins .....   | 100       |



|  |            |
|--|------------|
| Qualité de la prestation de services .....   | 100        |
| Satisfaction des patients .....  | 100        |
| Information et mesure de la qualité .....  | 101        |
| Concurrence et responsabilisation .....  | 101        |
| Mesures prises dans le domaine de la santé publique et de l'équité .....                       | 102        |
| Dépenses de santé publique .....   | 102        |
| Stratégies nationales de santé publique .....  | 103        |
| Surveillance médicale .....  | 103        |
| Couverture universelle et équité dans l'accès aux soins .....                                  | 103        |
| Transfert des responsabilités au niveau local .....  | 105        |
| Vieillesse .....   | 105        |
| Mesures spéciales en faveur de la population âgée dans le domaine de la santé .....            | 106        |
| Financement des dépenses de santé des personnes âgées .....                                    | 106        |
| Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des réformes .....                              | 107        |
| Evaluation des réformes .....  | 108        |
| <b>8. POLITIQUES RELATIVES AUX SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A LONG TERME.....</b>               | <b>109</b> |
| Vue d'ensemble des questions en jeu .....  | 109        |
| Synthèse des réponses des pays .....   | 111        |
| La prise en charge à long terme : préoccupations des pays de l'OCDE .....                      | 111        |
| Structure générale des services d'aide et de soins à long terme .....                          | 111        |
| Qui fait quoi ? Répartition des rôles entre les acteurs .....                                  | 112        |
| Aspects financiers de la prise en charge à long terme .....                                    | 115        |
| Aspects qualitatifs : répondre aux besoins individuels des personnes âgées .....               | 116        |
| Amélioration de la qualité et intégration des services .....                                   | 118        |
| Réduction des coûts dans les structures d'hébergement de longue durée .....                    | 121        |
| Prise en charge à long terme des personnes handicapées encore jeunes .....                     | 122        |
| <b>9. L'AIDE AU LOGEMENT EN FAVEUR DES PERSONNES A BAS REVENU.....</b>                         | <b>124</b> |
| Tour d'horizon des aides au logement en faveur des personnes ayant de faibles ressources ..... | 124        |
| Le rôle de l'Etat dans l'aide au logement .....  | 127        |
| Evolutions récentes de la politique d'aide au logement .....                                   | 128        |
| <b>10. AUTRES QUESTIONS .....</b>  | <b>130</b> |
| Soutien des programmes sociaux par l'opinion .....   | 130        |
| Modifications des pratiques administratives .....  | 133        |
| Améliorer la qualité des services .....  | 133        |
| Lutte contre la fraude à la sécurité sociale .....   | 134        |
| <b>11. CONCLUSIONS : GRANDS AXES DES REFORMES ENGAGEES RECEMMENT .....</b>                     | <b>138</b> |
| Accroître l'autonomie économique .....   | 138        |
| Réajuster les charges entre les générations .....  | 140        |
| Accroître la flexibilité et la croissance économique .....                                     | 142        |
| Garantir un revenu de base afin de réduire la pauvreté .....                                   | 143        |
| Améliorer l'efficacité et la qualité des services assurés .....                                | 143        |
| Assainir les finances publiques .....  | 144        |
| Améliorer la cohésion sociale .....  | 145        |
| <b>ANNEXE 1 : GLOSSAIRE DE TERMES ET ABREVIATIONS.....</b>                                     | <b>147</b> |

|  |     |
|--|-----|
| ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE L'OCDE DANS LE CADRE DU MONDE SOLIDAIRE SUR LES<br>PRIORITES DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE ..... | 155 |
| REFERENCES.....  | 170 |

## 1. INTRODUCTION<sup>2</sup>

1. Au sommet du G7 qui s'est tenu à Lyon en juin 1996, le Premier Ministre du Japon, M. Hashimoto, a lancé l'idée de l'"Initiative pour un monde solidaire". Il s'agissait, pour les pays de l'OCDE, de mettre en commun leurs idées et leurs expériences en matière de politique sociale pour faciliter l'évolution des politiques à l'aube du 21<sup>ème</sup> siècle.

2. On peut mettre en évidence un certain nombre de tendances communes dans de nombreux pays de l'OCDE : persistance d'un chômage élevé, augmentation des dépenses afférentes au système de sécurité sociale et au système de santé alors qu'on cherche à assainir les finances publiques, vieillissement de la population et souci de trouver les moyens d'instaurer un ordre économique et social qui fonctionne bien et favorise l'intégration. Chacune de ces préoccupations est un enjeu important qui pousse les pays Membres à chercher à élaborer des politiques économiques et sociales appropriées.

3. Dans le cadre de l'"Initiative pour un monde solidaire", il a principalement été demandé à l'OCDE d'établir un rapport de synthèse à partir des éléments fournis par les pays Membres concernant les évolutions récentes dans le domaine de la politique sociale. L'OCDE, en liaison avec les pays Membres représentés au Groupe de travail du Conseil sur la politique sociale, a élaboré un questionnaire détaillé à l'intention des gouvernements nationaux concernant certaines des préoccupations les plus urgentes, en matière de politique sociale, auxquelles sont confrontés les pays de l'OCDE. Le questionnaire détaillé entériné par les pays Membres a été mis au point dans sa version définitive en mai 1997 (mis en Annexe 2 de ce document) et des réponses au questionnaire ont été reçues de tous les pays de l'OCDE, à l'exception de l'Irlande, au second semestre de 1997.<sup>3</sup> Les informations contenues dans ce rapport tiennent compte des changements intervenus dans les politiques jusqu'à fin mars 1998.

4. Ce document de synthèse vise à rendre compte de façon globale des réponses émanant des gouvernements nationaux, en l'occurrence des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé. Ce rapport est axé sur les questions traitées dans le questionnaire et il a principalement été établi sur la base

---

<sup>2</sup> Les auteurs ont travaillé à la Division des politiques sociales de l'OCDE durant l'année 1997/98 pour la préparation de ce rapport. Ils en ont partagé la responsabilité comme suit : David Kalisch a contribué aux chapitres 1 à 6 et 9 à 11, Tetsuya Aman aux chapitres 6 et 8 et Libbie Buchele aux chapitres 7 et 8. Ce projet a bénéficié d'un don financier des autorités japonaises en faveur de l'OCDE ainsi que des contributions des autorités australiennes et américaines. Ce rapport n'aurait pu être préparé sans l'apport substantiel d'informations fournies par les autorités nationales des pays Membres. Nous voudrions aussi remercier les collègues de la Division des politiques sociales pour leur aide et leurs commentaires. Ce rapport a été présenté aux Ministres de la santé et des affaires sociales venus à l'OCDE pour la réunion ministérielle qui s'est tenue en juin 1998 et ayant pour titre "Les nouvelles priorités de la politique sociale en vue d'un monde solidaire".

<sup>3</sup> La République slovaque, qui a un statut d'observateur auprès de l'OCDE, a elle aussi répondu au questionnaire et, dans un souci de simplification, les données la concernant sont traitées comme celles concernant les pays Membres.

des réponses fournies par les autorités nationales. Cependant, on a aussi utilisé, le cas échéant, d'autres éléments provenant d'études antérieures effectuées par le Secrétariat de l'OCDE ou d'autres sources<sup>4</sup>.

5. Le but de ce rapport est de présenter un état de la situation dans le domaine des programmes sociaux et de faire apparaître les principales évolutions en la matière dans la zone de l'OCDE. On a délibérément adopté une optique très large, couvrant toute la diversité des préoccupations qui retiennent l'attention dans les pays Membres. Cependant, certaines questions qui n'étaient pas abordées par le questionnaire, par exemple la question des politiques d'éducation, ne sont pas traitées dans ce rapport.

6. Ce rapport commence par présenter les priorités de la politique sociale dans les différents pays de l'OCDE et les évolutions observées concernant l'étendue de la protection sociale. Il traite ensuite de façon plus approfondie des différents programmes sociaux et de l'orientation des réformes récentes : aide aux familles, garantie de revenu et autres mesures en faveur des personnes d'âge actif (y compris les personnes handicapées ou en invalidité temporaire qui relèvent des prestations maladie), revenus au moment de la retraite, système de santé, services d'aide et de soins à long terme, et logement. De plus, un nombre d'autres questions sont évoquées dans une dernière partie, par exemple les moyens d'obtenir l'adhésion de l'opinion publique aux réformes et les changements dans les pratiques administratives. Enfin, la conclusion consiste en une évaluation des réformes opérées récemment au regard de certains objectifs visant à accroître l'autonomie financière, réajuster les charges entre les générations, accroître la flexibilité et la croissance économique, garantir un revenu de base afin de réduire la pauvreté, améliorer l'efficacité et la qualité des services assurés, assainir les finances publiques et améliorer la cohésion sociale.

7. On espère que ce rapport de synthèse, sur les programmes de politique sociale et l'orientation des réformes dans ce domaine, complété par le document d'analyse qui l'accompagne (OCDE 1998e), aidera les pays à concevoir et mettre en oeuvre les changements éventuellement nécessaires dans leur dispositif d'ici la fin de ce siècle et au-delà.

---

<sup>4</sup> Une version précédente sur l'information ayant trait aux revenus de retraite (chapitre 6) a été présentée lors de l'Atelier conjoint BIT/OCDE : Développement et réforme des systèmes de pensions en décembre 1997 (Kalisch et Aman 1997).

## 2. PROBLEMES D'AUJOURD'HUI ET ENJEUX DE DEMAIN

8. Le questionnaire établi dans le cadre de l'"Initiative pour un monde solidaire" commençait par demander aux pays d'identifier les principales questions et priorités concernant la politique sociale dans chaque pays. Dans la section ci-après, on commence par donner une présentation succincte des réponses, après quoi on examine l'incidence de la rigueur budgétaire et de la croissance économique sur la politique sociale.

### Les priorités de la politique sociale

9. Les pays ont indiqué quelles étaient les priorités de leurs gouvernements en matière de politique sociale. Il s'agit aussi bien d'atténuer les effets des difficultés économiques et sociales actuelles que de prendre des mesures pour faire face aux risques à long terme ou d'assurer la réalisation des objectifs généraux assignés aux dispositifs sociaux.

### Tableau 2.1 : Grandes priorités et enjeux de la politique sociale

10. La situation économique comme la structure du système de protection sociale en place modifient la nature des problèmes auxquels les pays sont confrontés. Par exemple, les pays qui connaissent de profondes mutations économiques et ceux qui sont en train de mettre en place un système de protection sociale auront vraisemblablement pour souci d'étendre la portée et d'améliorer la qualité de leurs dispositifs d'aide. En revanche, les pays où existent déjà des systèmes très développés cherchent plutôt à améliorer la viabilité de leurs dispositifs sociaux (surtout dans le contexte du vieillissement des populations) et à atténuer la dépendance des personnes d'âge actif à l'égard des prestations sociales. En ce qui concerne la réduction des inégalités de revenu et de la pauvreté, l'élargissement des possibilités d'emploi et l'amélioration des systèmes de santé, ce sont des préoccupations que partagent de nombreux pays, quelle que soit leur situation économique et sociale.

### *Accompagner la transition économique et le développement*

11. Les pays qui connaissent de profondes mutations économiques, comme les pays de l'ancien bloc de l'Est qui opèrent leur transition vers des économies davantage axées sur le marché, ont souligné l'importance des dispositifs sociaux pour accompagner le processus de mutation (République tchèque, Hongrie, Pologne, par exemple). Les transformations économiques ont engendré de profonds bouleversements à court terme sur le marché de l'emploi et les politiques sociales peuvent apporter aux individus le soutien de base indispensable le temps qu'ils retrouvent un emploi et s'adaptent au nouvel ordre économique. Les politiques sociales contribuent aussi à limiter les inégalités de revenu. Aussi rudimentaires les politiques sociales fussent-elles dans un premier temps, elles peuvent aider à rallier l'opinion publique au processus d'ajustement. L'introduction et le développement de l'assurance sociale, de l'aide sociale et d'autres dispositifs ont aussi été jugés importants en Corée pour éviter les conflits sociaux qui accompagnent le processus de développement économique. Cette priorité s'impose tout particulièrement dans le contexte actuel, alors que de nombreux pays d'Asie se trouvent confrontés à une

situation économique nouvelle depuis la fin de 1997 et que le chômage commence d'apparaître comme un problème majeur dans ce pays.

12. La Turquie, qui en est à un stade de développement économique et social moins avancé que la plupart des autres pays de l'OCDE, insiste tout particulièrement sur l'éducation, la réduction de la mortalité infantile, la réduction des très grandes inégalités de revenu et l'amélioration des dispositions en matière de pensions, actuellement insuffisantes. Parallèlement, la Turquie a engagé une réforme d'ampleur de ses mécanismes de sécurité sociale, en vue d'étendre le bénéfice du dispositif à une plus large fraction de la population, de faire que le dispositif s'autofinance de façon à ne faire peser aucune charge supplémentaire sur le budget de l'Etat et d'encourager le recours à des assurances privées complémentaires.

13. Les systèmes de protection sociale sont également relativement jeunes au Portugal et en Espagne par rapport aux systèmes existant dans les autres pays de l'Union européenne, de sorte qu'ils assurent un degré de protection sociale notablement inférieur à celui qui est assuré dans la plupart des autres pays de l'Union européenne. Dans ce contexte, le Portugal s'est fixé plusieurs priorités générales en matière de politique sociale. La réforme du système de sécurité sociale vient en tête de ses préoccupations : il s'agit en particulier d'assurer l'efficacité et la viabilité financière du système public, de diversifier progressivement les sources de financement et de renforcer le rôle des systèmes complémentaires. Une plus grande attention a été portée aux familles et aux mesures d'aide en faveur des familles, au travers d'interventions à la fois plus intensives et plus diverses. L'amélioration de l'accès au logement et le renforcement de l'effort d'investissement dans le domaine des ressources humaines constituent deux autres priorités au Portugal. La contrainte budgétaire demeure un facteur important au Portugal, qui amène à limiter les dépenses dans certains domaines et à être très attentif à l'efficacité des interventions par rapport à leur coût. L'Espagne a pour objectif au moins de maintenir la protection sociale à son niveau actuel, comptant que la poursuite de la croissance économique et l'amélioration de la situation sur le plan de l'emploi permettront d'améliorer le dispositif à terme.

### ***Lutter contre les inégalités de revenu et la pauvreté***

14. Les mesures destinées à lutter contre des inégalités de revenu injustifiables et qui s'accroissent sont une priorité au Royaume-Uni, au Mexique, en Turquie et en Hongrie. La Hongrie souhaite que les inégalités de revenu cessent de se creuser et souhaite s'attaquer véritablement au problème de la grande pauvreté qui frappe certains. D'autres pays concentrent leur attention sur les ménages à très bas revenu, se donnant alors comme priorité la réduction/l'atténuation de l'exclusion sociale ou de la pauvreté (France, Grèce, Irlande, Luxembourg, Mexique, Norvège, Pologne, Portugal, Turquie, par exemple). L'Italie a mis particulièrement l'accent sur la pauvreté dans le Sud, surtout dans les familles comptant trois enfants ou plus, tout en reconnaissant la fréquence élevée (et cependant en diminution) de la pauvreté chez les personnes âgées.

15. L'Irlande a lancé une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté (*National Anti-Poverty Strategy*), qui vise à faire passer la fraction de la population qui ne parvient pas à sortir de la pauvreté des 9-15 pour cent auxquels elle était estimée en 1997 à moins de 5-10 pour cent d'ici 2007. La stratégie met en évidence la nécessité d'agir sur plusieurs fronts : handicap scolaire, chômage (en particulier chômage de longue durée), niveau des revenus, zones urbaines défavorisées et pauvreté rurale.

16. Ainsi que c'est expliqué dans le chapitre suivant de ce document, la plupart des pays de l'OCDE indiquent que la lutte contre l'exclusion sociale est une préoccupation de leurs autorités, bien que cette

action n'ait pas été expressément présentée, dans la plupart des cas, comme une priorité de l'action gouvernementale, dans leur réponse à cette partie du questionnaire.

### *Favoriser le retour à l'emploi*

17. De nombreux pays de l'OCDE sont très soucieux de dégager des possibilités d'emploi pour les chômeurs et les personnes d'âge actif qui dépendent des prestations de sécurité sociale (Australie, Canada, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Mexique, Pays-Bas, République slovaque, Suède, Royaume-Uni, Etats-Unis, par exemple). Le chômage atteint des niveaux jamais atteints dans plusieurs de ces pays et les priorités assignées à l'action gouvernementale en témoignent, évidemment.

18. Bien que de nombreux gouvernements aient indiqué que la lutte contre le chômage était pour eux une priorité majeure, rares sont ceux qui se fixent des objectifs et des calendriers par rapport auxquels apprécier l'efficacité de leurs efforts. Le gouvernement suédois s'est fixé comme objectif de réduire de moitié le volume actuel du chômage d'ici l'an 2000, et la Norvège, quant à elle, a pour objectif d'abaisser de moitié le niveau du chômage observé en 1995 d'ici 1999. L'Australie reste attachée à l'objectif du plein emploi, s'appuyant sur des stratégies budgétaires destinées à engendrer une croissance forte et durable de l'économie et de l'emploi (surtout dans le secteur des petites et moyennes entreprises), et procédant, parallèlement, à une restructuration des mesures d'aide à l'emploi pour en améliorer l'efficacité. Le gouvernement britannique s'est lui aussi récemment engagé à assurer un niveau d'emploi élevé et stable, comme cela avait été affirmé pour la première fois dans le Livre blanc de 1944 sur l'emploi<sup>5</sup>.

19. Parmi les pays les plus développés, la Norvège, la Suède, l'Australie et le Royaume-Uni ont tous insisté sur la nécessité, pour les politiques sociales, de favoriser et d'encourager le retour à l'emploi des personnes sans emploi, insistant sur l'indispensable cohérence des dispositifs de sécurité sociale et des politiques visant le marché du travail pour parvenir à réduire le chômage. La Suède comme la Norvège ont insisté sur l'effort qu'elles attendent de la part des personnes qui sont au chômage, dont elles attendent qu'ils recherchent activement un emploi et s'efforcent de s'assurer un revenu par leur travail, en contrepartie de dispositions généreuses sur le plan de la sécurité sociale et des programmes en faveur de l'emploi. En Norvège, après que l'attention s'est portée, de façon plus générale, sur les chômeurs et les handicapés, au début des années 90, l'attention se focalise maintenant sur des groupes plus spécifiques, par exemple les bénéficiaires de l'aide sociale, les personnes souffrant de certains handicaps, les chômeurs de longue durée et les parents isolés. La réinsertion dans l'emploi d'autres groupes défavorisés, comme les parents isolés et les personnes handicapées, est une priorité dans d'autres pays de l'OCDE également (Royaume-Uni, Canada, par exemple).

20. Une politique active de promotion de l'emploi constitue l'axe de la stratégie gouvernementale dans plusieurs pays. L'Allemagne compte sur les effets conjugués de la politique du marché du travail et de la politique sociale, renforcés par une situation économique favorable, pour réduire un chômage qui atteint de très hauts niveaux, s'efforçant notamment d'abaisser les coûts de main-d'oeuvre salariaux et d'adapter sa politique active de l'emploi. La France voit dans le partage du travail un moyen de tenter de réduire le chômage, et l'introduction d'une semaine de 35 heures et les réductions dégressives des charges sociales pour les employeurs qui abaissent la durée du travail d'au moins 10 pour cent et augmentent leurs effectifs d'au moins 6 pour cent s'inscrivent dans cette perspective. En Irlande, le principal enjeu de la politique sociale est un taux d'emploi très faible, de seulement 56.3 pour cent, qui s'explique par un taux

<sup>5</sup> Royaume-Uni, Her Majesty's Treasury (1997), *Pre-Budget Report*, novembre 1997, The Stationary Office, Londres.

de chômage relativement élevé, et du chômage de longue durée, mais aussi par un faible niveau d'activité chez les femmes. La priorité sera d'adapter le système de protection sociale de façon qu'il encourage et facilite l'emploi et d'éliminer les dispositions qui favorisent le chômage ou contribuent à le faire perdurer.

21. La Nouvelle-Zélande a en particulier pour objectif d'atténuer la dépendance des personnes d'âge actif à l'égard des mesures publiques de garantie de revenu, ce qui implique un réexamen de toutes les prestations servies aux personnes d'âge actif (prestations de parents isolés, d'invalidité, de maladie, de chômage), ainsi que des réaménagements dans les dispositifs, concernant notamment les obligations incombant aux bénéficiaires de prestations. En Nouvelle-Zélande, à l'heure actuelle, environ 20 pour cent de la population adulte tire l'essentiel de ses revenus des prestations de sécurité sociale, alors que la proportion était de 2-3 pour cent il y a 30 ans (Preston, 1997). Parmi les questions actuellement débattues en Nouvelle-Zélande, on retiendra l'idée d'un renforcement des obligations s'imposant aux bénéficiaires de prestations, la refonte des structures de prestations pour renforcer les incitations au travail et une gestion plus individualisée des cas et des services mieux adaptés à chaque cas pour encourager les bénéficiaires à se tourner vers des activités davantage susceptibles de leur permettre de ne plus dépendre des prestations. L'Australie et le Royaume-Uni, de même, insistent sur la nécessité pour chacun de s'assurer un revenu et l'obligation incombant aux demandeurs d'emploi de contribuer activement à leur intégration sur le marché du travail, tandis que le Danemark et les Etats-Unis sont particulièrement attentifs à veiller à ce qu'un travail soit financièrement attrayant par rapport à des prestations de sécurité sociale. Le Danemark a comme objectif de faire passer le nombre de personnes d'âge actif dépendantes de la garantie de revenu de 966 000, chiffre enregistré en 1994, à 750 000 d'ici 2005 (actuellement, ce sont environ 900 000 personnes qui se trouvent dans cette situation). Le Royaume-Uni est préoccupé par le fait que dans environ 20 pour cent des ménages d'âge actif aucun adulte n'a d'emploi, préoccupé en particulier par le sort des familles monoparentales. La Suède s'efforce d'éviter que les jeunes chômeurs, ayant entre 20 et 25 ans, ne deviennent dépendants en permanence des prestations de sécurité sociale ; le Canada, lui aussi, fait de la lutte contre le chômage des jeunes une de ses grandes priorités ; et la France, de son côté, souhaite développer l'emploi des jeunes.

22. L'éducation et la formation professionnelle font aussi l'objet d'une grande attention dans certains pays, qui y voient le moyen non seulement d'améliorer les perspectives d'emploi et l'employabilité à long terme de certains chômeurs mais aussi d'accroître l'adaptabilité et la capacité productive de l'économie. Les Etats-Unis souhaitent développer les possibilités d'éducation et de formation postsecondaires pour les Américains qui se situent dans les tranches de revenu inférieures et intermédiaires ; la Turquie s'efforce d'élever le niveau d'instruction et de formation professionnelle de sa main-d'oeuvre potentielle ; et le Canada, lui aussi, est attentif à développer les possibilités de formation et d'éducation. Par ailleurs, d'autres pays assurent des formations aux personnes sans emploi dans le cadre de programmes actifs visant le marché du travail. Par exemple, la Finlande fait de l'introduction d'une garantie d'éducation et de formation dans le système de garantie de revenu en faveur des chômeurs une de ses priorités sociales.

### *Aider les familles*

23. Un certain nombre de pays ont souligné la nécessité d'aider les familles, en particulier les familles à risque, ainsi que de favoriser le développement et le bien-être des enfants. L'Australie évoque la nécessité d'aider les familles vulnérables ou en difficulté, tandis que la Nouvelle-Zélande considère comme une priorité d'améliorer le fonctionnement des familles à risque. La politique familiale est une priorité en Suède également, pays soucieux d'assurer des conditions de vie favorables aux enfants et d'offrir la possibilité, aussi bien aux hommes qu'aux femmes, à la fois d'élever des enfants et d'avoir une activité rémunérée, tandis que le Portugal entend reconnaître le rôle essentiel joué par les familles au



travers des aides dont elles bénéficient. La Turquie souhaite améliorer les services aux familles, notamment en faveur des femmes défavorisées, tandis que les Etats-Unis visent à étendre la couverture maladie à 50 pour cent des enfants qui, actuellement, n'en bénéficient pas. L'Italie a récemment mis en place une Commission sur les politiques familiales qui est chargée d'imaginer une allocation pour enfant à charge plus universelle, d'évaluer les pratiques exemplaires dans les services sociaux au niveau local et de proposer des réformes au traitement juridique des conflits conjugaux.

### *Interrogations quant à la pérennité des systèmes de sécurité sociale*

24. La montée du chômage, le ralentissement de l'activité économique et la perspective d'une faible croissance, tous ces éléments contribuent, à des degrés et selon des configurations qui varient selon les pays, à mettre en danger le financement à long terme des systèmes de sécurité sociale (Italie, Japon, Suisse, par exemple). La conjonction d'une réduction des recettes provenant des cotisations de sécurité sociale et/ou de l'impôt, et de l'alourdissement des dépenses publiques à caractère social a amené certains gouvernements à s'interroger sur la viabilité à long terme de leurs systèmes. Sans doute le problème se pose-t-il, en particulier, pour les pays qui ne parviennent pas à accélérer leur rythme de croissance et ceux qui ne sont pas prêts à absorber le prochain ralentissement de l'activité économique, quel que soit le moment où il interviendra. Dans certains contextes, une maîtrise plus rigoureuse des finances publiques apparaît comme déterminante pour parvenir à une croissance économique durable. Certains pays modifient la générosité du dispositif et/ou l'accès aux droits afin de limiter les charges futures et de mieux garantir l'équilibre financier de leurs systèmes. L'Australie a adopté une autre approche qui consiste à inciter les individus qui sont en mesure de le faire à prendre eux-mêmes des dispositions, notamment en vue de leur retraite et des soins dont ils auront besoin durant leur vieillesse, ainsi que pour les services de santé. La Grèce s'efforce de maintenir un niveau satisfaisant de protection sociale alors que les tendances démographiques et tendances du marché du travail sont défavorables, abandonnant notamment les dispositifs universels pour se tourner plutôt vers des dispositifs soumis à condition de ressources.

25. Le cas de l'Italie met en évidence les interactions entre les facteurs économiques, démographiques et sociaux qui doivent être pris en compte de façon coordonnée. La persistance du chômage, la perspective d'une faible croissance économique, l'effort d'assainissement des finances publiques et le vieillissement de la population sont autant d'éléments qui se conjuguent et laissent entrevoir des difficultés pour le financement des droits des retraités de demain. Les pouvoirs publics concentrent leur attention sur l'assainissement budgétaire, considéré comme la condition d'une croissance durable, d'un élargissement des possibilités d'emploi pour tous les segments de la population et de la pérennité du système de sécurité sociale pour les générations futures. Plusieurs commissions ministérielles et gouvernementales ont été créées, récemment, pour étudier ces questions.

### *Faire face au vieillissement de la population*

26. Plusieurs pays ont cité le vieillissement de la population comme l'une de leurs préoccupations prioritaires (si ce n'est leur principale préoccupation) à l'heure actuelle, compte tenu des conséquences prévisibles sur le plan des pensions, des soins de santé et de la prise en charge à long terme de la vieillesse. Pour le Japon, le vieillissement de la population est l'un des principaux facteurs influant sur son système de protection sociale, car ce pays devrait connaître un accroissement très net et rapide des effectifs âgés dans les années à venir. Mais d'autres pays aussi considèrent que le vieillissement de la population est pour eux un défi majeur : Canada, Danemark, Finlande, Allemagne, Grèce, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pologne, Suède et Etats-Unis.

27. La Hongrie, la Suède, la Norvège, l'Allemagne et les Etats-Unis font partie des pays qui voient dans le vieillissement de la population, avec ses conséquences pour les systèmes de pensions, une priorité essentielle de l'action des pouvoirs publics dans le domaine social. Il s'agit, pour l'essentiel, d'assurer la viabilité à moyen et long terme des systèmes de pensions. En dépit de la pression démographique, de nombreux pays de l'OCDE estiment que la couverture sociale de leur population âgée est une composante fondamentale de leur dispositif social. L'élévation du niveau d'activité de la population âgée apparaît parfois comme un élément de la solution face au problème du vieillissement de la population (Finlande, Danemark, par exemple).

28. Le Japon et l'Allemagne accordent aussi un caractère prioritaire à la mise en place d'une assurance prise en charge à long terme pour assurer le financement des besoins en logements adaptés et en services des personnes âgées. Le Japon se préoccupe tout particulièrement de savoir qui prendra en charge les personnes âgées dépendantes alors que les structures familiales évoluent dans ce pays (tout comme, à des degrés divers, dans de nombreux autres pays de l'OCDE). La Suède, de même, souhaite asseoir le financement des services d'aide et des soins à long terme sur une base sûre.

### *Améliorer le système de soins de santé*

29. Les soins de santé également figurent parmi les priorités de nombreux gouvernements dans le domaine social. Reconstruire le système national de santé, s'attaquer aux causes fondamentales de la maladie, assurer à tous un égal accès aux services de santé et réduire les inégalités entre les groupes sur le plan de l'état de santé, telles sont les priorités de l'action gouvernementale au Royaume-Uni. Le Canada, également, est soucieux de préserver son système de soins universel ; il souhaite, en particulier, moderniser le système et éviter les mécanismes qui pourraient avoir un effet pervers, outre, d'une manière générale, améliorer l'état de santé de la population. En Allemagne, des mesures législatives sont entrées en vigueur durant l'été 1997, dont l'objectif était d'assurer le progrès médical et la qualité des services médicaux et de limiter le coût de la santé, et cela a conduit à un excédent des cotisations sur les dépenses de 1.1 milliard de deutschemarks pour 1997. Dans un contexte de persistance des pressions s'exerçant sur les services de santé, la Nouvelle-Zélande est attentive aux possibilités de choix dans le domaine des soins de santé et à l'accessibilité des services. Après certaines modifications dans le financement des services et l'organisation des soins, le débat porte maintenant sur le rôle des différentes parties dans la prestation des services. Le Japon, également, envisage de réformer son système de soins de santé.

30. En ce qui concerne certains objectifs précis, le Danemark et la Norvège souhaitent réduire les listes d'attente pour tous les services importants. La Finlande, dans son effort de restructuration des services de santé, accordera une plus grande attention aux besoins des clients et aux services de consultations externes. Dans un autre contexte, la Hongrie souhaite enrayer la dégradation de l'état de santé de sa population, et s'attaquer, en particulier, au problème de la mortalité élevée chez les hommes en pleine force de l'âge. Les Etats-Unis consacreront plus de 24 milliards de dollars à l'extension de la couverture maladie aux enfants non assurés, l'objectif étant de parvenir à un taux allant jusqu'à 50 pour cent sur un effectif total de 10 millions d'enfants.

### *Logement*

31. L'accès à des logements adaptés pour les ménages à faible revenu est également une préoccupation des autorités dans un certain nombre de pays. Au Portugal, les mauvaises conditions de logement de certaines catégories de la population sont l'une des grandes causes d'exclusion sociale et, dans ce pays, l'amélioration de l'accès des groupes pauvres au logement est une priorité. La Turquie, pour

sa part, compte développer la production de logements et l'accès à la propriété par de nouvelles dispositions financières. En Grèce, on se préoccupe d'améliorer les conditions de logement pour certaines catégories de la population -- migrants et jeunes couples à qui on faciliterait l'accès aux financements.

### ***Simplifier le système de sécurité sociale et en améliorer la gestion***

32. Sur un plan pratique, l'Australie et la Finlande soulignent la nécessité de simplifier leurs systèmes de sécurité sociale pour mieux en faire saisir le fonctionnement par l'opinion publique et en réduire le coût administratif. Améliorer la prestation des services est un objectif spécifique signalé par l'Australie, tandis que la Hongrie insiste sur la réforme de son système de sécurité sociale, notamment sur la décentralisation de l'administration.

### **Incidence des facteurs économiques et budgétaires sur la politique sociale**

33. Après la question portant sur les grandes priorités de la politique sociale, il était demandé aux pays d'indiquer s'ils avaient des objectifs spécifiques en matière de dépenses sociales et dans quelle mesure la rigueur budgétaire et le rythme de la croissance économique influent sur leurs programmes sociaux.

34. La plupart des pays n'ont pas d'objectifs spécifiques concernant le niveau des dépenses sociales (Australie, Allemagne, Suède, Norvège, par exemple). Cela reflète, au moins en partie, la nature des systèmes de sécurité sociale qui est de venir en aide aux individus dans des circonstances diverses, et la difficulté de prévoir les phénomènes économiques, avec leurs conséquences sociales. Le Japon est l'une des rares exceptions : il s'est fixé comme objectif à long terme de maintenir le poids global de la fiscalité et des prélèvements sociaux en deçà de 50 pour cent du revenu national, même lorsque le phénomène de vieillissement de la population sera à son maximum. Le Japon entend également veiller à ce que les dépenses de santé n'augmentent pas plus vite que le revenu national et il souhaite freiner la progression des dépenses de sécurité sociale rendue nécessaire par l'augmentation de la population âgée, tandis que la République tchèque, pour sa part, a l'intention de réduire la part des dépenses sociales dans le PIB. En France, les partenaires sociaux sont attachés au principe de la maîtrise des dépenses de santé par les professionnels de la santé. Sans se fixer d'objectifs spécifiques concernant les dépenses sociales, un certain nombre de pays de l'OCDE entendent, néanmoins, limiter la progression des dépenses sociales à l'accroissement du PIB (Allemagne, Hongrie, Italie et Norvège, par exemple).

35. En Irlande, il existe un consensus pour dire que les personnes qui dépendent des prestations sociales devraient avoir leur juste part de l'augmentation de richesse engendrée par la croissance économique et qu'en période de ralentissement de l'économie, leur niveau de revenu devrait être préservé en termes réels.

### ***Incidence de la rigueur budgétaire***

36. De nombreux pays ont insisté sur les efforts qu'ils ont déployés récemment pour assainir les finances publiques. Dans ce contexte, il est généralement prévu de réduire les dépenses afférentes aux programmes sociaux (Australie, Canada, Danemark, Finlande, Italie, Mexique, Pologne, Suède, Suisse, par exemple). Dans la plupart des cas, les programmes sociaux sont visés car ils absorbent une grande part du budget et l'assainissement des finances publiques serait impossible sans réduction des dépenses sociales. Dans d'autres cas, en Italie, par exemple, pour ce qui concerne le système des pensions, les

programmes sociaux sont visés parce que les dépenses se sont alourdies, récemment. Le Danemark a signalé que tout accroissement des dépenses afférentes aux programmes sociaux devait être compensé par une proposition de réduction portant sur d'autres aspects du dispositif social, de façon qu'il n'y ait pas d'accroissement net des besoins de financement. L'Espagne fait exception qui, elle aussi, est engagée dans un effort de rigueur budgétaire mais où les dépenses de sécurité sociale ne sont pas affectées et où les dépenses de santé continuent de croître à un rythme élevé.

37. Certains pays ont noté que l'effort de rigueur budgétaire, avec les réductions qui en ont résulté dans les dépenses afférentes aux programmes sociaux, a stimulé la recherche de gains d'efficacité et d'améliorations dans la prestation des services, sans se traduire nécessairement par une diminution des prestations assurées aux bénéficiaires. C'est ce qui a été observé au Portugal, ainsi que, dans le domaine de la santé, au Canada, et la Nouvelle-Zélande a pour politique d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles.

38. Plusieurs pays ont noté que la recherche d'économies dans les dépenses des programmes sociaux se heurte à un certain nombre de contraintes. L'Autriche entend préserver le juste équilibre entre les objectifs de croissance économique, de rigueur budgétaire et de justice sociale, tandis que la Finlande et l'Australie insistent sur la nécessité de préserver un filet de sécurité efficace pour les personnes qui en auront besoin lorsque les réductions dans les dépenses auront été opérées.

39. Les pays de l'OCDE en sont à différents stades du processus d'assainissement des finances publiques. En Suède, le "programme de reconstruction" engagé depuis 1994, qui vise à mettre un terme au cycle des déficits budgétaires a abaissé le niveau global des transferts au profit des ménages, outre que la pression fiscale a été alourdie. L'objectif d'équilibre ou d'excédent du budget devrait être atteint en 1998 et la pression pourrait alors se relâcher un peu sur les dépenses sociales. Au Royaume-Uni, l'effort actuel de rigueur budgétaire est l'un des facteurs qui affectent l'évolution des politiques sociales. La Suisse comme les Etats-Unis sont engagés dans un processus qui vise à l'équilibre du budget au siècle prochain. La Suisse compte parvenir à l'équilibre budgétaire en 2001, tandis qu'aux Etats-Unis le Président et le Congrès se sont engagés à parvenir à un budget fédéral équilibré d'ici 2002, ce qui implique des lignes directrices concernant les niveaux de dépenses et de recettes pour les cinq années à venir. Au Canada, le budget fédéral devrait être en équilibre en 1997-98 et on prévoit des budgets en équilibre pour 1998-99 et 1999-2000.

40. La France applique une discipline budgétaire à la fois par choix et pour satisfaire aux critères de l'Union monétaire européenne, ce qui pourrait avoir une incidence sur la politique sociale. Plutôt que d'abaisser les prestations de sécurité sociale, idée qui a suscité une forte opposition dans l'opinion publique, les autorités ont introduit un prélèvement supplémentaire de 0.5 pour cent sur tous les revenus, qui s'appliquera sur la période 1996-2008, destiné à assurer le remboursement de la dette accumulée par le système de sécurité sociale. L'Allemagne a engagé un effort d'assainissement des finances publiques en dépit du surcroît de dépenses engendré par la réunification. Si la Norvège s'efforce d'éviter la surchauffe de son économie, au moins en partie par la rigueur budgétaire, les recettes pétrolières de la mer du Nord suscitent aussi des revendications en faveur d'un relèvement des pensions.

41. Un certain nombre de pays ayant amélioré leur situation budgétaire ont ensuite augmenté leurs dépenses sociales : c'est le cas, par exemple, du Canada, de la Hongrie, de l'Irlande et du Mexique. Si l'effort d'assainissement des finances publiques a beaucoup joué dans certains cas, l'amélioration de la situation économique a aussi joué son rôle en accroissant les recettes de l'Etat.

### *Répartition du poids des réformes*

42. La plupart des pays de l'OCDE ont déclaré qu'ils sont attachés au principe de l'équité de la politique sociale et à un partage équitable de la charge, ou bien alors ont estimé qu'ils ne rencontrent pas de difficultés sur ce point actuellement.

43. La Suède a observé qu'on estime, de par le monde, que c'est l'un des pays où l'équité est le mieux respectée, et, pour elle, une répartition équitable de la charge du dispositif social est une préoccupation majeure. Elle a essayé d'opérer son effort de rigueur budgétaire (*Programme de reconstruction*) de façon équitable, la réduction des prestations en faveur des personnes à faible revenu allant de pair avec un alourdissement de la pression fiscale pour les hauts revenus. Par ailleurs, en septembre 1996, le gouvernement suédois a indiqué qu'il disposait désormais d'une marge de manoeuvre financière qui lui permettait de rétablir certaines prestations pour améliorer la répartition des revenus.

44. Le Japon reconnaît certaines disparités entre les prestations accessibles aux salariés et celles accessibles aux travailleurs indépendants. Parmi les autres pays ayant signalé que le principe d'une répartition équitable de la charge est pour eux important, on citera l'Autriche, la Hongrie, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni. Les autorités des Etats-Unis, également, sont soucieuses d'une répartition équitable de la charge, mais, ont-elles indiqué, il n'y a pas de consensus, au niveau national, sur la façon dont la charge doit se répartir.

45. La structure du dispositif de sécurité sociale peut aussi, a-t-il été observé, contribuer à assurer une répartition équitable de la charge. L'Australie a insisté sur son système de sécurité sociale financé par l'impôt, le fait de subventionner les prestations à condition de ressources et la reconnaissance des surcoûts supportés par les familles et les personnes handicapées contribuant pour beaucoup à l'équité verticale et à la répartition horizontale. L'Allemagne a observé qu'il peut y avoir différentes conceptions de l'équité, mais a indiqué qu'un degré élevé d'équité était garanti par la forte corrélation instituée entre les cotisations et les prestations par le principe assurantiel sur lequel est bâti le système de sécurité sociale allemand. En Finlande, les autorités pensent que les transferts ont limité le creusement des inégalités de revenu et contribué à éviter un appauvrissement général, et la répartition des revenus n'a guère été modifiée durant et après la récession enregistrée dans ce pays au début des années 90. Le niveau de vie n'a pas baissé en dépit d'un chômage massif et de la réduction des dépenses sociales.

46. Un certain nombre de pays ont signalé la gravité, pour eux, du problème de la répartition de la charge des programmes sociaux entre les générations alors que la population vieillit et que les effectifs de la population d'âge actif sont appelés à diminuer.

47. Assurer l'équité entre les générations alors que la population d'âge actif diminue et que la proportion de personnes âgées augmente constituera le défi majeur pour le système de sécurité sociale japonais. La Corée, elle aussi, est préoccupée par l'alourdissement du poids des inactifs pour les générations futures et par l'avenir de son système de pensions, menacé de faillite vers le milieu des années 2030, et réfléchit aux mesures qu'il conviendrait de prendre pour traiter le problème de l'équité entre les générations et faire face à la crise financière qui menace le système de pensions. L'Allemagne tente de résoudre le problème que représente le vieillissement de la population pour le système de pensions par des réformes qui pèsent à la fois sur les retraités et sur la population d'âge actif. Les jeunes générations, en Allemagne, craignent que la réforme des pensions ne les amène à devoir supporter des cotisations plus lourdes durant leur vie active pour, ensuite, percevoir des prestations moindres durant leur vieillesse.

48. Parmi les autres pays ayant déclaré que l'équité entre les générations était pour eux une préoccupation majeure, on signalera le Canada, la Finlande, la Hongrie, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Pologne. La question de la répartition du revenu entre les générations est un thème relativement nouveau en Finlande où la mise en place, en 1993, d'un Groupe de travail chargé par le Premier Ministre d'analyser l'évolution de la répartition des revenus entre les générations et les principaux problèmes se posant dans cette perspective a toutefois contribué à sensibiliser l'opinion à cette question. L'Italie poursuit la réforme de son système de pensions pour consolider la base financière du système et dégager des fonds qui pourront être affectés aux familles avec enfants et aux mesures en faveur de l'emploi.

49. En revanche, d'autres pays ont indiqué que la question de l'équité entre les générations n'était pas véritablement une préoccupation pour eux, ou, en tout cas, était une priorité bien moindre par rapport à d'autres préoccupations. Le problème du vieillissement de la population ne se pose pas de manière aussi aiguë au Royaume-Uni que dans d'autres pays ; l'équité entre les générations n'est pas une préoccupation, actuellement, pour les pouvoirs publics en Australie ni en République tchèque ; aux Etats-Unis, les questions de répartition entre les générations n'interviennent qu'à titre de considération mineure dans le débat général sur l'assainissement des finances publiques et la protection sociale ; et la Grèce est davantage préoccupée par son entrée dans l'Union monétaire européenne, la restructuration du système de sécurité sociale et la politique d'éducation.

### *Incidence de la croissance économique*

50. La relation entre les programmes sociaux et l'activité économique est complexe, et la diversité des commentaires des pays sur ce point en témoigne. La Finlande, le Mexique et le Portugal, parmi d'autres, ont souligné l'importance d'une croissance économique durable pour garantir la stabilité des programmes sociaux. Une économie en croissance à la fois réduit la proportion de personnes ayant besoin de prestations et engendre un accroissement des recettes, sous forme d'impôts et de cotisations sociales, sur lesquelles financer les dépenses.

51. Le Japon et la Suisse ont noté les difficultés auxquelles ils sont confrontés concernant le financement de leurs programmes sociaux dans le contexte (relativement nouveau pour eux) de la montée du chômage et d'un ralentissement de la croissance économique. Le chômage qui se maintient à de hauts niveaux demeure l'obstacle majeur à des réductions à grande échelle des dépenses sociales dans de nombreux pays (Finlande, France, par exemple). En Hongrie, la disparition du plein emploi a entraîné de graves problèmes de financement du système de sécurité sociale.

52. Par ailleurs, la Nouvelle-Zélande a fait des commentaires sur la contribution que les programmes sociaux peuvent apporter au progrès économique. Ils peuvent faciliter les ajustements et les placements sur le marché du travail, et sont un facteur de stabilité sociale. Les autorités attachent un intérêt particulier aux programmes sociaux susceptibles de favoriser la croissance de l'économie.

### 3. COUVERTURE DE LA PROTECTION SOCIALE

53. Les évolutions socio-démographiques qui se sont produites dans de nombreux pays de l'OCDE depuis plusieurs décennies remettent en question les systèmes de sécurité sociale. Du fait que l'aide sociale est de plus en plus souvent sollicitée en raison des changements apportés aux dispositifs visant le marché du travail et aux services sociaux, les bénéficiaires des systèmes classiques d'assurance sociale existant dans la plupart de l'OCDE sont aujourd'hui moins nombreux. Un plus grand nombre de personnes doivent donc compter sur l'aide sociale pour subvenir à leurs besoins financiers immédiats.

54. Bien souvent, les programmes d'aide sociale sont particulièrement importants pour la stratégie gouvernementale de lutte contre l'exclusion sociale en constituant un dernier recours. L'Australie et la Nouvelle-Zélande font toutefois exception à cette tendance générale car, dans ces pays, ce sont les programmes d'aide sociale qui constituent pour la population la principale source de garantie de revenu.

55. Si la plupart des exclus n'ont pas accès aux prestations normales de sécurité sociale, c'est essentiellement parce qu'ils n'ont pas occupé d'emploi récemment ; ils doivent donc compter sur l'aide sociale pour obtenir un recours financier tout en participant éventuellement à des activités visant à leur donner les moyens de mieux s'insérer dans l'emploi et la société. Certains groupes comme les jeunes chômeurs qui n'ont pas encore d'antécédents professionnels, les femmes au foyer et les immigrés de fraîche date risquent de ne pas avoir droit aux prestations d'assurance sociale en raison des règles d'admission au bénéfice de ce système (surtout s'ils n'y ont pas cotisé). Toutes ces personnes doivent donc recourir de plus en plus souvent à l'aide sociale.

#### **Lutte contre l'exclusion sociale**

56. Presque tous les pays qui ont répondu au questionnaire ont mis l'accent sur le souci de leur gouvernement de lutter contre l'exclusion sociale, encore que l'expression "exclusion sociale" ne soit guère utilisée dans un certain nombre de pays (comme la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la Pologne et la Suisse) qui déclarent se préoccuper de la pauvreté et/ou de la marginalisation.

57. La lutte contre la pauvreté est, depuis 1995, une priorité politique essentielle de la Belgique qui a mis en place un certain nombre de dispositifs appropriés. Les recommandations formulées dans un Rapport général sur la pauvreté qui est le fruit d'un dialogue avec les pauvres inspireront à l'avenir la politique gouvernementale. Une conférence interministérielle de l'intégration sociale a été également organisée sous la présidence du Premier Ministre.

58. La plupart des pays n'ont pas donné de définition fonctionnelle de l'"exclusion sociale" et bon nombre d'entre eux ont signalé l'absence de définition. Ceux qui ont donné une définition pratique de l'exclusion sociale présentaient de grandes similitudes dans l'interprétation de cette notion. Pour la Grèce, celle-ci désignait l'exclusion de certains groupes aussi bien du marché du travail que des activités sociales et, pour la Hongrie, l'exclusion d'activités (comme l'enseignement et la formation) qui permettent d'obtenir le nécessaire dans l'existence comme un emploi, un foyer et des soins de santé. Au Luxembourg, l'exclusion sociale désigne les obstacles qui empêchent les individus d'accéder à

l'enseignement, à la formation, à l'emploi, aux soins de santé et au logement et de percevoir un revenu. La Nouvelle-Zélande proposait de définir les catégories sociales incapables de participer à la vie quotidienne, faute de pouvoir se procurer des biens, des services ou un emploi, ou qui souffrent d'isolement sur le plan culturel ou social, tandis que, pour le Portugal, l'exclusion sociale va au-delà de la pauvreté et englobe les difficultés rencontrées dans l'exercice des différents droits du citoyen (droit à des moyens d'existence décentes, au maintien des liens familiaux et à l'intégration dans la société). En outre, les réponses de nombreux pays dépourvus d'une définition pratique de l'exclusion sociale reflétaient une acception commune de cette notion.<sup>6</sup>

### *Catégories exposées au risque d'exclusion sociale*

59. Il existe une certaine similitude entre les catégories définies par les pays comme étant le plus exposées au risque d'exclusion sociale dans leur pays. Ce sont les handicapés (y compris les malades mentaux), les toxicomanes, les sans abri, les réfugiés/immigrés, les populations autochtones et les anciens détenus, les femmes, les enfants, les jeunes et les chômeurs de longue durée<sup>7</sup>. Le tableau 3.1 donne la liste complète des principales catégories considérées dans certains pays comme particulièrement exposées au risque d'exclusion sociale<sup>8</sup>.

#### **Tableau 3.1 : Catégories reconnues dans certains pays comme étant particulièrement exposées au risque d'exclusion sociale**

60. Le Royaume-Uni déplore que plus de 20 pour cent de ménages d'âge actif ne comptent aucun adulte pourvu d'un emploi et a récemment annoncé de nouvelles mesures prioritaires en faveur des jeunes chômeurs, des chômeurs de longue durée relativement âgés et des parents isolés sans travail. La République tchèque craint que les catégories à faible revenu, en particulier les familles avec enfants, ne soient exposées à la pauvreté et à l'exclusion sociale durant la phase de transition que traverse l'économie. En Norvège qui s'est dotée d'un solide système sécurité sociale et où les services de santé sont gratuits ou bon marché, la priorité est donnée aux personnes d'âge actif qui ont un lien marginal avec l'emploi, comme les toxicomanes et les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

<sup>6</sup> L'expression "exclusion sociale" est en usage depuis quelque temps, surtout en Europe, mais elle est rarement définie. Selon l'une de ses définitions, à laquelle se réfère Berghman (1997), "l'exclusion sociale résulte de l'échec d'au moins un des systèmes suivants : le système démocratique et juridique qui favorise l'intégration des citoyens ; le marché du travail qui favorise l'intégration économique ; le système de protection sociale qui favorise l'intégration sociale ; la famille et la collectivité". Une autre définition récente proposée par Duffy (1997) fait ressortir la distinction entre pauvreté et exclusion sociale, "l'exclusion sociale allant au-delà de l'exclusion de la société de consommation pour désigner également l'absence de place dans la société, d'où l'importance du rôle social de l'emploi ou du travail. On peut être pauvre sans être exclu, et vice versa, mais beaucoup de personnes défavorisées vivent les deux situations en même temps."

<sup>7</sup> A titre de comparaison, l'étude de Barr (1992) indiquait une certaine cohérence, d'un pays à l'autre, dans les groupes exposés à la pauvreté, notamment les personnes âgées, les chômeurs, les malades, les familles monoparentales et les minorités non blanches.

<sup>8</sup> Un certain nombre de pays n'ont pas défini ces groupes les plus exposés au risque d'exclusion.



*Mesures en faveur des personnes exposées au risque d'exclusion sociale*

61. Un certain nombre de pays ont mis en place des programmes spécifiques pour combattre directement l'exclusion sociale, programmes qui, bien souvent, constituent des réponses très générales et de vaste portée aux multiples difficultés auxquelles sont confrontées les personnes laissées pour compte. Les aides prennent presque toujours la forme de prestations en espèces accompagnées d'autres mesures visant à s'attaquer aux causes de l'exclusion.

62. Parmi les principales mesures prises dans ce sens, il faut citer le revenu minimum garanti et les programmes de réinsertion instaurés dans plusieurs pays d'Europe, notamment en Belgique, en France, au Luxembourg, au Portugal, ainsi que dans les cantons latins et certaines villes germanophones de la Suisse.

63. Le Revenu minimum garanti (RMG) institué au Luxembourg en 1986, constitue une aide sociale, assortie de mesures sociales complémentaires destinées à favoriser l'accès à l'emploi des personnes aptes au travail et en âge de travailler. Un projet d'insertion sociale et professionnelle (n'ayant pas valeur de contrat, mais représentant un engagement pris conjointement) est établi d'un commun accord entre le Service national d'action sociale et le bénéficiaire de la prestation dans les trois mois qui suivent la mise en paiement de la prestation. En outre, des mesures d'accompagnement, notamment des services de conseil, ont été mis en place pour guider les bénéficiaires dans la gestion de leur budget et les orienter vers les services sociaux qui les aideront à surmonter leurs difficultés. Les bénéficiaires du RMG aptes au travail sont tenus d'effectuer des travaux d'utilité collective à raison de 40 heures par semaine ou peuvent être envoyés dans des entreprises privées ou encore de suivre des formations susceptibles d'améliorer leurs chances de trouver un emploi. Les personnes affectées à des travaux d'utilité collective perçoivent une indemnité d'insertion correspondant au salaire minimum et doivent cotiser au système de sécurité sociale (afin de se constituer des droits à prestations pour l'avenir).

64. Dans le projet de loi visant à réformer le RMG, la notion actuelle de "lutte contre la pauvreté" est remplacée par celle plus large de "lutte contre l'exclusion sociale". Ce projet qui n'a pas encore été adopté par la Chambre des députés, vise trois grands objectifs : assouplir les conditions d'accès au RMG en révisant le critère de résidence et en abaissant l'âge ouvrant droit à cette prestation, simplifier l'application du dispositif, traiter plus rapidement les demandes et mettre en place d'autres mesures sociales d'accompagnement pour favoriser dans toute la mesure du possible la réinsertion sociale et professionnelle des bénéficiaires. La réforme actuelle prévoit aussi une intervention plus précoce, l'intéressé étant admis dans un programme d'insertion sociale et professionnelle dans le mois qui suit le dépôt de sa demande de prestation.

65. En Finlande, un groupe d'experts constitué par le Ministère des affaires sociales et de la santé étudie depuis le début de 1996 l'ampleur de la pauvreté et de l'exclusion sociale ainsi que les mesures susceptibles d'y porter remède. Ce groupe a poursuivi ses travaux jusque dans le courant de 1997 afin de mettre au point des mesures de lutte contre l'exclusion sociale.

66. L'Italie est en train de mettre en place un certain nombre de mesures pour combattre l'exclusion sociale en se concentrant plus particulièrement sur des mesures visant le marché du travail négociées avec les partenaires sociaux et appelées "bouquet Treu". Un crédit de 1 000 milliards de liras a été ouvert pour créer près de 100 000 offres de formation et d'emplois temporaires pour les jeunes des régions à fort chômage ; au bout d'un an, ces offres pourront être transformées en emplois normaux. Les pouvoirs publics envisagent des activités d'utilité sociale, comme les services aux personnes, la protection de l'environnement et la sauvegarde des biens culturels et la réhabilitation urbaine. Il est question aussi d'augmenter l'indemnité de chômage pour en faire la base de mesures plus actives visant le marché du travail et d'instaurer un troisième niveau de protection sociale (à mi-chemin entre la prévoyance et

l'assistance) pour les travailleurs ayant perdu leur emploi et arrivés en fin de droits. Il est prévu en outre d'instaurer, à titre expérimental, un revenu minimum d'insertion, pour les personnes et les familles en situation de pauvreté. Ce projet prévoit non seulement le versement d'une allocation, mais aussi l'insertion dans des programmes de formation ou dans des travaux d'utilité collective, sans compter la possibilité d'accepter d'éventuelles offres d'emploi. Cette initiative sera mise en oeuvre à titre expérimental pendant 18 mois dans des localités de certaines régions représentant des situations économiques et sociales différentes.

67. Le Portugal suit une double approche avec son programme national de lutte contre la pauvreté et l'instauration d'un revenu minimum garanti. Le programme national de lutte contre la pauvreté a notamment pour objectifs de favoriser l'intégration sociale des groupes à risque, d'encourager le travail indépendant et de contribuer à la construction et à la rénovation de bâtiments. Il fait appel au concours des secteurs public et privé, les collectivités locales et certains groupes locaux devant veiller à ce que les interventions répondent bien aux besoins de la région. Après une période d'expérimentation dans certaines régions du Portugal en 1996, le Revenu minimum garanti a été étendu à tout le pays en juillet 1997 afin que tous les citoyens bénéficient d'un revenu minimum de subsistance et d'un programme d'encouragement à la réinsertion professionnelle. Les initiatives prises par les bénéficiaires font l'objet d'un suivi afin de contribuer au succès de ce dispositif.

68. En Suède, la politique d'aide sociale a pour vocation de combattre l'exclusion sociale en cherchant à prévenir la pauvreté et à favoriser la participation active du plus grand nombre possible de citoyens à la vie économique et sociale. Les pouvoirs publics ont affecté des crédits supplémentaires aux soins de santé, aux services sociaux et à l'éducation afin de faire progresser l'emploi et d'améliorer la qualité des services de protection sociale. C'est ainsi que 10 000 places supplémentaires ont été créées dans des programmes d'éducation des adultes, en particulier pour les chômeurs de longue durée, et que des mesures spéciales ont été prises pour éviter que les jeunes chômeurs ne deviennent tributaires en permanence de prestations de sécurité sociale.

69. En ce qui concerne les autres formes d'aide aux exclus, certains pays (Australie, Autriche, Danemark, Japon) n'ont signalé aucun changement dans la répartition entre prestations en espèces et autres services. D'autres consacrent maintenant des dépenses relativement plus importantes aux aides non monétaires, en particulier avec l'expansion des services liés à l'emploi (comme en Allemagne, en Italie, au Portugal et en Suisse). La Norvège comme la Suède marquent une nette préférence pour des mesures actives en faveur de l'emploi plutôt qu'à de simples prestations. Les Etats-Unis signalent aussi un déplacement de l'aide au profit des services, mais les prestations en espèces représentent encore la plus large part des dépenses d'aide sociale.

70. L'approche adoptée en France est un exemple de vaste stratégie de lutte contre l'exclusion sociale. De nombreuses administrations centrales de l'Etat conçoivent, élaborent, animent et évaluent les mesures de lutte contre ce phénomène. Ainsi, la Délégation à l'emploi gère les dispositifs d'accès à l'emploi, la Direction de la population et des migrations gère les actions en faveur de l'accueil et de l'intégration des populations d'origine étrangère, la Direction de la sécurité sociale gère les prestations (en particulier les minima sociaux tels le RMI) et la Direction de l'action sociale est responsable des politiques en faveur des handicapés, des personnes âgées ainsi que des personnes en difficulté sociale. D'autres Ministères, comme celui de la culture, de la santé et, surtout, de l'éducation agissent de plus en plus pour limiter l'exclusion sociale. L'Etat a mis en place un nouveau service administratif qui, en dehors des rouages administratifs habituels, est chargé de gérer le RMI.<sup>9</sup> Les départements jouent aussi un rôle

<sup>9</sup> D'autres services administratifs spéciaux ont été créés pour gérer les politiques en faveur des jeunes et du développement social urbain.

important par leurs compétences en matière d'aide sociale et l'obligation de consacrer au RMI 20 pour cent du montant des allocations payées par l'Etat. Enfin, le mouvement associatif joue un rôle déterminant dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale par le biais des centres d'hébergement et des services sociaux qu'il anime.

71. La nouvelle série d'initiatives annoncée en France, en mars 1998, qui s'inscrit dans le cadre d'un programme de prévention et de lutte contre les exclusions et qui coûtera 51.4 milliards de FF, sera mise en oeuvre entre 1998 et l'an 2000. Ces initiatives reflètent la nécessité de prendre des mesures globales pour lutter contre l'exclusion. Elles comportent plusieurs volets distincts, notamment l'accès garanti à certains droits fondamentaux (emploi, enseignement et formation, logement, couverture maladie, culture), des mesures propres à éviter l'exclusion (hausse de certaines prestations et encouragement à la réinsertion professionnelle, lutte contre l'analphabétisme et accès aux installations sportives et aux activités de loisirs), l'amélioration des services sociaux d'urgence et la mise en place d'un système d'observation et de recherche sur la pauvreté et l'exclusion. Certaines mesures spécifiques prévoient une aide à la formation et à l'emploi des jeunes chômeurs défavorisés pendant 18 mois (TRACE), l'accroissement des possibilités d'emploi (par le biais du programme intitulé "nouveaux emplois nouveaux services", par l'expansion des contrats emploi-solidarité et la reconfiguration du contrat emploi consolidé), l'amélioration des qualifications des adultes de plus de 26 ans au chômage depuis au moins six mois, l'augmentation des prestations de l'ASS et de l'AI, ainsi qu'une nouvelle initiative permettant aux bénéficiaires du RMI, de l'ASS et de l'API de continuer à percevoir des prestations de sécurité sociale en plus de leur salaire pendant un maximum de 12 mois (selon un barème dégressif au bout de trois et neuf mois) s'ils prennent un emploi rémunéré à un taux inférieur au salaire minimum à plein temps.

72. D'autres pays ont également fait état de la collaboration et de la participation active de divers secteurs dans la fourniture de services de toutes sortes aux exclus. La Finlande et l'Italie ont mis en avant le précieux concours des services municipaux tandis que le Royaume-Uni a adopté, face à l'exclusion, une démarche interministérielle qui englobe l'éducation, la santé, le logement et les services sociaux. Au Portugal, le secteur privé fait partie intégrante de la stratégie tandis qu'en Finlande, un rôle important est joué aussi par le secteur associatif et le secteur privé.

### **Importance accrue des mesures d'aide sociale<sup>10</sup>**

73. Faute d'une définition de l'aide sociale acceptée de tous, plusieurs auteurs ont proposé récemment de définir l'aide sociale comme "un éventail de prestations et de services propres à garantir aux nécessiteux un revenu minimum de subsistance (quelle qu'en soit la définition), en fonction d'un critère de ressources" (Eardley et al., 1996a). Une aide sociale peut généralement être offerte à toutes les personnes qui répondent au critère de ressources ou s'adresser aussi à celles qui remplissent d'autres conditions impératives comme celle d'être chômeur ou malade, ou peut prendre des formes spécifiques comme l'allocation-logement destinée aux ménages à faible revenu.

74. Depuis 1980, les dépenses totales d'aide sociale ont considérablement augmenté dans tous les pays de l'OCDE, surtout en Allemagne, en Espagne, en Finlande, en France, en Norvège, au Portugal, au Royaume-Uni et en Suède (Eardley et al 1996a). Peu de pays ont réduit ces dépenses (le Japon, par exemple, et le Canada où les dépenses n'ont guère varié).

<sup>10</sup> Pour plus de précisions sur les dispositifs d'aide sociale existant dans certains pays de l'OCDE, voir OCDE (1998a), *Combattre l'exclusion : L'aide sociale en Australie, en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède*, OCDE, Paris et OCDE (1998c, à paraître), *Combattre l'exclusion : L'aide sociale en Belgique, en Norvège, aux Pays-Bas et en République tchèque*, OCDE, Paris.

**Tableau 3.2 : Dépenses totales d'aide sociale en proportion des dépenses de sécurité sociale, 1980-1992**  
(d'après Eardley et al 1996, tableau 2.5, page 38)

75. Parmi les raisons avancées par les pays pour expliquer la croissance de l'aide sociale au cours de ces dernières années, les plus fréquentes étaient l'évolution de la clientèle de l'aide sociale et le fait que les requérants n'avaient pas droit aux prestations d'assurance sociale. Parmi les bénéficiaires de l'aide sociale, on notait en effet une forte augmentation du nombre de jeunes, de chômeurs et d'immigrés sans couverture sociale (Suède), de chômeurs de longue durée (Suisse) ou de personnes en proie à des difficultés économiques (Finlande). Certains changements intervenus dans les dispositifs d'assurance sociale ont aussi contribué pour une part non négligeable à l'accroissement de l'aide sociale dans certains pays, notamment les réformes du système d'assurance-chômage en Belgique, la réduction des programmes de sécurité sociale (en Finlande et en Suède) et la diminution récente des prestations d'assurance sociale au Royaume-Uni. Les réductions des prestations effectuées en Nouvelle-Zélande en 1991 sont censées avoir accru le volume de l'aide supplémentaire en nature fournie par les organisations caritatives, mais ne semblent pas avoir eu d'incidence sur l'ampleur relative de l'aide sociale dans ce pays.

76. Malgré l'extension des mesures d'aide sociale observée dans la plupart des pays, celles-ci ne constituent encore qu'une faible part de l'ensemble des dispositifs de protection sociale dans la plupart des pays de l'OCDE. Par exemple, l'aide sociale ne représente qu'un pour cent du total des dépenses de protection sociale en Grèce, contre 100 pour cent en Nouvelle-Zélande, mais est bien inférieure à 50 pour cent dans la plupart des autres pays, sauf en Australie. Dans certains pays, si le volume de l'aide sociale est faible, c'est en partie parce que les systèmes de protection sociale sont peu développés (comme en Grèce et en Turquie), alors que dans d'autres pays, l'Etat offre une aide sociale très restreinte et accessoire aux personnes n'ayant plus droit aux prestations d'assurance sociale (comme en Grèce, au Japon et en Suisse).

77. L'organisation de l'aide sociale est en outre très variable selon les pays. Certains, comme l'Australie, le Mexique, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, ont des dispositifs très centralisés, les montants des allocations et les critères d'admission au bénéfice des prestations étant fixés pour tout le pays par les autorités nationales. C'est en outre l'Etat qui assume intégralement le coût des diverses mesures d'aide sociale.

**Tableau 3.3 : Récapitulatif des dispositifs d'aide sociale dans certains pays de l'OCDE**

78. En Autriche et au Canada, en revanche, il n'existe pas de normes nationales ni de loi-cadre. Chaque province fixe ses propres taux de prestations et critères d'admission, et le volume de l'aide fournie est très variable selon les régions.

79. Entre ces deux extrêmes, on trouve de nombreux autres pays où les autorités nationales et locales jouent un rôle déterminé dans la fourniture de l'aide sociale (c'est le cas en Allemagne, au Danemark, en Finlande, en Hongrie, en Norvège et en Pologne). Ce qui caractérise notamment les dispositifs d'aide sociale de ces pays, c'est que les conditions d'admission au bénéfice des prestations et les taux des allocations sont fixés par des directives nationales, les autorités locales ont toute latitude pour ajuster les montants en fonction des besoins perçus et sont chargées de la mise en oeuvre des programmes, tandis que les coûts de l'aide sociale sont répartis entre les collectivités locales et l'Etat.

### **Dispositif de protection sociale en faveur des femmes**

80. Les femmes qui n'ont pas d'antécédents professionnels ont parfois une couverture sociale insuffisante. Certaines femmes mariées bénéficient de prestations grâce aux droits acquis par leur mari, mais les femmes qui sont célibataires et ne travaillent pas pour diverses raisons, notamment parce qu'elles s'occupent d'un parent dépendant, sont désavantagées. Le droit des femmes divorcées aux prestations de sécurité sociale est une question particulièrement importante qu'il faut régler avec équité.

81. L'activité féminine progresse, mais les femmes qui ont des obligations familiales, ont parfois des difficultés à travailler. Du fait qu'en général elles gagnent moins que les hommes, les femmes n'ont pas non plus les mêmes droits aux prestations de sécurité sociale fondées sur les gains. La Suisse indique par ailleurs que les femmes sont surreprésentées parmi les chômeurs de longue durée et dans d'autres groupes tels que les parents isolés exposés au risque de marginalisation.

82. Certains pays ont adopté de grands principes en vue de promouvoir les droits des femmes et d'accroître leurs chances. Au Canada, la *Charte des droits et libertés* protège les femmes de la discrimination et le *Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes* adopté en 1995 stipule que toute loi pertinente ne pourra être promulguée qu'après analyse des répercussions sur les femmes et les hommes. Au Japon, le *plan national pour l'égalité entre les sexes à l'horizon de l'an 2000* vise à établir un système social favorable à l'équité entre les sexes, à l'égalité entre les hommes et les femmes au travail, dans la famille et dans la collectivité, ainsi qu'à promouvoir ou protéger les droits des femmes. Au Mexique, le *Programme national pour les femmes* qui a pour but de favoriser la participation totale et effective des femmes est imposé à toutes les administrations fédérales.

83. La Suède agit depuis longtemps en faveur de la parité hommes-femmes, d'abord avec la politique relative à l'égalité entre hommes et femmes (*Jämställdhet*), inaugurée durant les années 70, qui soulignait que les hommes et les femmes ont les mêmes droits, les mêmes devoirs et les mêmes possibilités d'exercer une activité professionnelle qui leur assure une indépendance financière et leur permette d'élever leurs enfants et de s'occuper de leur foyer ainsi que de participer à la vie politique, aux activités syndicales et autres activités de la société. Cette politique qui a été développée au milieu des années 80 met maintenant l'accent sur les relations hommes-femmes et vise à faire prendre conscience des spécificités de chaque sexe et de ses atouts. Le Ministère de la santé et des affaires sociales a en outre mis en place un programme (intitulé Programme en faveur de la parité hommes-femmes pour la prospérité de la société) qui vise à favoriser la prise en compte systématique de la problématique hommes-femmes dans toutes les procédures administratives.

84. Le Danemark a indiqué que toutes les mesures de protection sociale appliquées dans le pays reposent sur le principe des droits de l'individu. Au Luxembourg, une loi a été votée en 1986 afin de contrôler la mise en oeuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes en matière de sécurité sociale.

85. L'une des priorités de l'Allemagne est d'améliorer la couverture sociale des femmes à titre individuel. En 1995, reconnaissant l'indépendance économique croissante des femmes, notamment de celles qui sont mariées, et soucieuse de réduire les désincitations financières que comporte un système de sécurité sociale assujéti à un critère de ressources et qui peuvent décourager les femmes mariées de travailler, l'Australie a modifié son dispositif afin que les deux membres d'un couple aient droit individuellement aux prestations. En Italie, depuis que des réformes ont été introduites récemment dans les systèmes de pension, les femmes ayant cotisé au régime de retraite ont droit à trois mois supplémentaires de cotisation fictive pour chacun de leurs enfants, à concurrence d'un maximum de 12 mois. L'Irlande a étendu son dispositif de protection sociale aux travailleurs à temps partiel, parmi

lesquels les femmes occupent une place prépondérante, et a exclu du calcul des pensions les périodes consacrées à élever des enfants à plein temps.

86. Selon la plupart des pays, il n'y a pour ainsi dire pas de différence entre les hommes et les femmes dans les prestations de sécurité sociale et les critères d'admission. Lorsqu'il existe des disparités, c'est essentiellement l'âge d'ouverture des droits aux pensions de vieillesse qui diffère, l'âge de la retraite pour les femmes étant souvent inférieur de cinq ans environ à celui applicable aux hommes. Toutefois, comme nous le verrons plus loin dans la section consacrée aux pensions de retraite, de nombreux pays s'efforcent actuellement d'atténuer ou de supprimer cette distinction. Dans plusieurs pays, il existe en outre des distinctions dans l'accès aux prestations, ces dernières n'étant parfois versées qu'aux femmes, comme les pensions de veuve (disposition qui est progressivement supprimée en Australie et en Suède) et les dispositions s'adressant aux familles sans père (au Japon).

### **Dispositif de sécurité sociale en faveur des immigrés**

87. Les immigrés de fraîche date sont un autre groupe dont la couverture sociale est parfois insuffisante. En effet, ils n'ont pas droit aux prestations d'assurance sociale s'ils n'ont pas cotisé suffisamment longtemps et n'ont pas toujours pleinement accès à l'aide sociale parce qu'ils ne répondent pas aux conditions minimales de résidence. Les personnes admises dans le pays en qualité de réfugiés politiques bénéficient généralement d'une protection particulière : elles ont accès aux diverses prestations d'assistance sociale dont bénéficient tous les ressortissants du pays ou à des programmes spéciaux destinés aux réfugiés.

88. Chacun sait que les mouvements migratoires internationaux sont très variables selon les pays et que la couverture sociale des immigrés n'est pas une question pressante pour certains pays de l'OCDE qui accueillent peu d'immigrés (par exemple la Corée, la République tchèque ou la République slovaque). Dans les autres pays, où affluent de nombreux immigrés, les nouveaux migrants en âge de travailler sont généralement plus durement frappés par le chômage que les travailleurs autochtones, surtout s'ils ne maîtrisent pas suffisamment la langue du pays hôte. Certains immigrés ont dépassé l'âge de travailler et peuvent difficilement subvenir à leurs besoins, tandis que d'autres n'ont été autorisés à retirer de leur pays d'origine que de maigres économies et des avoirs limités, ce qui ne leur permet guère de s'établir dans le pays d'accueil. Sans parler des difficultés d'adaptation à la culture et au mode de vie d'un pays nouveau qui font que les individus et les familles ont du mal à trouver rapidement un emploi rémunéré et à assurer leur propre subsistance.

89. Outre le statut particulier souvent accordé aux réfugiés politiques dans la plupart des pays de l'OCDE, dont il a été question plus haut, dans plusieurs pays comme la Norvège, l'Irlande, le Portugal et la Suède, tous les immigrés ont dans l'ensemble accès aux prestations d'aide sociale dans les mêmes conditions que les nationaux. La législation européenne protège également les personnes qui se déplacent entre pays signataires du traité portant création de l'Espace économique européen.

90. Ailleurs, les immigrés perçoivent parfois des prestations plus faibles que celles des autres résidents ou sont assujettis à d'autres critères d'admission comme une durée minimale de résidence. En Nouvelle-Zélande, les immigrés de fraîche date n'ont accès qu'à l'aide d'urgence si leur situation change après leur arrivée dans le pays et s'ils ne disposent d'aucune ressource. Au Royaume-Uni, les immigrés n'ont pas droit à diverses prestations, comme la garantie de revenu, l'allocation-logement ou le Council Tax Benefit. En février 1996, la liste des prestations qui leur sont refusées a été étendue à l'allocation d'assistance (Attendance Allowance), à l'allocation de subsistance pour handicapés, à l'allocation versée aux travailleurs handicapés, au crédit familial, à l'allocation pour soins aux handicapés et à l'allocation

pour grave invalidité. Les demandeurs d'asile au Royaume-Uni peuvent demander l'octroi de prestations soumises à condition de ressources s'ils ont des difficultés économiques pendant que leur demande est examinée, les allocations autorisées étant d'un montant inférieur à celui des autres prestations d'aide sociale. Au Luxembourg, les immigrés qui sollicitent une aide sociale doivent avoir résidé dans le pays pendant au moins 10 ans au cours des 20 années précédentes pour avoir droit au revenu minimum garanti.

91. Aux Etats-Unis, le Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act de 1996 et l'Illegal Immigrant Reform and Immigrant Responsibility Act de 1996 ont instauré pour les immigrés licites un certain nombre de règles nouvelles complexes pour l'admission au bénéfice de la sécurité sociale. Les immigrés qui ne sont pas des réfugiés doivent avoir acquis la nationalité américaine pour avoir droit aux bons d'alimentation, tandis que le Supplemental Security Income, à partir d'octobre 1997, est refusé à ceux qui n'ont pas la citoyenneté, ceci jusqu'à ce qu'ils l'obtiennent, à quelques exceptions près. Les nouveaux immigrés n'ont pas droit non plus pendant cinq ans à d'autres programmes fédéraux soumis à conditions de ressources (comme Medicaid et l'aide temporaire aux familles nécessiteuses ou TANF). En revanche, les autorités des Etats peuvent offrir aux nouveaux immigrés le bénéfice de Medicaid et de la TANF durant ces cinq ans en finançant ces prestations sur leurs propres fonds.

92. L'Australie est l'un des pays qui comptent la plus forte proportion d'immigrés par rapport aux autres pays de l'OCDE, les personnes nées à l'étranger représentant environ le quart de la population. En vertu du vaste système de prestations d'aide sociale soumises à condition de ressources, les immigrés doivent généralement avoir résidé en Australie pendant 10 ans pour avoir droit à la pension de vieillesse, attendre cinq ans avant de percevoir une pension de parent isolé et une pension d'invalidité (mais y ont droit immédiatement si leur état d'invalidité ou de parent isolé est postérieur à leur installation en Australie). A la suite des réformes récentes, la période de résidence requise pour avoir droit à d'autres allocations comme l'allocation de chômage et les prestations-maladie a été allongée, le délai exigé étant passé de six mois à deux ans pour un plus grand nombre de prestations. Les personnes qui, après leur arrivée en Australie, subissent un changement de situation indépendant de leur volonté, comme la faillite de leur employeur ou le décès de la personne qui les parraine financièrement dans le pays, peuvent être dispensées de ce délai. Les immigrés peuvent encore bénéficier des allocations familiales et avoir accès au système universel de soins de santé dès leur arrivée en Australie.

93. L'Autriche qui souhaite élargir l'accès des immigrés à la sécurité sociale, envisage de modifier sa législation afin de donner aux travailleurs étrangers le droit aux prestations d'assistance s'ils se trouvent au chômage, à compter de l'an 2000.

### **Influences internationales sur les dispositifs de sécurité sociale**

94. Un certain nombre d'instruments internationaux influent sur les régimes nationaux de sécurité sociale : c'est le cas notamment des instruments internationaux normatifs (appelés souvent chartes, codes ou conventions) ainsi que des conventions multilatérales et bilatérales de sécurité sociale (appelées parfois instruments de coordination).

95. Les conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) fixent des normes minimales par rapport auxquelles les pays peuvent évaluer leur législation et leurs pratiques nationales, et ont un caractère contraignant pour les pays qui les ont ratifiées.<sup>11</sup> Pour la plupart des pays de l'OCDE qui sont

---

<sup>11</sup> Certaines des principales conventions de l'OIT en matière de sécurité sociale sont les conventions No. 17, 18 et 19 de 1925 sur la réparation des accidents du travail, N° 102 de 1952 concernant la norme minimum

dotés d'un système de sécurité sociale très développé et perfectionné, ces conventions indiquent le minimum de protection attendu aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

96. Par le biais du Conseil de l'Europe, les pays européens ont élaboré leurs propres conventions : le Code européen de sécurité sociale de 1964 et le Code révisé de 1990<sup>12</sup>. Ces codes comportent des dispositions contraignantes auxquelles tous les Etats contractants doivent souscrire et des dispositions facultatives que les pays peuvent accepter ou non. Le code initial a été conçu sur le modèle de la Convention N° 102 de l'OIT. Le code révisé, établi en 1990, visait à introduire des normes de sécurité sociale plus strictes et à accroître la flexibilité (Conseil de l'Europe 1995), mais aucun pays n'a encore ratifié le code révisé.<sup>13</sup>

97. Le Traité de Maastricht stipule que la Communauté européenne a pour mission de promouvoir "...un niveau d'emploi et de protection sociale élevé, le relèvement du niveau et de la qualité de vie, la cohésion économique et sociale et la solidarité entre les Etats Membres". Plus récemment, la Communauté européenne a adopté, le 27 juillet 1992, une recommandation en vue d'une meilleure convergence des objectifs et des politiques des Etats Membres en matière de protection sociale<sup>14</sup> (Commission des Communautés européennes, 1994).

98. Ces lignes directrices internationales peuvent créer une certaine tension entre la responsabilité qui incombe aux gouvernements de mettre en place et d'offrir une protection sociale adéquate dans leur pays (ceux-ci étant en dernière analyse responsables de leurs choix au travers d'élections démocratiques) et le souci de la communauté internationale de voir garantir certaines normes minimales plus ou moins à l'échelle universelle. Lorsque des pays mènent une politique qui diffère de la nature de ces conventions, les pays parties aux conventions de l'OIT et aux codes européens de sécurité sociale ont eu généralement tendance à ne pas ratifier ces instruments ou à n'en accepter que certaines dispositions.

99. La mobilité internationale des travailleurs, qui peuvent migrer définitivement dans le cadre d'accords spécifiques ou être affectés à l'étranger pour une brève période, a une incidence sur la couverture sociale et les droits en matière de sécurité sociale. Les principales questions en jeu sont de savoir comment assurer une couverture sociale adéquate dans le pays d'accueil et prendre les dispositions voulues pour coordonner les prestations (en particulier les pensions de retraite) lorsque le migrant a acquis des droits dans plusieurs pays durant sa vie professionnelle. Le droit des nouveaux résidents à la couverture sociale est souvent lié à l'activité, comme l'est le droit à la couverture sociale dans la plupart des pays de l'OCDE. Toutefois, comme il a été signalé dans la section précédente, la durée de séjour ouvrant droit à prestations, voire d'autres conditions requises, peuvent être différentes dans d'autres pays. Pour la mise en place de dispositifs de coordination, certains aspects à prendre en compte sont l'égalité de

---

de la sécurité sociale, N° 128 de 1967 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants 1967, et N° 168 de 1988 concernant la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage.

<sup>12</sup> On trouve dans Conseil de l'Europe (1995) des précisions sur la nature et l'élaboration du Code européen de sécurité sociale, sur son Protocole (qui fixe des normes plus élevées que le Code) et sur le Code européen de sécurité sociale (révisé) ainsi que des informations sur les pays signataires de ces accords.

<sup>13</sup> Dix-sept Etats Membres du Conseil de l'Europe ont ratifié le Code européen initial (sept d'entre eux ont ratifié le Code, tel qu'il a été modifié par le Protocole, et 14 Etats ont signé le code révisé (Conseil de l'Europe, 1995). La ratification des dispositions facultatives de ces codes est très variable selon les Etats Membres.

<sup>14</sup> Cette recommandation reconnaissait en outre qu'une certaine diversité subsisterait entre les pays et que la structure de chaque système national de sécurité sociale refléterait encore les besoins du pays.



traitement entre ressortissants des Etats contractants, le maintien des droits acquis, la totalisation et la répartition au prorata des prestations entre les Etats, et le transfert des prestations.

100. Certains pays ont négocié des conventions de sécurité sociale bilatérales ou multilatérales afin de préciser les droits et devoirs prévisibles des individus et des familles qui se déplacent d'un pays à l'autre, et pour définir clairement les responsabilités des pays. Certains pays de l'OCDE, notamment plusieurs pays européens, le Canada et les Etats-Unis, ont conclu avec d'autres pays de nombreuses conventions bilatérales de sécurité sociale ; par ailleurs, une convention multilatérale de sécurité sociale a été conclue entre les pays de la Communauté européenne et au sein de l'Espace économique européen pour les ressortissants des pays de l'Union européenne et de l'AELE (sauf la Suisse)<sup>15</sup>. Le Conseil de l'Europe a également établi un cadre et est en train de mettre la dernière main à des dispositions types d'une convention bilatérale de sécurité sociale. La coordination de la sécurité sociale au sein de l'Union européenne était un prolongement nécessaire de la liberté de mouvement à l'intérieur de l'Union garantie aux ressortissants des pays de l'Union. Dans le cadre de l'Union européenne, les prestations sont essentiellement transférables, à quelques exceptions près. En revanche, en vertu d'autres conventions bilatérales, le transfert de prestations est généralement soumis à certaines restrictions.

---

<sup>15</sup> On en trouve des exemples dans Kalisch et Aman (1997).

#### 4. MESURES GENERALES D'AIDE AUX FAMILLES

101. L'un des traits communs aux systèmes de sécurité sociale de la plupart des pays de l'OCDE est l'aide importante dont bénéficient les familles. Cette caractéristique témoigne de la place privilégiée qui est faite à la famille dans beaucoup de sociétés où elle est considérée comme l'unité prépondérante, ainsi que du souci de tenir compte du coût de l'éducation des enfants, de permettre à ces derniers de grandir en étant convenablement logés et nourris et, dans certains cas, de favoriser la natalité.

102. L'aide ainsi assurée aux familles peut revêtir de multiples formes :

- prestations déterminées d'après les caractéristiques des enfants (c'est-à-dire leur nombre, leur âge qui donne souvent lieu à des montants variables) ;
- prestations complémentaires destinées aux ménages à faible revenu ayant des enfants, servies à ceux qui ne perçoivent aucun salaire, à ceux qui en reçoivent un ou aux deux catégories, mais à condition que le revenu soit faible ;
- prestations versées à titre de garantie de ressources aux parents à faible revenu dont l'activité principale consiste à s'occuper de leur(s) enfant(s) à la maison ;
- allègements fiscaux, accordés lorsqu'il y a un conjoint ou des enfants à charge et/ou si les deux parents travaillent, afin de prendre en charge une partie des frais de garde des enfants ;
- mécanismes visant à assurer/favoriser un soutien matériel continu de la part des parents absents à leurs enfants ;
- prestations spéciales servies avant et après la naissance d'un enfant afin de tenir compte de la diminution de la capacité de travail ;
- accès subventionné aux structures de garde des enfants en vue d'encourager et de faciliter l'exercice d'une activité rémunérée chez les parents qui ont la charge principale des enfants.

103. Les ménages ayant des enfants à charge peuvent obtenir grâce à ces différents dispositifs une aide importante des pouvoirs publics. Ces différents régimes correspondent à la conception que la société se fait, dans les pays de l'OCDE, de l'aide et de la protection à assurer aux enfants. Certaines mesures sont destinées à la quasi-totalité des familles afin de tenir compte des dépenses supplémentaires que supportent les ménages avec enfants et de la réduction de leur faculté contributive. D'autres mesures visent à répondre aux besoins particuliers de certaines familles, comme celles qui ont un faible revenu, les familles monoparentales ou celles dont l'un des parents est absent. Un certain nombre de ménages avec enfants font partie des travailleurs à faible revenu justement parce qu'ils ont des enfants en bas âge et que pour eux, le choix consiste soit en ce que l'un des parents reste à la maison pour garder les enfants, soit, si les deux travaillent, à se heurter à des difficultés (liées, par exemple, à l'absence de structures d'accueil adéquates pour les enfants) qui les empêcheront d'être très dynamiques dans l'exercice d'une activité rémunérée.

### **Nature des mesures d'aide aux familles**

104. Rares sont les pays qui reconnaissent que leurs mesures d'aide aux familles visent à améliorer les taux de fécondité et de natalité dans la population, et à produire certains effets sur la taille de la famille. L'une des exceptions à cette règle est la Corée qui a délibérément encouragé les familles à ne pas avoir plus de deux enfants à travers une politique conçue à cette fin. Ces mesures d'incitation et de dissuasion consistaient notamment à verser des allocations familiales et des indemnités d'éducation aux salariés du secteur public ayant deux enfants ou moins, à accorder des exonérations fiscales uniquement aux familles qui n'avaient pas plus de deux enfants, et à donner la priorité pour l'accès aux logements sociaux, aux prêts immobiliers et aux services médicaux gratuits aux familles remplissant les conditions requises qui n'avaient pas plus de deux enfants et dont l'un des parents s'était fait stériliser. Ces dispositions n'existent plus depuis 1996 en raison des nouveaux défis qui se posent à la Corée sur le plan démographique par suite du vieillissement de la population.

105. L'Espagne est un exemple de pays où sont appliquées des mesures qui assurent un soutien appréciable aux familles nombreuses. Une famille comptant trois enfants ou plus (quatre ou plus auparavant) a droit à toutes sortes d'avantages, comme des réductions sur les tarifs des transports publics ou sur les frais d'études universitaires (qui peuvent être importants), ainsi qu'à un accès prioritaire aux bourses d'études et aux logements sociaux. L'Espagne a en outre récemment institué des déductions fiscales plus fortes pour les familles nombreuses qui, au troisième enfant, peuvent désormais obtenir une réduction d'impôt supérieure de quelque 20 pour cent à celle dont elles bénéficiaient pour le premier ou le deuxième enfant. A partir du quatrième enfant, la déduction fiscale est encore plus grande et supérieure de 45 pour cent environ à celle qui est accordée pour les deux premiers enfants, ce qui représentait en 1995 une valeur totale de 30 000 pesetas. La Grèce offre, sous condition de ressources, des allocations supplémentaires aux familles où le troisième enfant n'a pas encore 6 ans (40 000 dr/an) ainsi qu'aux familles de quatre enfants et plus (28 000 dr/an); le taux de la déduction fiscale universelle est généralement progressif (et varie de 20 000 dr/an pour le premier enfant à 70 000 dr/an pour le quatrième). Beaucoup d'autres pays offrent aux familles nombreuses des taux d'allocations familiales plus élevés, soit en leur versant un complément familial important (comme en Australie), soit en majorant les taux des aides pour les enfants de rang supérieur (par exemple, en Belgique, en Norvège et en France).

#### **Tableau 4.1 : Vue d'ensemble des aides aux ménages avec enfants, pays de l'OCDE**

106. L'aide aux familles est généralement assurée par les pouvoirs publics et offerte à la totalité d'entre elles. Font exception à cette règle la Hongrie et la Corée, qui sont deux pays où les allocations familiales sont accordées de façon sélective par les employeurs aux travailleurs du secteur public et des grandes entreprises privées, les montants étant déterminés dans le cadre de négociations entre les deux parties. En Corée, les prestations sélectives liées à l'emploi sont complétées par des allègements fiscaux de portée plus générale. La situation est assez semblable en Grèce où seuls les salariés qui ont suffisamment cotisé à l'assurance sociale peuvent bénéficier des aides aux familles, prestations gérées par des fonds de sécurité sociale. Mais ces dernières sont destinées à l'ensemble de la population active occupée et leur octroi n'est pas limité à certaines branches d'activité.

107. Les prestations sont servies pour chaque enfant de la famille et elles peuvent augmenter avec l'âge de celui-ci, de même qu'avec la taille de la famille. Les pays de l'OCDE ont adopté des approches diverses quant à l'âge des enfants pour lesquels ils accordent des aides. A l'un des extrêmes, le Japon verse des allocations en espèces pour enfant à charge aux familles ayant des enfants de moins de trois ans et dont le revenu est inférieur à 2 396 000 yen (pour un ménage de quatre personnes). En revanche, en Belgique et au Portugal, des avantages fiscaux et/ou des indemnités peuvent être accordés aux familles jusqu'aux 25 ans de leurs enfants si ceux-ci font des études supérieures à temps complet, ou jusqu'à l'âge

de 27 ans en Autriche si les intéressés suivent des études à plein temps. De même, en Allemagne, les parents de jeunes adultes ont droit à des prestations jusqu'aux 27 ans de leurs enfants si ces derniers continuent des études à temps complet, suivent une formation professionnelle ou exercent pendant un an à titre volontaire des activités d'intérêt social ou écologique. L'Italie a récemment relevé le montant de l'avantage fiscal pour enfant à charge et supprimé la limite d'âge de 26 ans pour les enfants qui poursuivent des études, de sorte qu'il n'y a plus de plafond. En Irlande, certaines allocations pour enfants, autres que l'allocation principale, sont versées jusqu'à l'âge de 22 ans si les enfants poursuivent des études à plein temps. La plupart des pays au contraire n'assurent une aide aux familles que jusqu'aux 16 ou 18 ans de leurs enfants, ce qui correspond au moment auquel les enfants parviennent en fin de scolarité obligatoire ou quittent l'école.

108. Le montant des prestations est souvent modulé en fonction de l'âge des enfants. Il peut par exemple augmenter avec l'âge, compte tenu du fait que plus les enfants grandissent, plus les coûts directs de leur entretien et de leur éducation sont élevés. C'est l'approche la plus courante. Un certain nombre de pays distinguent même diverses tranches d'âge parmi les grands enfants et accordent les taux les plus élevés pour les plus âgés. Dans une autre logique, si les pays souhaitent aussi prendre en charge une partie des coûts indirects supportés par les familles pour élever leurs enfants, tels que le manque à gagner pour les parents qui restent à la maison pour s'occuper de leurs jeunes enfants, ils peuvent servir des prestations plus importantes aux familles ayant des enfants en bas âge. Cette dernière approche est plus répandue dans les pays nordiques, comme le Danemark, la Finlande, l'Islande et la Norvège, où le taux d'activité des femmes est plus élevé que dans la plupart des autres pays de l'OCDE.

109. L'Italie n'est qu'un exemple parmi d'autres de pays de l'OCDE où les familles à faible revenu (de même que les familles nombreuses) se voient accorder des prestations en espèces plus élevées. C'est un moyen couramment utilisé pour tenir compte des besoins supplémentaires de ces familles, et qui vient compléter les autres mesures d'aide existant dans le cadre du système de sécurité sociale en faveur des ménages à faible revenu, qu'ils aient ou non des enfants. D'autres pays, comme les Etats-Unis, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, ont aussi institué une aide complémentaire à l'intention des familles à faible revenu en situation d'emploi, le but étant d'encourager l'acceptation d'activités peu rémunérées. Ces "prestations liées à l'exercice d'un emploi" sont examinées plus en détail dans le chapitre suivant et au tableau 5.8.

110. Les aides aux familles se répartissent entre deux catégories distinctes, à savoir, d'une part, les prestations en espèces servies à toutes les familles ou à la majorité d'entre elles, et d'autre part, dans certains pays, les allègements fiscaux qui, eux, sont accordés au principal apporteur de revenu. Par conséquent, lorsqu'on tente de déterminer la valeur totale des mesures d'aide aux familles, il importe d'additionner l'ensemble des prestations en espèces et des allègements fiscaux pour obtenir une image complète. Les aides fiscales aux ménages avec enfants peuvent être considérables dans les pays qui ont institué des régimes d'imposition fondés sur la famille (comme la France) ou des réductions d'impôt spéciales pour les enfants (comme l'Espagne). Dans le cas de l'Espagne, la valeur des prestations familiales en espèces a sensiblement diminué (en grande partie du fait qu'elles n'ont pas été indexées/actualisées en fonction de l'évolution du coût de la vie), en même temps que celle des réductions d'impôt augmentait, le résultat net étant que ces deux formes d'aide associées représentaient pour les familles à peu près la même valeur réelle en 1994 qu'en 1981 (Commission européenne, 1996). En Autriche, les prestations en espèces, de même que les prestations en nature sous forme de services touchant à l'éducation et au transport, ont pris de l'importance avec le temps ; les crédits d'impôt pour enfants à charge ont une valeur bien moindre et sont de toute façon accordés régulièrement pour compléter les allocations familiales. En Belgique, les familles ont le choix entre les prestations en espèces ou les allègements fiscaux, mais les premières sont plus avantageuses pour toutes, sauf pour les 10 pour cent qui ont les revenus les plus élevés.

111. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les prestations en espèces constituent une forme d'aide aux familles beaucoup plus courante que les allègements fiscaux. Elles présentent en effet des avantages par rapport aux réductions d'impôt car elles peuvent être versées directement à celui des parents qui a la charge principale du ou des enfants, et elles permettent une plus grande transparence lorsque les règles d'attribution sont complexes. Toutefois, les réductions d'impôt peuvent jouer un rôle particulièrement utile lorsque l'un des grands objectifs des pouvoirs publics est d'encourager davantage l'exercice d'activités rémunérées chez les ménages avec enfants. Les travailleurs à faible revenu peuvent très bien bénéficier pleinement des réductions d'impôt s'il existe un système de crédit d'impôt remboursable.

112. Les aides aux familles sont généralement accordées indépendamment du revenu afin de tenir compte des dépenses et des obligations supplémentaires que doivent assumer les ménages qui ont des enfants à charge par rapport à ceux qui n'en ont pas. Si la pratique n'est pas courante dans les pays de l'OCDE, certains pays, dont aussi bien des pays développés qu'un certain nombre de pays en transition d'Europe orientale, soumettent l'octroi des prestations familiales à un critère de ressources. En Australie, le montant de base des allocations pour enfant à charge et les allègements fiscaux destinés aux familles sont accordés sous condition de ressources, ce qui revient à exclure du bénéfice de ces aides à peu près les 20 pour cent de familles aux revenus les plus élevés. En 1997, la Grèce a sensiblement relevé le niveau des prestations familiales en termes réels, tout en restreignant le droit à certaines de ces allocations (allocation de troisième enfant et allocation de famille nombreuse) aux familles dont le revenu est inférieur à environ 7-8 000 dr/an. L'Italie subordonne aussi le service des allocations familiales à un critère de ressources et, depuis 1988, le limite aux salariés et aux retraités. Au Luxembourg, les déductions fiscales pour enfants à charge représentent un maximum de 243 600 francs luxembourgeois pour les familles à faible revenu ; les montants sont réduits pour les familles dont les revenus sont plus élevés, tandis que celles dont le revenu est supérieur à 2.4 millions de francs luxembourgeois n'y ont pas droit du tout. Mais cette approche n'a pas que des adeptes. En France, le précédent gouvernement a proposé, en 1995, des mesures visant à limiter les dépenses sociales en intégrant les aides aux familles dans le revenu imposable ou en les soumettant à des conditions de ressources, mais les deux propositions ont finalement été jugées politiquement inacceptables dans le contexte de l'époque. Le gouvernement Jospin actuellement en place en France a depuis annoncé un projet tendant à soumettre les allocations familiales à des conditions de ressources. L'Autriche, quant à elle, a ramené les allocations familiales aux montants en vigueur deux ou trois ans auparavant, mais là encore c'est le sujet d'un long débat public et politique.

113. Outre ces mesures générales d'aide aux ménages avec enfants, beaucoup de pays de l'OCDE servent d'importantes prestations en espèces aux familles ayant des enfants handicapés. Ces allocations ne représentent qu'une partie des mesures existant dans ces pays en faveur des ménages qui ont des enfants handicapés, lesquelles comprennent aussi l'offre de services complémentaires, l'accès à des établissements d'éducation spécialisée et, dans certains cas, le versement d'une indemnité au parent qui s'occupe de l'enfant à la maison.

#### **Tableau 4.2 : Vue d'ensemble des prestations spéciales en espèces pour enfant handicapé, pays de l'OCDE**

114. Comme le montre le tableau, beaucoup de pays ont inscrit dans leurs programmes d'aide aux familles des dispositions spéciales pour les enfants handicapés. Par exemple, les allocations familiales peuvent être versées plus longtemps pour les enfants handicapés que pour les autres enfants, et être complétées par une allocation spéciale d'enfant handicapé. L'Espagne sert par ailleurs trois niveaux de prestations en fonction du taux d'invalidité de l'enfant. A côté de leurs dispositifs d'aide aux familles, d'autres pays ont adopté des programmes spéciaux de soutien financier aux familles qui prennent soin de leurs enfants handicapés à la maison.

115. Il est intéressant de noter que ces mesures ont un caractère universel : les pays qui assortissent l'ensemble de leurs aides aux familles d'une condition de ressources octroient des prestations à tous les enfants handicapés qui remplissent les critères d'âge et de taux d'invalidité, même lorsque la condition de ressources est chez eux une tradition solidement ancrée (comme en Australie ou en Nouvelle-Zélande).

### **Autres services aux familles**

116. Les allocations, prestations complémentaires et allègements fiscaux divers accordés aux familles dans les pays de l'OCDE sont généralement complétés par tout un éventail de services. En ce qui concerne l'accès aux services de base, les familles bénéficient le plus souvent gratuitement ou à des conditions privilégiées des services d'enseignement et des soins de santé au moins pour leurs enfants, et un traitement préférentiel peut leur être réservé en vue de les aider à obtenir un logement convenable. Beaucoup de zones urbaines sont en outre dotées d'équipements de loisirs ouverts à tous, tels que des aires de jeux pour les enfants, et l'on se soucie de plus en plus de préserver et de créer des espaces verts dans les villes.

117. Différents autres types de services sont offerts, sélectivement, dans les pays de l'OCDE, aux familles dans le besoin. Il s'agit notamment de services de protection de l'enfant, d'aide aux membres de la famille victimes de violences domestiques, de conseils en vue de surmonter les problèmes de relations entre adultes et entre parents et enfants, et d'éducation parentale. Des conseils en matière d'économie domestique et d'endettement peuvent aussi être utiles aux familles à faible revenu, surtout si elles doivent faire face à une baisse de revenu importante et/ou d'une certaine durée.

118. En Turquie, la Fondation pour l'éducation de la mère et de l'enfant offre un exemple de service aux familles qui donne de bons résultats. Elle est le fruit d'un partenariat entre une organisation non gouvernementale et certains ministères, et fonctionne avec la collaboration du ministère de l'éducation nationale, des services sociaux et/ou de l'agence pour la protection de l'enfance, et une aide financière de la Banque mondiale. Créée en 1993, cette Fondation a pour but de développer l'éducation préscolaire, ainsi que de faire reculer l'illettrisme chez les parents. Son programme vise en partie à remédier au très faible taux de participation des enfants turcs à l'éducation préscolaire (8 pour cent environ), et s'adresse à des fractions très défavorisées de la population turque dont les enfants ont toujours peu fréquenté les établissements d'enseignement. Alors que le programme est encore récent, on constate déjà qu'il permet d'améliorer l'aptitude à lire, écrire et compter des enfants qui y participent (ainsi que de neutraliser les effets négatifs que peut produire un milieu familial défavorable), de valoriser les mères à leurs propres yeux et de modifier la manière dont elles élèvent leurs enfants. Un volet supplémentaire d'éducation parentale expressément destiné aux pères vient maintenant compléter le programme

### **Contribution du parent absent à l'entretien des enfants**

119. Les pays de l'OCDE adhèrent uniformément au principe selon lequel le parent absent doit continuer à participer à l'entretien de ses enfants lorsqu'ils ne vivent plus avec lui. Il s'agit d'atténuer autant que possible les conséquences matérielles que peut avoir pour les enfants la séparation de leurs parents, et de faire reposer avant tout sur ces derniers et non sur l'Etat la responsabilité de subvenir matériellement aux besoins de leurs enfants lorsqu'ils ont les moyens de le faire.

120. Les obligations en matière de pension alimentaire sont définies suivant des approches diverses qui diffèrent par l'importance de la contribution des parents, le système juridique, les mécanismes administratifs mis en oeuvre et le rôle des pouvoirs publics.

**Tableau 4.3 : Vue d'ensemble des dispositions en vigueur dans les pays de l'OCDE concernant la pension alimentaire**

121. Dans de nombreux pays, le montant de la pension à verser est déterminé uniquement dans le cadre d'une procédure judiciaire où chaque cas est examiné et à l'issue de laquelle sont prises des décisions dont l'exécution peut être assurée par voie juridique. La Hongrie, la République tchèque et la Corée offrent trois exemples de ce mode de fonctionnement. En Hongrie, l'obligation alimentaire à laquelle sont soumis les parents peut représenter jusqu'à 50 pour cent de leur revenu, et en cas de versement irrégulier ou de non-paiement de la pension, les pouvoirs publics peuvent accorder une avance au parent qui a la garde des enfants. La République tchèque recourt aussi exclusivement à une procédure judiciaire, mais il peut néanmoins être difficile dans certains cas d'assurer l'application effective des décisions. En Corée, le jugement définitif concernant l'obligation alimentaire doit avoir été prononcé avant que le divorce puisse être légalement autorisé. Par suite de la réforme des dispositions relatives à la garde des enfants, qui va dans le sens d'un partage de la responsabilité entre les parents alors qu'auparavant le droit de garde était généralement accordé au père, il se peut que dans les années à venir, la question de l'entretien des enfants devienne dans ce pays un sujet d'actualité.

122. Un certain nombre de pays (comme l'Australie, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande ou les Etats-Unis) ont cherché à retirer cette fonction aux tribunaux en instituant une procédure administrative de large application. Le but était, du moins en partie, de faire en sorte que la pension alimentaire soit fixée à des niveaux plus élevés que ne le permettait apparemment la procédure judiciaire en vigueur auparavant, et que les décisions concernant l'entretien des enfants soient prises en dehors d'un affrontement judiciaire onéreux pour les parents.

123. Aux Etats-Unis, c'est des Etats que relève au premier chef le droit de la famille, mais la législation fédérale exige tout de même qu'ils prévoient des dispositions en matière d'obligation alimentaire. Si les Etats disposent d'une grande marge de manoeuvre quant à la formule qu'ils appliquent, le niveau de la pension alimentaire est relativement uniforme pour les parents absents à revenu moyen ; en revanche, il peut y avoir des différences non négligeables pour les parents absents à faible revenu (par exemple, un père non résident qui perçoit un salaire mensuel de 750 dollars peut être astreint à verser 50 dollars par mois dans un Etat et 300 dollars dans un autre). Le versement d'une pension alimentaire n'est pas assuré de façon automatique, si bien que le parent qui a la garde des enfants ou l'Etat doivent engager une procédure judiciaire pour l'obtenir. Si ce parent est bénéficiaire de l'aide sociale, la législation fédérale impose aux Etats d'intenter cette procédure. Il faut en outre, pour les naissances hors mariage, que la paternité soit démontrée avant que l'on puisse imposer une obligation alimentaire, mais des simplifications ont été apportées à la procédure en 1993. Aux Etats-Unis, la proportion de mères vivant seules avec des enfants de moins de 18 ans qui percevaient une pension alimentaire au cours de l'année précédente est passée de 23 pour cent en 1976 à 38 pour cent en 1991.

124. La Nouvelle-Zélande a institué en 1992 une procédure administrative généralisée en remplacement d'un système dual comportant une procédure administrative dans les cas où le parent ayant la garde des enfants perçoit une garantie de revenu (analogue au système actuel) et une procédure judiciaire dans les autres cas. En Australie, la proportion de parents isolés bénéficiaires de prestations qui déclarent percevoir une pension alimentaire est passée de 30 pour cent en 1988 avant la mise en place de la procédure administrative, à 43 pour cent environ en 1996. Dans ces deux pays, les décisions auxquelles aboutit la procédure administrative sont légalement contraignantes, mais il demeure possible de s'adresser à la juridiction compétente pour demander un réexamen ou une modification du montant fixé. D'autres pays qui ont recours à une procédure judiciaire s'inspirent aussi des barèmes définis par l'administration pour déterminer le montant de la pension alimentaire (cas du Canada).

125. Quelle que soit la méthode appliquée, il est tenu compte des moyens financiers du parent absent, ainsi que du coût approximatif de l'entretien des enfants, en accordant une importance variable au revenu ou au patrimoine du parent qui en a la garde. Certaines procédures administratives sont plus complexes que d'autres (comme celle du Royaume-Uni) : il s'agit de concilier le souci d'appliquer une procédure équitable qui prenne en considération la spécificité de chaque situation familiale, et la nécessité de faire en sorte que les parents comprennent aisément le dispositif et que la procédure elle-même soit facile à gérer. Les systèmes fondés sur une procédure administrative ont parfois le mérite de permettre une plus grande cohérence dans les décisions prises et de décharger les tribunaux qui peuvent ainsi se consacrer à des dossiers plus importants et plus délicats, mais les pays qui les ont adoptés ont tous plus ou moins été confrontés à des difficultés quant à l'acceptation par le public des procédures elles-mêmes (qui ont d'ailleurs été modifiées dans certains cas) et à l'efficacité de l'instance chargée de les gérer. La Suède a procédé en février 1997 à des réformes visant à renforcer l'obligation pour le parent absent de subvenir à l'entretien des enfants.

126. Les pays nordiques (par exemple, la Suède, la Finlande, la Norvège), de même que l'Irlande et le Japon, s'efforcent tous de contraindre davantage les parents à parvenir à un accord amiable sur la pension alimentaire à verser. Pour le cas où ils ne parviennent pas à s'entendre, il existe des dispositions prévoyant la possibilité de recourir à la justice en Finlande, en Irlande, au Japon et en Suède, tandis qu'en Norvège, un fonctionnaire chargé d'assurer le respect de l'obligation alimentaire peut intervenir à la demande de l'une ou l'autre partie pour déterminer le montant de la pension alimentaire en fonction d'un barème. En Suède, l'enfant est assuré de recevoir au moins 1 173 couronnes suédoises par mois si les parents ne se sont pas entendus sur un autre montant, ou si le parent absent n'a pas les moyens de payer. En Norvège, pour garantir le caractère équitable de l'accord conclu entre les deux parents, il faut qu'il soit approuvé par le bureau d'aide sociale.

127. La Grèce offre un exemple d'intervention plus directe des pouvoirs publics, qui viennent se substituer aux parents dans certains cas en versant une allocation tenant lieu de pension alimentaire pour les enfants lorsque le revenu familial est inférieur à 80 000 drachmes par mois et que le père est absent en raison d'un divorce, ou parce qu'il est en prison ou fait son service militaire.

128. Dans d'autres pays, les pouvoirs publics apportent aussi un concours financier en accordant au parent qui a la garde des enfants soit une avance sur pension, soit un complément, le but étant de pallier les cas où la pension n'est pas versée, ou versée avec retard ou incomplètement (par exemple Autriche, Allemagne, Hongrie, Suède, Norvège, Danemark, Finlande, Islande). Lorsque le parent absent ne s'est pas acquitté de ses obligations et que les pouvoirs publics interviennent, ces derniers deviennent ses créanciers à la place de l'autre parent, mais dans ce type de système, le taux de remboursement par le parent absent reste généralement faible. Ces dispositifs peuvent être très anciens. Par exemple, en Autriche, la loi relative aux avances sur pension existe depuis une vingtaine d'années et permet au parent qui remplit les conditions requises d'obtenir une avance sur la pension alimentaire qu'il n'a pas perçue, cette avance étant financée par le Fonds d'aide aux familles. Le coût supporté par les pouvoirs publics peut là aussi être assez considérable : en 1996, les avances versées ont représenté un total de 1 557 milliards de DM d'avances en Allemagne.

129. Quelle que soit la méthode appliquée pour déterminer l'obligation alimentaire, les pays de l'OCDE se heurtent aux mêmes difficultés pour assurer le respect de cette obligation. La plupart font état d'un endettement élevé et/ou croissant des parents absents vis-à-vis des pouvoirs publics ou des parents qui ont la garde des enfants, car nombreux sont les cas où l'obligation alimentaire n'est pas totalement remplie. Les pays où les obligations des parents sont définies dans le cadre d'une procédure judiciaire tendent à s'en remettre à la justice (et aux sanctions qu'elle prévoit) pour inciter au respect des décisions prises.



130. En Italie, la justice peut intervenir lorsqu'une plainte a été déposée, mais les procès souffrent de retards importants. D'autres pays (comme la Norvège, le Canada, l'Australie, le Royaume-Uni ou les Etats-Unis) possèdent un arsenal complexe pour faire respecter l'obligation alimentaire qui permet de prélever la pension due sur diverses sources de revenu, comme le salaire, les prestations de sécurité sociale, les crédits d'impôt ou les comptes bancaires, ou en faisant procéder à une saisie des biens. Au Canada, c'est à l'échelon provincial qu'il incombe d'assurer l'application des décisions et accords concernant l'entretien des familles, l'administration fédérale apportant son concours par la *Loi d'aide à l'exécution des ordonnances et des ententes familiales*, qui autorise la recherche des mauvais payeurs, la saisie-arrêt sur les actifs financiers et le retrait des licences fédérales. Dans le cadre du budget fédéral de 1996, des mesures complémentaires ont été adoptées, notamment concernant la suspension des licences fédérales, l'extension de la recherche des débiteurs défaillants et l'élargissement des pouvoirs des autorités compétentes de transférer directement les pensions servies par l'Etat fédéral afin de payer les arriérés de pensions alimentaires. En Nouvelle-Zélande, l'Inland Revenue Department (administration fiscale) dispose de vastes pouvoirs de recouvrement des pensions alimentaires dues, mais il existe des limites au rythme auquel le remboursement de l'ensemble de la dette peut s'effectuer.

131. En Irlande, les actions visant à assurer le respect de l'obligation alimentaire sont plus restreintes : il s'agit, depuis novembre 1990, de récupérer auprès du parent débiteur une partie des prestations d'aide sociale versées au parent qui a la garde des enfants. Jusqu'en octobre 1997, ces actions ne touchaient que les couples mariés qui s'étaient séparés, mais aujourd'hui elles concernent aussi ceux qui n'ont jamais été mariés. Lors du calcul de la somme qui sera requise de la part du parent débiteur, la situation matérielle de l'un et de l'autre est étudiée en détail, et si le parent débiteur est lui-même bénéficiaire d'allocations de sécurité sociale, il ne sera astreint à verser aucune pension alimentaire. Quant aux parents qui ont la garde des enfants, lorsqu'ils bénéficient de l'aide sociale, ils sont tenus d'abandonner au Department of Social, Community and Family Affairs (ministère des affaires sociales, communautaires et familiales) les pensions perçues.

132. Au cours des vingt dernières années, toute une série de modifications ont été apportées à la législation fédérale des Etats-Unis, qui attribuent aux Etats des responsabilités et des moyens accrus pour assurer le respect de l'obligation alimentaire. Parmi ces moyens figurent beaucoup de mesures évoquées plus haut qui sont appliquées dans d'autres pays, comme la saisie-arrêt sur salaire ou sur les sommes dues par le fisc, la saisie du compte bancaire, le retrait des licences et l'application de sanctions et de pénalités pour retard de paiement. S'agissant des Etats-Unis, où le système repose sur les Etats, des efforts appréciables ont également été faits récemment en vue de renforcer la coopération entre Etats pour assurer le respect de l'obligation alimentaire ; un certain nombre de mesures seront en principe mises en place à cette fin avant octobre 2000.

133. Il est manifeste que même lorsque des mesures énergiques sont prises pour faire respecter au maximum l'obligation d'entretien des enfants, les impayés peuvent encore être importants. C'est un sujet de préoccupation majeur car il est possible que le non-paiement de la pension alimentaire soit pour beaucoup dans la fréquence élevée de la pauvreté parmi les parents isolés.

134. L'Autriche offre une incitation financière aux parents absents qui subviennent à l'entretien de leurs enfants et ne perçoivent pas d'allocations familiales. Ils ont ainsi droit, au titre du paiement de la pension alimentaire, à un crédit d'impôt de 350 schillings autrichiens pour le premier enfant, 525 schillings pour le second et 700 schillings pour les suivants. Cette disposition tranche avec la récente décision du gouvernement canadien de supprimer la déduction fiscale accordée depuis 50 ans pour paiement d'une pension alimentaire, mais seulement dans le cas des nouveaux accords ou ordonnances relatifs à l'entretien des enfants, c'est-à-dire ceux qui sont postérieurs au mois d'avril 1997.

## Mesures en faveur des parents isolés

135. Le nombre des familles monoparentales n'a cessé de croître dans les pays de l'OCDE au cours des dernières décennies. Les causes de ce phénomène peuvent être multiples : rupture plus fréquente des relations de couple, persistance dans certains pays d'un fort taux de naissances hors mariage ou cohabitation, influence des prestations de sécurité sociale servies aux parents isolés. La faible croissance de l'emploi, qui accroît encore la difficulté pour les parents isolés d'accéder aux emplois disponibles, peut aussi avoir contribué, dans certains pays, à l'accroissement du nombre de ces parents isolés qui sont pris en charge par la sécurité sociale parce qu'ils n'ont guère de possibilités de gagner de quoi faire vivre leur famille.

136. Les parents isolés sont majoritairement des femmes, ce qui influe sur le calcul des besoins. Beaucoup en effet n'ont pratiquement pas travaillé depuis longtemps (puisqu'elles se sont occupées de leur foyer), ont un faible niveau d'instruction ou de qualifications et risquent d'être moins payées qu'un homme pour le même travail. Il arrive aussi qu'il y ait dans la société des controverses quant à la façon dont elles devraient assumer leur rôle de mère et de soutien économique de la famille.

137. La plupart des pays ne signalent pas qu'il existe chez eux de problème particulier de mères adolescentes. Il y a eu une baisse générale des naissances de mère adolescente en Australie, en Finlande et en Norvège ; l'Italie, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas pour leur part signalent un faible nombre de ces naissances. Le pays de l'OCDE souvent cité pour son fort taux de naissances de mère adolescente, les Etats-Unis, a aussi vu ce taux baisser au cours des cinq dernières années, de 12 pour cent depuis 1991. Toutefois, cette tendance n'est pas universelle. Après avoir baissé pendant de nombreuses années, le taux de grossesse des jeunes filles de 15 à 17 ans est remonté au Canada et le nombre de naissances de mère adolescente a également augmenté au Portugal ces dernières années. L'Irlande fait également état d'un accroissement de ce nombre de naissances, qui passe de 9.6 pour 1 000 en 1981 à 13.9 pour 1 000 en 1994, bien que le taux d'accroissement des naissances de mère adolescente reste inférieur à l'augmentation générale des naissances de parent isolé.

138. Dans la plupart des pays, l'éducation sexuelle et les campagnes d'information restent les moyens essentiels utilisés pour limiter les grossesses d'adolescentes, auxquels s'ajoute dans certains pays l'accès à la contraception. Pour donner plus de poids à cette démarche, on a recours à des formes de communication qui plaisent aux jeunes (par exemple la télévision publique en Allemagne) et l'on élargit le champ d'action des dispositifs en place pour essayer d'atteindre l'ensemble des adolescents. Aux Etats-Unis, l'administration Clinton a récemment lancé une campagne pour encourager les adolescents à l'abstinence, campagne associée à des messages positifs sur l'intérêt de l'école et de la préparation au travail.

139. L'ampleur de la pauvreté parmi les familles monoparentales est un sujet de préoccupation majeur dans de nombreux pays de l'OCDE. Cette pauvreté tient souvent au fait que les parents isolés ne réussissent pas à gagner suffisamment d'argent en travaillant et à assumer parallèlement leurs autres responsabilités familiales, surtout quand les enfants sont en bas âge. Les parents isolés peuvent avoir de gros problèmes à trouver un emploi s'ils n'ont pas travaillé depuis longtemps puisqu'ils s'occupaient de leurs enfants à plein temps, d'autres ayant un déficit structurel sur ce plan par manque de qualifications ou d'instruction. Pour d'autres parents isolés, travailler n'est pas une hypothèse envisageable, soit qu'ils ne peuvent faire garder les enfants convenablement et à un prix abordable, soit qu'ils vivent dans un lieu où l'accès aux possibilités d'emploi est difficile, soit que le travail n'apporte pas de supplément de revenu disponible à la famille.

140. Il existe dans la plupart des pays de l'OCDE, sous une forme ou une autre, des prestations de sécurité sociale en faveur des parents isolés, en plus des allocations familiales éventuellement servies à

tous les parents. Ces mesures de garantie de revenu sont destinées à remédier aux difficultés que les parents isolés peuvent avoir à travailler tout en élevant leurs enfants, surtout lorsque ces enfants sont très jeunes ou au début de la période où ils se retrouvent seuls.

141. Des limites sont généralement fixées au service des allocations de parent isolé : allocations payables jusqu'à ce que l'enfant atteigne un certain âge ou pendant une durée limitée, à peu près de la même manière que pour les allocations d'assurance chômage. Ainsi, la Norvège limite désormais à trois ans (et au huitième anniversaire du plus jeune enfant), le service des allocations spéciales (désormais plus élevées) de parent isolé, cette durée pouvant être prorogée de deux ans dans le cas d'enfants qui doivent suivre un programme éducatif spécial. De nouvelles dispositions ont été adoptées en Nouvelle-Zélande : depuis avril 1997, les parents isolés doivent chercher du travail à compter du 14<sup>ème</sup> anniversaire de leur plus jeune enfant. Aux Pays-Bas, depuis 1996, les parents isolés bénéficiant de l'aide sociale qui ont des enfants âgés de cinq ans et plus sont tenus de chercher du travail, des ressources additionnelles étant parallèlement allouées en vue d'améliorer l'accès aux services de garderie.

142. Le versement de ces allocations est généralement subordonné à une condition de ressources, facteur qui peut dissuader les parents isolés d'accepter un travail rémunéré. En Australie, les prestations sont réduites de 50 pour cent pour tout dollar gagné, avec une franchise dont le montant est indexé (actuellement 100 dollars australiens par quinzaine) afin d'encourager les parents isolés à travailler à temps partiel ou à faire des travaux occasionnels. En Nouvelle-Zélande, les critères de revenu applicables aux parents isolés ont été assouplis en 1993 pour les encourager à travailler à temps partiel. En Allemagne, les parents isolés ne sont pas soumis à la limite maximale de 19 heures de travail par semaine exigée pour avoir droit à l'allocation pour enfant. La nouvelle allocation One Parent Family Payment mise en place en Irlande en 1997 a une particularité destinée à encourager les parents isolés à travailler : l'allocation est versée à taux plein tant que les gains n'excèdent pas 115 livres irlandaises par semaine, et à taux réduit si les gains se situent entre 115 et 230 livres irlandaises.

143. En Autriche, un crédit d'impôt de 5 000 schillings autrichiens par an est accordé à tout parent isolé bénéficiant d'allocations familiales, sans condition de ressources, ce qui compense quelque peu sur le plan économique les difficultés que peuvent avoir les parents isolés à travailler. Cet avantage vient s'ajouter à l'allocation de salaire unique de 80 000 schillings autrichiens, majorée de 20 000 schillings autrichiens pour les familles de trois enfants et plus. Aux Pays-Bas, des déductions fiscales spéciales sont accordées aux parents isolés qui travaillent, afin de rendre le fait de travailler plus intéressant financièrement, et des mesures fiscales complémentaires seront adoptées lors du prochain exercice budgétaire.

144. Dans tous les pays de l'OCDE, il existe une palette de dispositifs destinés à faciliter le retour des parents isolés à la vie active, dispositifs dont la plupart visent à remédier globalement aux multiples inconvénients et obstacles que les parents isolés rencontrent pour trouver un travail et le conserver quand il leur faut déjà assumer leurs responsabilités à l'égard de leurs enfants. Ces mesures tiennent aussi compte du fait que les prestations de sécurité sociale versées aux parents isolés sont limitées dans la durée et de ce qu'il serait souhaitable que le travail leur rapporte davantage que les prestations dont ils bénéficient.

145. Certains dispositifs ont pour but de rendre l'emploi plus immédiatement rentable tandis que d'autres visent à apporter aux intéressés des avantages à plus long terme au regard du marché du travail en incitant davantage à leurs besoins en matière d'éducation et de formation. Le développement des services de garde, spécialement des enfants d'âge préscolaire, est une mesure partout utilisée afin d'accroître le taux d'activité des parents isolés. Les services de garde des enfants sont aussi utiles pour les parents isolés ayant des enfants d'âge scolaire qui ont besoin de les faire garder avant et après l'école et pendant les

longues vacances scolaires. Aussi, nombreux sont les pays de l'OCDE où l'on donne la priorité aux parents isolés pour l'inscription des enfants dans les crèches et les garderies.

146. Au Japon, l'aide aux familles sans père se présente sous de multiples formes : formation en cours d'emploi, propositions d'emploi, aide au logement, qui sont autant de modalités tendant à favoriser l'indépendance économique de ces familles. La Suède aide fortement les parents isolés à gagner leur vie plutôt que de vivre des allocations, l'aide au logement et à la garde des enfants étant l'élément principal de la démarche. Elle favorise aussi les formations destinées à améliorer la capacité à long terme des parents isolés d'assurer la subsistance de leur famille. En Irlande, l'accès aux dispositifs pour l'emploi et à la formation est ouvert aux parents isolés comme à toute autre personne sans emploi.

147. L'Australie a mis en place un programme très complet en faveur des parents isolés dénommé *Jobs Education and Training (JET)*, qui existe depuis 1989 et a pour objet essentiel d'améliorer l'accès à l'éducation et à la formation, aux structures de garde des enfants et à l'emploi, programme que gère un conseiller chargé d'estimer les besoins du parent et de l'orienter vers les formes d'assistance qui lui conviennent. Selon les conclusions d'une évaluation de 1996, le JET a contribué à améliorer le taux d'activité et le revenu des bénéficiaires de l'allocation aux parents isolés.

148. Au Royaume-Uni, le gouvernement a récemment annoncé la création d'un nouveau programme en faveur des parents isolés, dit programme *New Deal*, qui privilégie le conseil et l'aide concrète à l'emploi, la formation et la prise en charge des enfants de parents isolés qui veulent travailler et ont des enfants d'âge scolaire. En Nouvelle-Zélande, où la prestation n'est pas aussi avancée, on vient de mettre en route une étude des politiques en faveur des parents isolés afin de réfléchir aux moyens qui leur permettraient de satisfaire au mieux leur double aspiration -- prendre soin de leurs enfants et travailler --, étude qui sera complétée par un examen plus vaste des politiques concernant la garde des enfants. Les conclusions des évaluations des programmes de cet ordre existant dans les pays de l'OCDE font apparaître qu'ils peuvent effectivement améliorer la situation des parents isolés sur le plan de l'emploi et du revenu.

### **Aide aux familles qui travaillent -- concilier le travail et les responsabilités familiales**

149. Outre les dispositifs en faveur des parents isolés, il existe aussi dans certains pays des aides spécifiquement destinées aux femmes qui souhaitent retravailler, notamment après une période assez longue d'interruption pour élever leurs enfants. En Allemagne, il s'agit de dispositifs de formation complémentaire ou de remise à niveau, d'allocations pour garde d'enfants aux femmes en formation et de subventions salariales accordées aux employeurs qui les embauchent lorsqu'elles ont besoin d'une période d'adaptation. Dans certains pays, ces dispositions se sont accompagnées d'une campagne destinée à inciter les pères à assumer une plus grande part des responsabilités familiales, moyennant des aménagements des horaires de travail. Certains pays améliorent aussi les conditions du travail à temps partiel (le Canada par exemple, améliore l'accès aux prestations de l'assurance emploi) ou simplement le statut légal de ce type de travail (Danemark, Allemagne, par exemple). L'Irlande a également étendu son dispositif de protection sociale aux travailleurs à temps partiel et mis en place des systèmes de calcul spéciaux des pensions pour les femmes qui ont consacré certaines périodes à s'occuper de leurs enfants à plein temps.

### ***Structures de garde des enfants***

150. On considère souvent que les services de garde des enfants sont, pour les parents, le moyen essentiel de concilier travail et responsabilités familiales, mais ces services font plus que cela, ils

contribuent aussi au développement économique en permettant à certaines personnes de travailler. C'est dans cet esprit que plusieurs pays se sont fixés des objectifs précis, quantifiés et à horizon fixe, d'augmentation du nombre de places de garderie. Certains pays ne font pas de distinction très nette entre garderie et éducation préscolaire et la garderie peut y jouer un rôle important dans l'éducation de la petite enfance, complémentaire de celui des parents et autres membres de la famille.

151. La Corée a récemment investi l'équivalent de 140 millions de dollars des Etats-Unis pour développer les crèches de manière à pouvoir accueillir 60 pour cent des enfants concernés. Les entreprises employant plus de 300 femmes sont également encouragées à créer des garderies dès 1997 et des dispositifs de prise en charge des enfants après la classe doivent être mis en place d'ici à l'an 2000. Au Mexique, tous les enfants de l'âge de 43 jours à 4 ans doivent en principe pouvoir être accueillis en garderie mais les capacités sont encore insuffisantes par rapport à la demande et des mesures sont en train d'être prises pour améliorer la situation. En Turquie, les entreprises qui comptent plus de 100 femmes parmi leurs salariés doivent avoir une salle d'allaitement et les entreprises qui en emploient plus de 150 une crèche. La Norvège s'est donnée pour objectif de permettre d'ici à l'an 2000 à tous les parents qui le souhaitent de confier leurs enfants d'âge préscolaire à une structure d'accueil. Les écoles norvégiennes sont par ailleurs tenues d'assurer la garde des enfants de 6 à 10 ans avant et après la classe, service dont bénéficient environ 70 000 enfants. Les Pays-Bas ont également accru le nombre de places de garde des enfants après l'école. Selon la loi danoise, des services de garde d'enfants subventionnés par l'Etat doivent être disponibles dans tout le pays. La Finlande réussit à assurer la prise en charge dans des structures municipales de tous les enfants d'âge préscolaire depuis 1996 ; avant cette date, les enfants ayant des besoins particuliers étaient prioritaires.

152. Le gouvernement grec finance l'accueil en jardin d'enfants d'environ 50 000 enfants ; de plus, d'autres jardins d'enfants accueillent en priorité les enfants dont les parents travaillent ou sont isolés. L'Autriche dépense environ 600 millions de schillings autrichiens pour ouvrir des services supplémentaires de garde d'enfants, action qui a parallèlement l'avantage de générer des emplois.

#### **Tableau 4.4 : Dispositions concernant la garde des enfants dans certains pays de l'OCDE**

153. Pour alléger les charges familiales, d'autres pays octroient aux parents des allocations ou des avantages fiscaux, au lieu ou en complément d'une action de développement des crèches et garderies. Par exemple, au Canada, la déduction pour frais de garde d'enfants concerne 740 000 contribuables pour un coût total de 305 millions de dollars canadiens. La déduction maximale du revenu d'activité s'élève à 5 000 dollars canadiens par enfant de moins de 7 ans et à 3 000 dollars canadiens par enfant de 7 à 16 ans, déduction à laquelle s'ajoute une autre déduction applicable dans le cas d'un enfant plus âgé et handicapé, d'un montant s'échelonnant entre 3 000 et 5 000 dollars canadiens selon la gravité du handicap.

154. Au Portugal, un mécanisme d'évaluation des frais de garde par rapport au revenu permet d'ajuster ces montants en fonction de la capacité des intéressés à payer pour des activités hors programmes scolaires.

155. Il reste sans doute encore quelques insuffisances criantes dans les pays où le nombre global de places dans les garderies a pourtant énormément augmenté. L'Italie fait état d'une grave pénurie de services de garderie pour les très jeunes enfants (entre 0 et 3 ans), qui ne pourraient accueillir qu'environ 5 pour cent des enfants du groupe d'âge concerné ; en revanche, pour les enfants de 3 à 5 ans, le nombre de places permet d'en accueillir environ 80 pour cent. La prise en charge des nourrissons et enfants en bas âge coûte généralement plus cher (car il faut s'en occuper davantage) et la réglementation qui les concerne est souvent plus stricte, d'où un moins grand nombre de places pour les enfants de cet âge. L'Espagne a mis en place un programme spécial, le Programme pour la petite enfance, qui vise à augmenter l'offre de

services pour enfants en bas âge (0 à 3 ans). Les projets, gérés par les collectivités territoriales, sont financés pour moitié par le Ministère du travail et des affaires sociales et pour l'autre moitié par les communautés autonomes et les collectivités locales. Les réformes adoptées en Italie en juillet 1997 en faveur des services à l'enfance visent à encourager de nouveaux services destinés aux enfants et aux adolescents. L'offre de services de garde d'enfants est parfois très inégale selon les régions, les possibilités offertes aux parents étant bien meilleures dans certaines que dans d'autres, phénomène qui mériterait d'être regardé de près chaque fois que le gouvernement contribue activement à accroître l'offre. Dans de nombreuses localités, les parents isolés sont prioritaires pour l'accueil de leurs enfants, compte tenu des moindres facilités qu'ils ont pour faire garder leurs enfants s'ils veulent exercer une activité professionnelle.

156. L'étude de la politique relative à la garde des enfants se poursuit dans quelques pays de l'OCDE. L'actuel gouvernement néo-zélandais s'est engagé, dans le cadre de son accord de coalition, à revoir cette politique de manière à inciter davantage les femmes à travailler ; aux Etats-Unis, une conférence devait avoir lieu à la Maison Blanche en 1997.

157. Il ne suffit pas qu'il existe des places de garderie, il faut aussi que les horaires soient compatibles avec ceux du travail si l'on veut que l'offre ait une quelconque efficacité ; ainsi le Portugal s'est attaché à prolonger les horaires d'ouverture de ces établissements. Le Japon a ouvert des haltes-garderies et des établissements d'accueil en fin de journée où les parents -- tout particulièrement les pères isolés -- qui ne peuvent quitter leur travail de bonne heure peuvent faire garder leurs enfants. Compte tenu de l'évolution des horaires de travail des parents, le Danemark a prolongé les horaires d'ouverture des crèches et des jardins d'enfants et mis en place des centres d'accueil de nuit.

158. Certains gouvernements subventionnent les garderies, au bénéfice en particulier des familles à bas revenu. La subvention est parfois tout à fait explicite : l'Australie accorde par exemple pour les familles à très bas revenu une subvention pouvant aller jusqu'à 85 pour cent des frais de garde ; au Royaume-Uni, les allocations aux personnes qui travaillent se cumulent avec un montant de frais de garde dans une structure agréée de 60 livres par semaine (et le budget britannique pour 1998 annonce un projet de remplacement de la subvention à compter d'octobre 1999 par un crédit d'impôt d'un montant plus élevé, à savoir 70 livres par semaine pour un enfant et 105 livres pour deux enfants et plus). L'Allemagne accorde des allègements fiscaux pour frais de garde aux parents isolés, et également aux couples mariés sous certaines conditions. Dans d'autres pays de l'OCDE, la subvention est implicitement incluse dans le montant des frais de garde payables par les parents dans les structures publiques.

159. Certains pays tiennent compte aussi des difficultés que traversent les parents qui travaillent lorsqu'un enfant malade n'est pas admis à la crèche ou à l'école. En Norvège, les parents ont droit à un minimum de 10 jours par an de congés payés pour prendre soin d'un enfant malade et à un maximum de 15 jours chacun s'ils ont trois enfants ou plus. Pour les parents isolés, cette durée est portée à 20 jours par an et à 30 jours s'ils ont trois enfants ou plus. Au Portugal, les salariés ont droit à une indemnité de maladie pour prendre soin d'un enfant malade de moins de 10 ans. En Finlande, le parent isolé ou le couple de parents travaillant tous deux à l'extérieur peut obtenir quatre jours de congés supplémentaires pour soigner ou prendre des dispositions pour faire soigner un enfant malade de moins de 10 ans, mais l'employeur n'est pas tenu de verser son salaire à l'intéressé pendant ce temps. En Australie, il n'existe pas de dispositions de ce genre relevant du régime de la sécurité sociale, mais certains employeurs paient parfois une indemnité de congé limitée en vertu d'un accord salarial négocié.

*Allocations de maternité et parentales*

160. Il existe dans les pays de l'OCDE, en sus des allocations pour garde d'enfants, toute une série d'allocations de maternité et d'allocations parentales dont bénéficient principalement les personnes ayant travaillé antérieurement et cotisé aux assurances sociales. Ces avantages viennent s'ajouter à la protection légale de l'emploi assurée dans certains pays aux travailleuses dans la période qui précède et suit immédiatement une maternité.

161. La plupart des pays de l'OCDE versent aux mères des allocations durant leur congé de maternité afin de procurer un revenu supplémentaire aux familles au moment de la naissance d'un enfant et de protéger le droit au travail des mères dans la période qui entoure la naissance. L'allocation correspond généralement à un certain pourcentage du salaire antérieur de la femme et est versée pendant un nombre déterminé de semaines avant la naissance et après celle-ci. Seuls un petit nombre de pays versent également une prime -- forfaitaire -- de maternité aux mères qui n'occupaient pas un emploi rémunéré avant la naissance. Les primes de naissance sont également très courantes et sont versées soit à tout le monde au titre de l'aide sociale, soit en complément des congés de maternité soumis aux conditions habituelles d'activité antérieure.

**Tableau 4.5 : Récapitulatif des allocations de maternité et parentales, pays de l'OCDE**

162. En Norvège, pays le plus généreux en la matière, le congé parental ou de maternité est de 42 semaines à plein salaire ou de 52 semaines à 80 pour cent du salaire. Il peut être maintenu plus longtemps si l'intéressé(e) reprend le travail à temps partiel. Le congé peut être pris par l'un ou l'autre parent et il a été créé un supplément non transférable de quatre semaines au bénéfice du père afin d'encourager les hommes à s'investir davantage dans le rôle de parent. Pour avoir droit au congé, la mère doit avoir occupé un emploi rémunéré pendant au moins six des dix mois précédant la naissance et pour que le père puisse en bénéficier, il faut que lui-même et la mère satisfassent tous deux à cette condition d'activité antérieure. En plus de ces congés payés, les parents peuvent aussi avoir droit à une longue période de congé sans solde.

163. La durée du congé de maternité payé se situe couramment entre 14 et 18 semaines, particulièrement dans les pays européens, avec un taux de remplacement égal ou quasi égal au salaire. Il arrive aussi que le taux de remplacement, élevé au départ, soit dégressif. Les congés de maternité sont parfois complétés par des allocations de maternité ou parentales dont peut bénéficier soit la mère soit le père. Les Pays-Bas ont récemment étendu leur dispositif de congé parental.

164. Outre la Norvège, d'autres pays ont institué le congé parental. Au Japon, les travailleurs peuvent bénéficier d'un congé payé à 25 pour cent du salaire antérieur pour s'occuper d'un enfant de moins d'un an et en Corée, d'un congé sans solde d'une durée maximale d'un an par enfant et de trois ans au total. Le congé parental payé existe également en Autriche et au Canada dans le cadre des dispositifs d'assurance chômage et, sous certaines conditions, les pères peuvent bénéficier du dispositif de congé maternité à la place de la mère en Islande, au Portugal et en Suède.

165. La France et l'Allemagne ont mis en place un dispositif beaucoup plus large d'aide financière aux familles qui travaillent, au moyen d'allègements fiscaux liés à l'emploi de travailleurs familiaux à domicile. Il peut s'agir de la garde des enfants mais tout aussi bien des travaux du ménage, de préparation des repas ou de jardinage, aides particulièrement souhaitables dans les familles où l'homme et la femme travaillent tous deux et ont peu de temps pour s'occuper eux-mêmes des tâches domestiques. Ce système d'allègements fiscaux est aussi un encouragement à régulariser la situation de cette catégorie de

travailleurs et l'Allemagne a récemment amélioré les avantages fiscaux accordés aux ménages employant des travailleurs familiaux à domicile sous réserve de déclaration de ceux-ci à la sécurité sociale.

### **Dispositifs en faveur des conjoints à charge**

166. Un certain nombre de pays de l'OCDE accordent des allègements fiscaux aux contribuables ayant un conjoint à charge, qu'il ait ou non des enfants également à charge. Par exemple, l'Autriche, le Japon, l'Irlande, l'Italie, la Slovaquie, la République tchèque et la Grèce accordent des réductions d'impôt au principal apporteur de revenu d'un couple avec conjoint à charge. Les systèmes fondés sur le principe du quotient familial (comme le système français) tiennent par nature compte du conjoint à charge, tandis qu'en Allemagne le revenu est divisé entre les deux membres d'un couple marié, d'importantes exonérations étant de plus accordées sur les droits de succession à l'époux survivant.

167. Le montant de ces allègements fiscaux varie certes énormément d'un pays à l'autre, en fonction de l'importance relative que chacun attache à ce type d'intervention et de la générosité de la fiscalité et des prestations dans chacun. L'Italie a récemment relevé le montant des avantages fiscaux pour conjoint à charge, avec un relèvement plus important pour les familles à bas revenu.

168. Aux Etats-Unis, le Congressional Budget Office a mené une enquête sur les avantages et les inconvénients du mariage sur le plan fiscal. Il a constaté qu'en 1996, 42 pour cent des couples étaient désavantagés, 51 pour cent avantagés et 6 pour cent non affectés par leur situation maritale sur le plan de la fiscalité. Pour les couples à bas revenu (inférieur à 20 000 dollars des Etats-Unis), le panorama est quelque peu différent, une proportion plus importante (63 pour cent) de couples étant nettement gagnants, seulement 12 pour cent désavantagés et une plus forte proportion (25 pour cent) ayant une situation sans changement au regard de la fiscalité.

169. En Irlande en revanche, la législation fiscale en vigueur avant 1980, aux termes de laquelle les revenus d'un couple marié étaient considérés comme un seul revenu par l'administration fiscale alors que ceux de deux célibataires étaient considérés séparément, a été déclarée inconstitutionnelle par la Cour suprême d'Irlande. En vertu des dispositions actuellement en vigueur, un couple marié bénéficie de déductions fiscales égales au double de celle consentie à un célibataire et les concubins ont la possibilité de transférer les déductions fiscales et de bénéficier de taux d'imposition minorés, ce qui leur procure un léger avantage fiscal par rapport aux célibataires.

170. Dans la plupart des pays, il n'existe pas de différence de traitement au regard de la fiscalité et/ou du régime de sécurité sociale entre les conjoints mariés et les concubins cohabitants. Ce principe tend également à se répandre ; ainsi à compter du 1er janvier 1996, les couples cohabitants sont en France considérés comme des couples mariés au regard de la fiscalité. A l'inverse, au Portugal, les cohabitants sont toujours traités comme deux célibataires. Dans le régime fiscal italien, à base individualisée, un individu marié dont le conjoint ne travaille pas peut bénéficier d'un abattement fiscal pour conjoint à charge, mais cette disposition ne s'applique pas aux concubins cohabitants.



## 5. LA PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES D'AGE ACTIF AU CHOMAGE

171. Au début des années 90, de nombreux pays occidentaux à nouveau confrontés au spectre de l'augmentation du chômage ont chargé l'OCDE d'entreprendre une grande étude sur les causes de ce phénomène et sur les solutions possibles. Lorsque l'Etude de l'OCDE sur l'emploi a été pour l'essentiel achevée, en 1994, les pays de l'OCDE totalisaient environ 35 millions de chômeurs, soit approximativement 8.5 pour cent de la population active de l'ensemble de la zone de l'OCDE. Le chômage était à l'époque le principal problème de politique sociale rencontré par la plupart des pays de l'OCDE, et il le reste aujourd'hui.

172. Pour faire face à ce problème, de nombreux pays disposent de systèmes de prestations qui garantissent un revenu aux chômeurs, mais ils ont pu constater par ailleurs une utilisation accrue des droits à d'autres prestations sociales, les personnes qui ne pouvaient trouver un emploi en raison de la mauvaise situation du marché du travail s'étant tournées vers d'autres transferts sociaux. Ces derniers sont décrits en détail dans le présent chapitre, ainsi que les mesures prises par les différents pays de l'OCDE pour faire face au problème du chômage.

### **Prestations sociales pour les chômeurs<sup>16</sup>**

173. Les systèmes de prestations sociales visent avant tout à garantir aux personnes sans emploi un revenu leur permettant de vivre, elles et leurs familles. Les prestations d'aide sociale subviennent aux besoins essentiels pour limiter la pauvreté et le dénuement et les prestations liées aux gains antérieurs aident les individus et leurs familles à conserver pendant une brève période de chômage un niveau de vie proche du niveau précédent.

174. Ces dispositifs ont aussi des répercussions plus larges. L'aspect positif de la garantie de revenu est qu'elle peut encourager à rechercher un emploi et à rester en contact avec le marché du travail dans la mesure où le versement des prestations est généralement subordonné à cette démarche. De même, une aide suffisante permet aux chômeurs de se consacrer à la recherche d'un emploi plutôt qu'à la solution de difficultés financières immédiates pour eux-mêmes et leurs familles. Les prestations sociales peuvent avoir aussi d'autres objectifs, par exemple encourager ou contraindre les intéressés à participer à des programmes actifs du marché du travail propres à les aider à trouver un emploi. A contrario, la garantie de ressources peut aussi ne pas inciter à chercher un emploi du fait qu'on peut compter sur une autre source de revenu ; de plus, les conditions de ressources auxquelles ces prestations sont soumises (et qui réduisent le gain du revenu disponible procuré par l'emploi) risquent aussi de ne guère encourager à chercher du travail ou à accroître ses revenus.

---

<sup>16</sup> Bon nombre d'informations contenues dans le présent chapitre sont extraites de l'Etude de l'OCDE sur l'emploi et d'autres travaux ultérieurs de l'OCDE sur les moyens de favoriser l'emploi et de réduire le chômage.

175. Avec l'aggravation du chômage, et en particulier du chômage de longue durée, il y a eu dans certains pays un débat public sur le niveau approprié des prestations, et l'intérêt, pour les chômeurs de longue durée, de continuer à bénéficier de la protection sociale plutôt que de chercher activement un emploi, avec le risque de dépendance durable qui en résulte à l'égard des prestations. D'autres pays se sont inquiétés du coût de ces prestations pour les finances publiques, et en particulier du fait que l'augmentation des dépenses au titre des indemnités de chômage va généralement de pair avec une diminution des ressources de la protection sociale et des recettes fiscales.

176. On observe des différences sensibles entre les pays de l'OCDE dans les structures des systèmes d'indemnisation du chômage et le niveau de protection qu'ils offrent. Certaines prestations sont très généreuses pendant une période limitée alors que d'autres sont forfaitaires et de durée indéterminée. Les prestations de chômage sont généralement traitées comme un revenu imposable de manière à réduire les effets de "désincitation" financière et à encourager les chômeurs à remplacer les prestations par un emploi rémunéré. L'admission au bénéfice des prestations est nécessairement très réglementée et peut être liée à un emploi antérieur et/ou à l'obligation d'avoir cotisé à un régime d'assurance. De même, il est partout exigé des bénéficiaires qu'ils recherchent activement un emploi, même si cette obligation est diversement interprétée et contrôlée.

#### **Tableau 5.1 : Principales caractéristiques des programmes d'indemnisation du chômage**

177. Dans la conception de leurs dispositifs d'indemnisation du chômage, les pays ont dû choisir entre des objectifs incompatibles, à savoir assurer des prestations suffisantes (essentiellement pour atténuer la pauvreté et garantir un revenu aux chômeurs) et inciter financièrement les chômeurs à trouver un emploi. Le contexte culturel et historique, y compris la structure de l'ensemble du système de protection sociale, sont aussi des éléments importants à prendre en compte pour comprendre les systèmes d'indemnisation du chômage dans les pays de l'OCDE. Le Mexique est un pays dans lequel il n'existe aucune forme d'allocation de chômage et où certains chômeurs ont recours au travail au noir pour se procurer un revenu.

178. La plupart des pays versent des allocations de chômage aux personnes qui ont déjà occupé un emploi ou qui sont couvertes par un système d'indemnisation. Dans la plupart des cas, ces prestations sont liées aux gains antérieurs mais dans plusieurs pays, elles sont forfaitaires (par exemple, en Irlande, en Islande et au Royaume-Uni). Ces prestations sont limitées dans le temps mais la durée de versement peut aussi dépendre de l'emploi antérieur, des cotisations versées ou de l'âge de la personne. Au Japon et au Luxembourg, par exemple, la durée de versement est plus longue si l'on estime que l'intéressé a peu de chances de trouver un emploi dans la région. Les prestations liées aux gains antérieurs peuvent être plafonnées. En Hongrie, par exemple, un "plancher" et un "plafond" sont fixés à l'échelon national et les prestations liées aux gains antérieurs diminuent au bout d'un an de chômage. Au Danemark, elles représentent 90 pour cent des gains antérieurs dans la limite de 525 couronnes par jour.

179. Les chômeurs en fin de droits, ou qui ne peuvent prétendre à des allocations de chômage faute d'un emploi antérieur ou de cotisations suffisantes, ou qui résident en Australie ou en Nouvelle-Zélande, peuvent bénéficier d'une assistance-chômage ou de prestations d'aide sociale. Celles-ci sont généralement d'une durée indéfinie, forfaitaires et ne sont pas subordonnées à l'exercice d'un emploi antérieur.

180. En Italie, les personnes qui ne perçoivent pas de salaire ou perçoivent un salaire réduit pour cause de chômage technique (principalement dans les grandes entreprises industrielles) peuvent dans certains cas bénéficier d'une garantie de ressources versée par la caisse de complément salarial ordinaire (CIGO) ou la caisse de complément salarial spécial (CIGS). Les bénéficiaires de ces prestations ne sont pas strictement considérés comme chômeurs, car leur contrat de travail n'a pas été résilié. Ces prestations sont plus généreuses que celles de l'assurance chômage : elles représentent 50 à 80 pour cent des gains

précédents, dans la limite d'un certain plafond et pour une durée limitée. Il existe par ailleurs pour les salariés victimes de licenciements collectifs une allocation de mobilité qui est également plus généreuse que les indemnités de chômage, car elle représente environ 75 pour cent du salaire précédent, dans la limite d'un certain plafond, mais le montant et la durée de versement varient en fonction de l'âge et du lieu géographique (les personnes qui résident en Italie du Sud et celles qui sont plus âgées peuvent bénéficier des prestations plus longtemps à des taux relativement élevés). Les bénéficiaires des allocations de complément de salaire et de l'allocation de mobilité sont plus nombreux que ceux des allocations de chômage (qui n'assurent qu'un taux de compensation d'environ 30 pour cent du salaire précédent et sont versés pendant des temps plus courts).

### *Montant des allocations de chômage*

181. L'Etude de l'OCDE sur l'emploi de 1994 a passé en revue de façon très détaillée l'effet des systèmes d'indemnisation du chômage sur le chômage mesuré, et plus particulièrement l'effet de la générosité et de la durée des prestations<sup>17</sup>.

182. Pour l'Etude sur l'emploi, l'OCDE a comparé les taux de compensation bruts et nets pour une personne de 40 ans avec trois durées différentes de chômage, trois situations de famille et deux niveaux de gains (gains moyens et deux tiers des gains moyens d'un ouvrier). Il s'agit de taux de compensation nets (après impôt) qui tiennent déjà compte des effets de la fiscalité sur les revenus disponibles respectifs des chômeurs et des personnes ayant un emploi.

### **Tableau 5.2 : Taux de remplacement nets pour quatre types de familles à deux niveaux de gains, le premier mois de versement des prestations, en 1995**

183. Ce tableau met en évidence des différences considérables de taux de compensation dans la zone OCDE. Ainsi, pour un célibataire, les taux de compensation varient, d'après les estimations, de 33 pour cent du salaire moyen d'un ouvrier en Irlande jusqu'à 86 pour cent au Luxembourg.

184. Les taux de compensation sont généralement plus élevés pour les couples et les personnes avec enfants, ainsi que par comparaison avec le salaire de référence, à savoir les deux tiers du salaire moyen d'un ouvrier, ce qui peut correspondre à un salaire de départ plus réaliste pour un chômeur. Par exemple, pour un couple avec deux enfants, le taux de compensation comparé aux deux tiers des gains de l'ouvrier moyen varie beaucoup moins, dans une fourchette comprise entre 53 pour cent en Corée et 95 pour cent au Danemark, se situant en général aux environs de 75 à 90 pour cent. Avec de tels taux, il n'y a peut-être guère d'incitation à trouver un emploi, en particulier une fois pris en compte les coûts supplémentaires liés à l'emploi et l'effort que le travail exige.

---

<sup>17</sup> Cet effet se mesure généralement par le taux de compensation qui évalue la différence entre les taux d'allocations de chômage et les taux de salaire. Comme l'a expliqué Martin (1996), il n'existe pas de taux de compensation-type car les allocations de chômage et les taux de salaire antérieurs ou futurs peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre en fonction de l'âge, des antécédents professionnels, du niveau de formation et de bien d'autres facteurs. Les taux de compensation peuvent aussi se calculer avant ou après impôt, les calculs effectués après impôt faisant apparaître des taux supérieurs et se révélant plus pertinents car ils comparent des modifications du revenu disponible. Martin (1996) explique aussi les méthodes utilisées par l'OCDE pour calculer les taux de compensation dans l'Etude de l'OCDE sur l'emploi et d'autres travaux ultérieurs.

185. L'Etude de l'OCDE sur l'emploi a montré que plus les prestations étaient généreuses, plus les hausses conjoncturelles du chômage étaient importantes, et plus les taux de chômage restaient élevés pendant la phase ascendante du cycle économique (OCDE 1994b). Elle a également montré qu'il pouvait s'écouler beaucoup de temps avant que la générosité des prestations se répercute sur le niveau de chômage, et que ce délai compris entre 5 et 10 ans au Canada, en Irlande et en Finlande, pouvait atteindre 10 à 20 ans en Norvège, en Suède ou en Suisse. Ces chiffres montrent combien les taux de compensation influent sur le chômage, mais seulement après d'autres facteurs plus importants, comme les cycles économiques qui, eux, sont à l'origine du phénomène. Une fois celui-ci installé, la générosité des systèmes d'indemnisation peut contribuer à maintenir le chômage à un niveau élevé.

186. Malgré le risque que de forts taux de compensation aient pour effet d'ancrer durablement le chômage à un niveau élevé, certains pays, dont l'Italie et le Portugal<sup>18</sup>, ont relevé les prestations. En Italie, le montant de l'allocation de mobilité, qui auparavant pouvait représenter 100 pour cent du salaire des ouvriers au chômage pendant la première année et 80 pour cent les années suivantes, a été réduit, mais représente encore un taux de compensation d'environ 80 pour cent pendant 4 ans pour les chômeurs qualifiés.

187. En revanche, certains pays de l'OCDE ont fait face à ce risque en réduisant la générosité de leurs systèmes d'indemnisation du chômage, mais ils sont assez peu nombreux. Comme l'indique le rapport de l'OCDE intitulé *Valoriser le travail* (1997), et d'autres documents qui font suite à l'étude sur l'emploi :

- l'Autriche a réduit les plafonds d'indemnisation en 1993 ;
- le Canada a réduit le montant des prestations pour les couples en 1993 et a introduit d'autres changements plus fondamentaux en 1996 ;
- l'Allemagne a réduit les prestations d'assurance-chômage de trois points pour les célibataires et un point pour les couples ;
- l'Irlande a supprimé l'élément lié au salaire en 1994 et a cessé d'augmenter les prestations à un rythme plus rapide que celui de l'inflation à partir de 1993, mais les a relevées à nouveau d'un pourcentage supérieur au taux de l'inflation dans le budget de 1998 ;
- la Nouvelle-Zélande a réduit plus fortement les allocations en 1991 -- jusqu'à 25 pour cent de baisse pour les jeunes adultes célibataires ;
- la Suède a ramené le taux de compensation des allocations de 90 pour cent au début des années 90 à 75 pour cent en janvier 1996 (mais elle l'a depuis relevé à 80 pour cent en janvier 1998) ;
- le Danemark a réduit les allocations aux jeunes chômeurs de 50 pour cent après 6 mois ;
- la Pologne a commencé par remplacer l'allocation d'assurance chômage liée au salaire (et dégressive dans le temps) par une allocation forfaitaire fixée à 36 pour cent du salaire moyen, puis l'a désolidarisée du salaire moyen.

**Tableau 5.3 : Evolution récente des dispositifs d'indemnisation des chômeurs**

<sup>18</sup> Les taux de compensation des allocations de chômage sont relativement faibles en Italie, mais relativement élevés au Portugal (voir tableau 5.2).

188. De nombreux pays indiquent calculer le taux des prestations par rapport aux salaires pratiqués sur le marché du travail de telle manière à ce que les chômeurs aient vraiment intérêt à exercer une activité (c'est le cas de l'Allemagne, de la Hongrie, de la Pologne, du Portugal, de la Suisse et des États-Unis, par exemple).

189. L'Allemagne part du principe que le revenu d'un travailleur à temps plein doit être supérieur à celui d'un bénéficiaire de l'aide sociale. Dans le calcul des prestations versées à un couple marié avec trois enfants, le total des allocations du régime ordinaire, des allocations de logement et des prestations exceptionnelles doit rester inférieur à la rémunération mensuelle nette d'un travailleur à bas salaire, compte dûment tenu des versements supplémentaires comme les primes de fin d'année et de vacances, et de toute aide publique versée sous forme d'allocations pour enfants à charge et d'aide au logement.

### *Autres modifications apportées aux dispositifs d'indemnisation du chômage*

#### *Durée de versement*

190. D'autres pays ont réduit la durée maximum de versement des principales allocations de chômage ; c'est le cas du Royaume-Uni (de 12 à 6 mois) et du Canada (de 50 à 45 semaines). La France, qui appliquait déjà la dégressivité des prestations en fonction de la durée, a restructuré son système d'indemnisation de manière à opérer des réductions plus faibles mais plus fréquentes, ce qui s'est traduit par un relèvement des taux pour les personnes au chômage depuis deux ans environ, et par une réduction pour les chômeurs de très longue durée (4 à 5 ans environ). La Suède a limité à trois ans la durée des prestations, avec possibilité de prolongation d'une quatrième année si le demandeur d'emploi justifie d'une longue durée d'emploi ou d'étude. Le Danemark a d'abord porté la durée maximum d'indemnisation à 7 ans, mais l'a depuis ramené à 5 ans. La Hongrie a réduit la durée maximum des prestations aussi bien de l'assurance que de l'assistance chômage.

191. En complément de ces récents changements de la durée maximum de versement des allocations de chômage, un certain nombre de pays ont soit supprimé soit strictement limité la réouverture du droit à l'allocation de chômage à l'issue d'une participation à des programmes du marché du travail. C'est le cas en particulier des pays nordiques, qui consacrent des dépenses relativement importantes aux mesures actives du marché du travail. Le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suisse subordonnent désormais le droit à l'allocation de chômage à l'exercice d'un emploi non subventionné.

#### *Ouverture des droits à allocation*

192. Un certain nombre de modifications ont été apportées aux règles d'ouverture des droits à allocation de chômage, afin de rendre l'accès plus restrictif :

- La durée d'emploi ou de cotisations requise des chômeurs pour pouvoir bénéficier de l'intégralité des prestations a été augmentée dans un certain nombre de pays (Autriche, Danemark, Islande, Suède, Espagne, Finlande, Norvège, Pays-Bas et Canada pour les nouveaux arrivants dans la population active). Dans certains cas, cela s'ajoute aux restrictions évoquées plus haut à l'ouverture des droits à l'issue d'une participation à des programmes actifs du marché du travail ;

- un certain nombre de pays ont délibérément cherché à restreindre l'accès des jeunes aux mesures passives de garantie de revenu (Australie, Danemark, Finlande, Norvège, Suède et Royaume-Uni) et à les orienter vers des programmes d'éducation, de formation, d'initiation au travail et à des programmes intégrés visant à améliorer leurs perspectives d'emploi à long terme.

*Autres modifications apportées aux incitations financières*

193. Outre la diminution des versements, les pays ont à leur disposition d'autres moyens d'agir sur les incitations financières liées aux prestations. Quelques exemples de mesures prises par des pays de l'OCDE qui ont diversement réformé la structure de leur système d'indemnisation du chômage consistent à :

- modifier le régime des prestations pour développer l'emploi à temps partiel, augmenter la rémunération de l'emploi à temps partiel ou verser une prime aux travailleurs à temps partiel (Australie, Canada, Danemark, Allemagne, Irlande, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni, par exemple) ;
- rendre les charges sociales et autres frais professionnels déductibles du revenu pour le calcul des prestations, la déduction étant proportionnelle à la rémunération afin d'inciter à travailler plus longtemps (Japon) ;
- inciter le conjoint d'une personne au chômage percevant des prestations soumises à conditions de ressources à exercer un emploi, en calculant les prestations individuellement pour chacun des deux membres du couple (Australie) ou en réduisant l'impact du revenu du conjoint sur les prestations (Finlande) ;
- verser des prestations supplémentaires aux personnes ayant réussi le passage de l'indemnisation à l'emploi ; ces versements supplémentaires peuvent prendre la forme d'une prime unique à l'entrée en activité et du maintien d'une allocation partielle (Australie), de la prolongation de certaines allocations pendant une durée limitée ou d'une allocation d'aide sociale dégressive sur une période pouvant atteindre six mois (Allemagne) ;
- expérimenter d'autres modes d'utilisation des ressources servant au financement des prestations, comme le dispositif mis en place aux Pays-Bas pour essayer de trouver du travail à 20.000 chômeurs de longue durée.

194. Dans le cadre de réformes récentes de la protection sociale, la Finlande a accompagné l'abaissement des prestations d'une modification de la fiscalité de manière à rendre plus intéressant l'exercice d'un emploi faiblement rémunéré. Les réductions pour les bas revenus portent sur le barème d'imposition sur le revenu et sur les impôts locaux ainsi que sur les cotisations d'assurance sociale.

*Contrôle plus rigoureux de l'obligation de recherche d'emploi*

195. Ces dernières années, de nombreux pays se sont attachés à réformer leur système d'indemnisation du chômage en renforçant l'obligation de recherche d'emploi et, dans certains cas, en durcissant également la définition de l'emploi acceptable. L'obligation de recherche d'emploi a été renforcée en Espagne en 1992 et en Australie en 1996 (durcissement de la législation, mise en place d'un

système de pointage (Jobseeker Diary)). D'autres pays ont adopté cette démarche : l'Autriche, le Canada (dans certaines régions), le Danemark, l'Allemagne, le Portugal, la Suisse et le Royaume-Uni.

196. En plus de l'obligation pour le bénéficiaire d'être inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'agence pour l'emploi ou de l'organisme d'assurance dont il relève, il existe aussi une tendance à l'établissement de plans individuels de retour à l'emploi pour les bénéficiaires d'allocations de chômage et de prestations d'aide sociale. Il s'agit généralement d'un contrat ou d'un accord qui définit les responsabilités respectives du demandeur d'emploi et de l'agence pour l'emploi ou de l'organisme d'assurance.

197. Les contrôles exercés sur les chômeurs doivent être effectifs et si possible contribuer à accroître les retours à l'emploi. La Suisse a modifié sa législation fédérale de manière à développer les services consultatifs et l'aide au placement des chômeurs, notamment en créant des offices régionaux de placement. Les chômeurs sont tenus de rencontrer au moins une fois par mois leur conseiller à l'office régional de placement et de faire viser leur carte de contrôle ; ils peuvent éventuellement bénéficier d'entretiens supplémentaires. Des formalités excessives et inefficaces ont ainsi été supprimées au profit d'un conseil renforcé en faveur de la personne au chômage. Cette formule permet de vérifier que le demandeur d'emploi cherche assidûment du travail, et de l'aider à réintégrer le marché du travail.

198. En Belgique, 35.000 personnes environ ont perdu leurs droits à l'assurance-chômage en 1993, quand le contrôle de l'obligation de rechercher un emploi a été renforcé. Aux Pays-Bas, quelque 90.000 personnes ont cessé de percevoir leurs prestations en 1993 contre 40.000 trois ans auparavant, pour n'avoir pas rempli le critère de recherche effective d'emploi ; en 1996, des critères encore plus rigoureux ont été introduits. De nombreux pays ont renforcé les contrôles afin de déceler les demandes abusives d'allocations de chômage présentées par des personnes ayant déjà un emploi ou une rémunération et n'en faisant pas état, et ont pour cela procédé à des vérifications et à des recoupements entre les fichiers informatiques des administrations.

199. En Norvège, les demandeurs et bénéficiaires d'allocations chômage qui, suite aux contrôles, se révèlent avoir donné des informations fausses ou incomplètes, peuvent se voir privés des droits à allocation pendant une période pouvant aller jusqu'à 2 ans et être obligés de rembourser le montant perçu. Un service spécial de contrôle a été mis en place pour procéder à des vérifications systématiques par comparaison électronique des fichiers publics.

200. Le nouveau système canadien d'assurance-emploi prévoit des sanctions plus fortes en cas de fraude, par exemple en cas de non déclaration par un bénéficiaire d'un revenu du travail et de présentation par l'employeur, sciemment, d'un faux relevé d'emploi. Les sanctions s'appliquent aussi bien aux chômeurs qu'aux employeurs et peuvent s'étendre aux dirigeants d'entreprise qui n'ont pas tout mis en oeuvre pour prévenir la fraude, quand l'entreprise est dans l'incapacité de payer l'amende. L'Autriche a elle aussi renforcé les sanctions contre les bénéficiaires de l'assurance-chômage qui travaillent de façon illicite ou refusent les offres d'emploi.

201. En Nouvelle-Zélande, le critère de recherche effective d'emploi qui s'appliquait aux chômeurs a été étendu aux bénéficiaires de pensions de réversion et de prestations familiales (parents isolés) ; aux Etats-Unis, ce critère a été sensiblement renforcé pour les parents isolés qui demandent une aide fédérale, et les dérogations sont rares.

*Réformes globales*

202. Si la plupart des pays ont apporté des réformes sélectives ou limitées à leur système d'indemnisation du chômage, le Canada a procédé à une révision générale de son dispositif d'assurance chômage en introduisant, en juillet 1996, la prestation d'assurance emploi. Cette réforme a comporté un abaissement du plafond de la rémunération ouvrant droit à indemnisation, une reprise partielle par l'impôt des prestations versées aux revenus élevés, une amélioration de la couverture des travailleurs à temps partiel, une augmentation du nombre de semaines de travail (26 au lieu de 20 auparavant) requises des nouveaux venus sur le marché du travail pour être admis au bénéfice des prestations, un allongement de la période prise en compte pour déterminer le montant de la rémunération entrant dans le calcul des prestations, une réduction du taux de compensation pour les personnes au chômage pendant plus de 20 semaines au cours des 5 années écoulées, un abaissement de la durée maximum des prestations de 50 à 45 semaines (avec, en contrepartie, une augmentation de la durée de l'aide sociale) et la mise en place d'une nouvelle prestation venant s'ajouter à la prestation de base pour les familles avec enfants, qui sera versée à un taux progressif jusqu'à l'an 2000 pour atteindre en moyenne 800 dollars canadiens par an environ.

**Autres formes de prestations sociales**

203. L'Etude de l'OCDE sur l'emploi a évalué dans quelle mesure d'autres prestations hors emploi se substituent aux allocations de chômage pour de nombreuses personnes sans travail, qui risquent fort de perdre durablement tout lien avec le marché du travail et de ne plus être en mesure de retrouver un emploi quand les perspectives deviendront plus favorables. Ces prestations peuvent faire baisser les taux d'emploi, en particulier pour les travailleurs plus âgés.

*Pensions d'invalidité*

204. Les pays de l'OCDE assurent une protection sociale aux personnes qui sont durablement ou définitivement dans l'incapacité de travailler. Ces prestations ont pour objet d'assurer un revenu aux personnes qui ne peuvent pas gagner suffisamment leur vie sur le marché du travail en raison d'un handicap particulièrement grave. Toutefois, ces dix dernières années, de nombreux pays de l'OCDE se sont inquiétés de l'explosion du nombre de personnes touchant une pension d'invalidité et des dépenses de ces régimes. En 1990, les titulaires d'une pension d'invalidité étaient plus nombreux que les bénéficiaires d'allocations de chômage ou de programmes du marché du travail dans 12 des 23 pays pour lesquels des données étaient à l'époque disponibles (OCDE, 1997a.).

205. Un certain nombre de pays ont souligné, dans leurs réponses au questionnaire, que le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité avait augmenté depuis quelques années :

- en Hongrie, le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité permanente a doublé entre 1990 et 1996 ;
- en Suède, après des chiffres en hausse dans les années 80, un ralentissement a été observé au début des années 90, puis la tendance s'est à nouveau inversée à partir de 1994 (en partie, à la suite d'un changement de la politique concernant l'allocation de réadaptation) ;



- au Royaume-Uni, le nombre de personnes bénéficiant d'une pension d'invalidité (ou équivalent) est passé de 570.000 en 1980/81 à 1.809.000 en 1994/95 ;
- au Luxembourg, le nombre de pensions d'invalidité accordées ces dix dernières années est à lui seul plus élevé que l'ensemble des pensions de vieillesse et de retraite anticipée, et l'âge moyen des personnes remplissant les conditions requises pour avoir droit à une pension d'invalidité a chuté.

206. Il est difficile de dresser un bilan global pour tous les pays de l'OCDE car certains pays, comme le Japon et la Corée, ne recueillent pas de données sur le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité qui n'ont pas atteint l'âge de la retraite. Il y a même des pays, comme la République slovaque, qui font état d'une diminution du nombre de bénéficiaires depuis quelques années.

207. Les pays de l'OCDE ont, pour une large part, adopté deux méthodes pour faire face à l'augmentation du nombre des titulaires de pensions d'invalidité. Premièrement, ils se sont penchés sur les critères à remplir pour l'ouverture des droits, et, dans bien des cas, ces critères ont été sensiblement durcis. Deuxièmement, des programmes ont été mis en place pour accroître le taux d'emploi des personnes handicapées afin qu'elles puissent davantage compter sur leurs propres ressources pour subvenir à leurs besoins et moins sur celles de la protection sociale. On trouvera ci-après des exemples de la façon dont des pays de l'OCDE ont mis en pratique ces deux méthodes.

#### **Tableau 5.4 : Evolution récente des pensions d'invalidité dans certains pays de l'OCDE**

208. Comme l'indique ce tableau, certains pays n'ont pas seulement freiné l'augmentation du nombre de titulaires d'une pension d'invalidité, ils l'ont même diminué, tandis que d'autres pays comme l'Australie, le Royaume-Uni et plus récemment la Norvège, qui ont aussi entrepris des réformes dans ce domaine n'en continuent pas moins d'enregistrer une augmentation du nombre de bénéficiaires.

#### *Changements intervenus dans le domaine des pensions d'invalidité*

209. De nombreux pays ont modifié les conditions requises percevoir une pension d'invalidité de manière à n'assurer cette prestation qu'aux personnes souffrant de handicaps importants qui les empêchent d'accéder au marché du travail.

210. La Norvège a durci ses critères en 1990 et 1991, en réinstaurant l'incapacité médicale comme critère essentiel pour les demandeurs âgés, en remplaçant la disponibilité pour un "emploi approprié" par la disponibilité pour une activité quelconque en renforçant les règles relatives à la mobilité géographique et professionnelle (notamment l'obligation de suivre une formation professionnelle) et en exigeant que la capacité de travailler ne puisse être réduite que pour des motifs médicaux. En 1991, l'Australie a durci les critères médicaux à remplir pour avoir droit à une pension d'invalidité, en établissant un nouveau tableau des handicaps, qu'elle s'efforce encore de modifier. Elle a également commencé à imposer un examen médical aux personnes déjà titulaires d'une pension avant 1991, et à qui l'on avait dit qu'elles ne seraient pas touchées par la nouvelle réglementation plus sévère. Le Canada a modifié ses conditions d'attribution en accordant plus de poids aux facteurs médicaux et moins aux facteurs socio-économiques, et a mis en place un nouveau dispositif de contrôle. Le Royaume-Uni a introduit en avril 1995 de nouveaux critères de vérification de l'aptitude au travail en déterminant l'incidence d'une affection pour toute une gamme d'activités professionnelles. En République slovaque, qui fait état d'une diminution du nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité, l'accent est mis sur un examen très strict de l'affection du demandeur, et sur le suivi continu de l'état de santé et des gains des bénéficiaires. De même, au Portugal,

les conditions à remplir pour prétendre à des indemnités de maladie et d'invalidité sont plus strictement contrôlées, principalement par des examens médicaux plus rigoureux, ce qui a contribué à réduire le nombre de bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de la retraite.

211. L'expérience de l'Italie montre qu'il est possible de réduire le nombre de titulaires d'une pension d'invalidité même si la situation du marché du travail demeure difficile. Entre 1984 et 1994, la proportion de bénéficiaires d'une pension d'invalidité par rapport au nombre de titulaires d'une pension de retraite a été réduite de moitié et les nouvelles demandes sont en diminution. Les contrôles systématiques effectués auprès des bénéficiaires ont conduit bon nombre d'entre eux à renoncer aux prestations, les pouvoirs publics ont procédé à une évaluation plus stricte du niveau de handicap pour déterminer les droits à pension, les bénéficiaires de prestations sont également tenus de produire périodiquement une déclaration de revenus et de déclarer les traitements hospitaliers récents et les civils qui perçoivent une pension doivent être inscrits sur des listes spéciales de placement. Un autre aspect caractérisé de la situation italienne : contrairement à de nombreux autres pays, les allocations d'invalidité sont relativement peu élevées et les plafonds de revenus très bas, si bien qu'une personne ayant des revenus déclarés n'a généralement pas droit à ces prestations. Un problème persiste, celui de l'allocation pour tierce personne. Cette allocation, qui représente pour les personnes lourdement handicapées un avantage relativement généreux et non soumis à condition de ressources, a vu croître fortement depuis 10 ans le nombre de ses titulaires âgés et fait actuellement l'objet d'un débat et de propositions de réforme.

212. Le Canada fait état lui aussi d'une diminution du nombre de pensions d'invalidité depuis qu'il a pris une série de mesures incluant la modification des critères de versement et de nouvelles incitations au travail pour les personnes handicapées. Une diminution du nombre de pensions d'invalidité a également été enregistrée aux Pays-Bas depuis les réformes entreprises en 1993.

213. Malgré la relative générosité parfois des pensions d'invalidité par rapport à d'autres prestations sociales, d'une façon générale les pays, soucieux de protéger les personnes qui risquent de dépendre longtemps d'une pension d'invalidité parce qu'elles ne peuvent réellement pas espérer accéder au marché du travail, n'ont pas pris de mesures visant à réduire les taux de ces pensions. La Grèce fait exception : les personnes présentant un handicap limité (entre 67 et 80 pour cent définis par des critères médicaux) ne perçoivent plus depuis 1990 que 75 pour cent de la pension normale. Ceci, ajouté au fait que les contrôles sont plus strictes, a modifié les incitations à demander une pension d'invalidité, ce qui a ramené la proportion de ce groupe dans l'ensemble des nouveaux bénéficiaires de pensions d'invalidité de plus de 30 pour cent en 1990 à 10-12 pour cent aujourd'hui. Le seul autre exemple de modification du taux de ces pensions est le Mexique, où l'amélioration de la protection des personnes handicapées s'est traduite par une augmentation du volume des versements faits à ce titre.

#### *Programmes d'insertion professionnelle des personnes handicapées*

214. De nombreux pays de l'OCDE reconnaissent la contribution que beaucoup de personnes handicapées peuvent apporter à la production de biens et de services et les effets positifs que l'ensemble de la collectivité peut tirer d'une meilleure intégration des handicapés aux activités de la vie quotidienne. Certains handicapés peuvent aussi avoir besoin de compléter leurs prestations sociales par d'autres revenus pour sortir de la pauvreté ou améliorer leur niveau de vie. Cependant, leurs perspectives d'emploi sont extrêmement variables, certaines personnes pouvant trouver sans grande difficulté du travail sur le marché alors que d'autres auront besoin d'une assistance considérable pour améliorer leurs chances de trouver un emploi, et que d'autres encore ne pourront espérer trouver un emploi durable que dans un cadre très restreint.

215. Dans les pays nordiques (Suède et Norvège, notamment) les pouvoirs publics privilégient l'accès des handicapés aux programmes actifs du marché du travail, y compris une éducation et une formation professionnelle adaptées à leurs besoins, ainsi que les mesures visant à favoriser leur insertion professionnelle en milieu non protégé. La politique menée par la Norvège consistant à charger le service public de l'emploi de s'occuper des handicapés a donné de bons résultats. La Grèce subventionne l'embauche de handicapés et l'aménagement nécessaires des postes de travail. Les personnes handicapées sont également prioritaires pour la formation professionnelle. La réadaptation est un aspect essentiel des mesures en faveur des handicapés ; la Finlande relève d'un tiers la prestation servie aux personnes qui entreprennent une réadaptation.

216. Le Japon a mis en place toute une série de mesures pour accroître le taux d'emploi des personnes handicapées. Les employeurs qui recrutent des handicapés ayant eu du mal à trouver un emploi bénéficient de subventions salariales pendant un an ; celles-ci sont majorées dans le cas des petites ou moyennes entreprises et si la personne embauchée souffre d'un handicap sévère. Ces subventions ont en outre été relevées en février 1994 en raison de la détérioration de la situation du marché du travail dans ce pays. Les employeurs peuvent aussi bénéficier de subventions s'ils recrutent à temps complet des personnes remises de troubles mentaux ; ces subventions seront étendues aux salariés à temps partiel à compter d'avril 1998. Le système de quotas d'emploi de handicapés, actuellement en vigueur dans les administrations nationales et locales et dans les entreprises en général, sera étendu à partir de juillet 1998 aux handicapés mentaux.

217. Comme pour les allocations de chômage, les incitations financières du régime des pensions d'invalidité ont été modifiées dans un certain nombre de pays afin d'encourager le retour à l'emploi. La part du salaire à temps partiel cumulable avec les prestations est plus importante (Nouvelle-Zélande), il est possible de continuer à percevoir les allocations pendant un certain temps après l'embauche (Canada, Etats-Unis) ou au moins de conserver une partie des avantages sociaux (Australie). Dans ce dernier pays, la réouverture des droits à prestations est aussi plus facile si l'intéressé se retrouve sans emploi dans un délai de deux ans.

#### *Prestations d'assurance-maladie pour les personnes en incapacité de travail temporaire*

218. En dehors des pensions d'invalidité, les régimes de sécurité sociale des pays de l'OCDE assurent généralement des indemnités maladie aux personnes se trouvant provisoirement dans l'incapacité de travailler. En même temps que certains pays enregistraient une augmentation du nombre de pensions d'invalidité, un certain nombre connaissaient aussi une progression des indemnités maladie (Japon, Nouvelle-Zélande, Danemark, Australie, Autriche, Espagne et Royaume-Uni). D'autres en revanche constataient une diminution du nombre de ces indemnités (Italie, Pays-Bas, Hongrie, Allemagne et Portugal, par exemple).

219. De même qu'un certain nombre de pays ont réformé leurs systèmes de pensions d'invalidité, beaucoup ont modifié le régime des prestations d'assurance maladie.

#### **Tableau 5.5 : Evolution récente des prestations d'assurance-maladie dans certains pays de l'OCDE**

220. Les informations fournies par l'Italie montrent une diminution du nombre d'indemnités maladie versées dans ce pays en 1995, qui serait due à plusieurs facteurs : la précarité de l'emploi, qui incite les travailleurs à ne s'absenter qu'en cas de nécessité absolue, la baisse du nombre de personnes qui travaillent, la diminution de l'âge moyen des salariés et l'existence de toute une série de contrôles dans le secteur de l'agriculture. S'agissant des salariés du secteur public, le taux des indemnités journalières a été

réduit d'un tiers pour la première journée d'absence, mais l'on revient actuellement à la situation antérieure avec le rétablissement du paiement intégral dès le premier jour. Quand les congés de maladie sont inférieurs à deux semaines, les salariés ne perçoivent que leur salaire de base, sans aucune prime ou rémunération supplémentaire. L'Allemagne et la Suède observent aussi que la situation plus difficile du marché du travail contribue à diminuer les recours aux prestations d'assurance-maladie, indépendamment des changements intervenus dans les dispositifs en place.

221. Une des réformes les plus répandues a consisté à imputer à l'employeur une plus grande partie du coût des congés de maladie de courte durée et à diminuer la part prise en charge par les régimes publics. L'employeur peut avoir à prendre en charge la totalité du coût des congés de maladie de brève durée, laquelle a été allongée dans certains cas :

- en Autriche, dans les années 80, la durée de la prise en charge par l'employeur a été portée de une à deux semaines ;
- aux Pays-Bas, l'employeur doit prendre en charge les six premières semaines de congé maladie depuis 1994 et en 1996, cette mesure a été étendue aux 52 premières semaines ;
- en Allemagne, l'employeur est tenu depuis un certain temps de prendre en charge la période initiale de maladie, mais il est tenu d'assurer l'égalité de traitement à tous les salariés et l'obligation légale concernant le niveau des indemnités a été ramenée de 100 pour cent du salaire à 80 pour cent depuis octobre 1996 ;
- en Belgique, l'employeur prend en charge les trente premiers jours de congé maladie ;
- en Suède, la prise en charge par l'employeur a été portée de 15 à 28 jours en janvier 1997, mais ramenée à 15 jours en avril 1998 ;
- au Royaume-Uni, la durée de la prise en charge par l'employeur est passée de 8 à 28 semaines en 1986 mais une grande partie de ces frais lui était encore remboursée. En 1991, le remboursement a été ramené de 100 à 80 pour cent, puis à zéro en 1994.

222. Au début des années 90, l'Irlande a elle aussi étudié la possibilité d'imputer à l'employeur la prise en charge initiale des prestations d'assurance-maladie, mais cette proposition n'a pas été suivie d'effet, car un certain nombre de difficultés sont apparues dans ce pays.

223. La Suède a ramené les indemnités journalières de 90 pour cent à 75 pour cent des gains antérieurs, pour les relever à 80 pour cent en janvier 1998. Au Royaume-Uni, la part des prestations d'assurance-maladie liée aux gains a été supprimée en 1980. L'Irlande a elle aussi réduit progressivement une prime liée au salaire qui complétait l'indemnité maladie et l'a supprimée en 1994. L'Italie et la Finlande ont elles aussi réduit le montant des prestations pour les rendre moins intéressantes et pour maîtriser les dépenses. En revanche, la Hongrie a relevé le montant des prestations tout en prenant des mesures pour renforcer les contrôles, et elle a enregistré récemment une baisse du coût des indemnités maladie.

224. Les mesures prises par la Finlande en 1990/91 ont privilégié la réadaptation en vue de réduire les dépenses liées aux indemnités maladie. Les réformes mises en place en Australie en 1991 ont elles aussi privilégié la réadaptation et ont fixé à un an la durée maximum de versement des indemnités de maladie financées par des régimes publics. La Suède applique une politique de l'emploi qui comporte la

réadaptation des handicapés parmi les mesures actives, et l'Autriche a elle aussi développé des formules de ce type.

225. Un certain nombre d'autres pays n'ont pas modifié les droits à prestations proprement dits, mais se sont efforcés d'appliquer les règles avec plus de rigueur et, dans certains cas, ont modifié les critères médicaux en s'inspirant des changements apportés au système des pensions d'invalidité. Certains de ces changements sont récents et il est vraisemblablement trop tôt pour juger de leur efficacité :

- la Hongrie a créé un corps de médecins contrôleurs chargés d'examiner les conditions d'ouverture des droits, de repérer les congés injustifiés et d'orienter les patients vers un traitement approprié ;
- la Belgique impose aux bénéficiaires d'une garantie de revenu des examens médicaux pratiqués soit par un service habilité, soit par un médecin conseil de la caisse d'assurance-maladie ;
- l'Autriche a renforcé le contrôle des travailleurs en congé de maladie ;
- la Nouvelle-Zélande a renforcé les contrôles en 1995/96 ; des informations plus détaillées sur la nature de l'affection sont exigées, les examens médicaux sont plus rapprochés et il est désormais nécessaire d'obtenir un deuxième avis en cas de longue maladie ;
- aux Pays-Bas, les entreprises sont tenues de s'affilier aux *services ARBO* qui contrôlent les congés de maladie et donnent aux entreprises des avis et des recommandations ;
- au Danemark, le traitement plus rapide -- dans les huit premières semaines -- des dossiers d'indemnisation maladie est désormais une priorité ; elle incombe aux autorités locales qui en outre prennent en charge la moitié du coût des prestations ;
- la Suède a pris en octobre 1997 des réglementations visant à accroître les pouvoirs de contrôle des caisses d'assurance sociale ;
- l'Espagne a pris en juin 1997 une série de mesures, instaurant notamment de nouveaux rapports médicaux en cas d'arrêt de travail, de prolongation et de fin d'arrêt de travail, et des rapports médicaux tous les quatre mois en cas d'incapacité de travail temporaire. Les travailleurs sont convoqués pour des examens médicaux par l'organisme qui gère les prestations ou la Mutua, et il est impératif de produire un rapport médical spécial pour obtenir le versement des prestations au-delà de 12 mois. Les organismes chargés de la gestion des prestations sont habilités à contrôler les dispositifs en place.

### ***Le passage de la vie active à la retraite - nombre croissant des retraites anticipées***

226. Pas plus tard que dans les années 70 et 80, de nombreux pays Membres mettaient en place des politiques visant à encourager les travailleurs âgés à quitter le marché du travail pour soi-disant libérer des emplois pour des jeunes au chômage. Cette stratégie a été sérieusement remise en cause ces dernières années car, en règle générale, elle ne s'est pas traduite par de nouvelles embauches. De plus, on s'inquiète aujourd'hui du grand nombre de personnes âgées qui dépendent durablement d'un système de garantie de revenus. L'augmentation de l'espérance de vie amène à revoir les anciennes conceptions de la retraite et l'âge auquel les personnes en bonne santé devraient réduire leur activité professionnelle.

227. La perception par de nombreuses personnes âgées de cette garantie de ressources, de pensions d'invalidité et d'indemnités maladie, a contribué avec d'autres facteurs à la cessation massive d'activité des travailleurs d'un certain âge dans de nombreux pays de l'OCDE. Comme on le verra dans le prochain chapitre, et comme indiqué sous forme récapitulative dans le tableau 6.10, de nombreux pays ont modifié leurs dispositifs de retraite anticipée. Le plus souvent, des mesures ont été prises pour les supprimer ou en réduire l'intérêt financier. Dans certains cas, l'âge auquel il est possible de faire valoir ses droits à une retraite anticipée a été repoussé, tout comme a été reculé l'âge légal de départ en retraite. Souvent, le critère des antécédents professionnels a été révisé de telle sorte que seules les personnes ayant près de 60 ans et une longue vie professionnelle peuvent prendre une retraite anticipée.

### **Mesures destinées à favoriser l'activité**

228. La tendance générale des pays de l'OCDE concernant les personnes d'âge actif qui perçoivent des prestations sociales est de considérer qu'il vaut mieux qu'elles travaillent et subviennent à leurs besoins que de dépendre de l'aide publique. Ces dernières années, de nombreux pays de l'OCDE ont modifié leurs dispositifs d'indemnisation du chômage et de protection sociale afin d'encourager et aussi de faciliter la réintégration de ces personnes dans le marché du travail. Comme on l'a vu plus haut, certains pays ont pour cela imposé aux bénéficiaires des obligations plus strictes et ont modifié le système des prestations de manière à les inciter à exercer une activité.

229. De nombreux pays ont poursuivi une politique de mesures actives du marché du travail, à l'intention des personnes en situation particulièrement difficile vis-à-vis de l'emploi, d'interventions spécifiques pour faciliter le passage des jeunes de l'école à la vie active, de mesures spéciales en faveur des chômeurs d'un certain âge, et d'incitations financières pour encourager les chômeurs à accepter des emplois faiblement rémunérés.

### ***Développement des politiques actives du marché du travail***

230. La politique sociale des pays de l'OCDE se caractérise surtout par l'effort considérable fourni pour réintégrer dans la vie active les bénéficiaires de prestations sociales. Presque tous les pays qui ont répondu au questionnaire établi dans le cadre de l'Initiative pour un monde solidaire ont donné des exemples de mesures visant à faciliter le passage de la garantie de ressources à l'emploi ; comme le montre le tableau récapitulatif ci-dessous, il s'agit généralement de programmes complexes qui proposent toute une série de formules aux bénéficiaires, correspondant aux difficultés que certains peuvent rencontrer pour réintégrer le monde du travail et à la diversité de leurs besoins.

231. Parmi les mesures les plus courantes prises pour faciliter la réinsertion professionnelle, on peut citer :

- les subventions salariales ou les réductions de cotisations de sécurité sociale pour les employeurs qui recrutent des demandeurs d'emploi présentant les conditions voulues ;
- les programmes d'enseignement ou de formation qui vont de l'alphabétisation intensive ou des cours de rattrapage à la formation professionnelle qualifiante dans des domaines utiles pour l'économie, et à des formations conduisant à des diplômes post-secondaires ;
- l'initiation pratique au travail dans le secteur public, bénévole ou associatif, éventuellement en rapport avec d'autres objectifs d'intérêt général ou local, comme la réalisation

d'équipements collectifs, la restauration de monuments historiques ou la construction de logements ;

- l'aide financière à la création d'entreprises afin de permettre aux intéressés de subvenir à leurs besoins par leur initiative propre ;
- dans certains cas, l'aide à la recherche d'un emploi sous forme, par exemple, de services permettant de repérer les emplois et d'apprécier les compétences et aptitudes de chacun aux débouchés disponibles, et d'une aide financière pour faire face aux dépenses qu'entraînent la recherche d'un emploi et un déménagement si la démarche a été fructueuse.

#### **Tableau 5.6 : Evolution des mesures visant le marché du travail**

232. Un certain nombre de pays ont pris des mesures spécifiques qui s'ajoutent aux stratégies plus générales visant à modifier la durée du travail. Ainsi, le Conseil d'Etat de la Finlande encourage les municipalités à expérimenter la réduction de la durée du travail dans le but de faire embaucher des chômeurs sur le temps de travail ainsi dégagé. Ces expériences sont menées dans 20 municipalités ; de plus, les salariés ont la possibilité de toucher provisoirement une prime s'ils passent au temps partiel et partagent leur poste avec un ancien chômeur. En juin 1994, le gouvernement allemand a lancé une offensive en vue de développer le travail à temps partiel dans l'ensemble de la population et a amélioré à cette occasion le statut des travailleurs concernés. Cette stratégie s'est accompagnée d'une aide aux entreprises disposées à embaucher un chômeur sur un poste à temps complet auquel un travailleur plus âgé avait renoncé pour un poste à temps partiel.

233. Les programmes actifs du marché du travail ne concernent généralement pas l'ensemble de la population d'âge actif indemnisée ; mais ils sont plus souvent ciblés. Ils peuvent viser, par exemple, les chômeurs de longue durée, les bénéficiaires d'une aide sociale (en particulier si elles sont associées à des initiatives d'insertion avec un revenu minimum), les parents isolés et les handicapés. Les personnes en grand danger d'exclusion peuvent bénéficier d'une aide sociale et d'une aide à l'emploi particulièrement poussées.

234. Si bon nombre de pays de l'OCDE ont mis en place beaucoup de programmes actifs du marché du travail en faveur des demandeurs d'emplois défavorisés, ils n'ont pas la même envergure d'un pays à l'autre. Ainsi, la Corée a financé 3.400 stages de formation et consenti 5.000 prêts à de petites entreprises familiales en 1995. En revanche, le Mexique a créé 673.000 emplois temporaires pour des chômeurs en zone rurale en plus des 254.000 bourses de formation qui ont été attribuées pour que les personnes au chômage améliorent leurs qualifications. Le Canada compte réinvestir 800 millions de dollars canadiens provenant du fonds d'assurance-chômage constitué depuis la mise en place du nouveau régime *d'assurance-emploi* pour renforcer les mesures actives pour l'emploi.

#### ***Mesures spécifiques pour les chômeurs jeunes et âgés***

235. Les mesures visant à faciliter pour les jeunes le passage de l'école à la vie active et pour les chômeurs âgés le retour à l'emploi sont beaucoup moins répandues que les programmes actifs du marché du travail tournés vers le plus grand nombre dans les pays de l'OCDE.

#### **Tableau 5.7 : Mesures spéciales en faveur des demandeurs d'emploi jeunes et âgés**

236. Lorsque que des mesures spéciales d'aide à l'emploi ont été prises pour les jeunes dans les pays de l'OCDE, elles ont généralement été axées sur l'enseignement et la formation professionnelle. On peut citer notamment les mesures visant à améliorer la qualité de la formation professionnelle en Australie, l'aide plus poussée fournie aux jeunes sans qualifications au Danemark et en Italie. L'Allemagne a souligné l'importance pour les perspectives d'emploi des jeunes d'une formation professionnelle intensive menée jusqu'au bout ; dans la partie occidentale du pays, 80 pour cent des jeunes ayant achevé une formation en 1995 ont immédiatement trouvé un emploi, et dans la partie orientale 67 pour cent.

237. Ces dernières années, quelques pays de l'OCDE ont modifié leur régime de protection sociale afin de limiter la possibilité pour les jeunes de percevoir des allocations pour rechercher un emploi. En revanche, ils ont été encouragés à poursuivre leurs études ou leur formation. L'Australie va introduire une *allocation jeunes (Youth Allowance)* conçue pour encourager les jeunes à poursuivre leurs études et leur formation professionnelle aussi longtemps qu'ils en sont capables, et supprimer l'essentiel de l'intérêt financier à court terme d'une allocation de chômage.

238. D'autres programmes du marché du travail sont souvent axés sur les jeunes qui sont encore à la recherche de leur premier emploi stable (Autriche, Canada et Allemagne, par exemple). Un certain nombre de mesures visent à améliorer directement les perspectives d'emploi des jeunes. L'Allemagne a facilité l'embauche des jeunes chômeurs pour des emplois temporaires, et l'Italie a assoupli les contrats de travail pour les entreprises qui recrutent des jeunes au chômage. La Grèce propose des mesures d'incitation spéciales aux entreprises qui embauchent des jeunes et le Portugal propose une réduction des cotisations de sécurité sociale.

239. Le Canada possède toute une panoplie de stages d'initiation à la vie professionnelle, en particulier le programme *Jeunes stagiaires Canada* qui propose essentiellement des stages dans le secteur public, *Service jeunesse Canada* qui permet de participer à des projets dans des services communautaires, et le programme *Objectif emplois d'été pour étudiants* qui permet d'acquérir des expériences professionnelles courtes et beaucoup plus diversifiées dans le secteur public, privé ou associatif.

240. Si ces mesures en faveur des jeunes au chômage ne sont pas très répandues dans la plupart des pays de l'OCDE, elles n'en demeurent pas moins importantes dans certains d'entre eux. Ainsi, en Autriche, environ 20 pour cent des dépenses totales consacrées aux mesures actives le sont en faveur des jeunes au chômage et qui sortent de l'école. De même, le Royaume-Uni a annoncé récemment son intention d'en faire plus dans ce domaine avec le programme *New Deal* dont l'objet est d'offrir plus de débouchés aux jeunes âgés de 18 à 24 ans qui sont au chômage depuis au moins six mois. Le programme *New Deal* comportera des subventions salariales, des travaux dans le secteur associatif et des stages d'au moins six mois auprès de l'Environment Task Force et, pour les jeunes ayant un niveau d'instruction ou de formation limité, la possibilité de suivre des études ou une formation à temps complet pendant 12 mois au maximum.

241. Les mesures actives en faveur des chômeurs âgés sont encore beaucoup moins répandues dans les pays de l'OCDE que les mesures spécifiques en faveur des jeunes sans emploi. Néanmoins, le programme de prévention et de lutte contre les exclusions que vient d'annoncer le gouvernement français en mars 1998 comprend à la fois des mesures destinées aux jeunes défavorisés et à d'autres pour les chômeurs de plus de 50 ans.

242. Le Canada a mis en place en 1994 un programme pilote prévu sur cinq ans pour les travailleurs de plus de 50 ans dont l'emploi a été supprimé ; ce programme a pour objet de tester des mesures destinées à les maintenir en activité dans le cadre des projets communautaires. Ils perçoivent une indemnité annuelle en contrepartie d'au moins six mois de travail dans l'année. La Finlande expérimente également



des mesures visant à améliorer la situation des travailleurs âgés au regard de l'emploi ; ces mesures vont de l'information sur le marché du travail à des formations dans différents domaines. Le Conseil d'Etat a décidé que ce programme s'étendrait dans un premier temps de 1997 à 2001.

243. En Grèce, les programmes du marché du travail ont été conçus de manière à favoriser le recrutement des travailleurs âgés par rapport à celui d'autres chômeurs. Le gouvernement néerlandais encourage financièrement les entreprises qui forment des salariés de plus de 40 ans, et a pris des mesures pour lutter contre les discriminations indues fondées sur l'âge dans l'emploi (y compris au niveau du recrutement).

### ***La valorisation du travail par les prestations liées à l'exercice d'un emploi***

244. Les prestations subordonnées à l'exercice d'un emploi peuvent être un moyen efficace d'améliorer le niveau de vie des travailleurs à bas salaire et d'inciter financièrement les chômeurs à accepter ce type d'emplois. Ces prestations peuvent revêtir des formes diverses telles que crédit d'impôt ou allocations. Elles peuvent n'être servies qu'aux travailleurs à bas salaire ou à ces derniers et aux autres personnes ayant un faible revenu.

245. Les crédits d'impôts et allocations exclusivement destinés aux travailleurs à bas salaire sont pratiqués au Canada, en Irlande, en Italie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis sous diverses formes (OCDE, 1997b). Par définition, ces prestations ne sont servies qu'à des personnes qui travaillent (dans certains cas, un nombre minimum d'heures de travail est requis), et en règle générale, elles sont réservées aux familles ayant des enfants à charge (pour lesquelles le taux de compensation est généralement supérieur à celui des célibataires). Elles sont servies par le biais du système d'imposition, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux Etats-Unis, et par le biais du système de prestations en Irlande et au Royaume-Uni (dans ce dernier cas, elles seront remplacées à partir d'octobre 1999 par un crédit d'impôt plus important.) L'Italie accorde à la fois des allocations et des crédits d'impôt aux travailleurs à bas salaire. Ces prestations liées à l'exercice d'un emploi sont réservées aux bas revenus et leur montant diminue à mesure que le revenu s'élève au-dessus d'un certain seuil.

### **Tableau 5.8 : Prestations liées à l'exercice d'un emploi**

246. En 1984, l'Irlande a mis en place le Family Income Supplement (*supplément familial de revenu*) pour inciter les travailleurs à bas salaire ayant une famille à conserver leur emploi. Les bénéficiaires de cette prestation ont été moins nombreux que prévu avec seulement 7.221 familles en mai 1993. Les critères d'admission au bénéfice de cette prestation ont été assouplis depuis la mise en place du programme : le nombre d'heures de travail requis est passé de 30 heures hebdomadaires à 38 heures par quinzaine, ce qui a permis aux travailleurs partageant un poste de bénéficiaire du dispositif, la période d'emploi requise a été ramenée de six mois à trois mois et les plafonds de revenus ont été régulièrement relevés. Ces modifications, associées à une nouvelle campagne lancée en 1993 qui met l'accent sur l'incitation à l'emploi, ont permis d'accroître le nombre de bénéficiaires, qui s'est élevé à 11.847 familles en 1996.

247. Le Canada a modifié en juillet 1997 le *Supplément au revenu gagné*, qui est la partie de la *prestation fiscale pour enfants*, qui s'adresse aux familles à bas salaire. Le montant annuel maximum de cette prestation a été porté de 500 dollars canadiens pour une famille réunissant les conditions requises à un montant plus élevé, calculé en fonction du nombre d'enfants, à savoir 605 dollars canadiens pour le premier enfant, 405 dollars pour le second enfant et 330 dollars par enfant à partir du troisième. Le plafond de revenu fixé pour le versement maximum et les barèmes de dégressivité n'ont pas été modifiés.

248. Le budget 1998 du Royaume-Uni annonce une modification importante des prestations liées à l'exercice d'un emploi, à savoir le remplacement de l'allocation existante, le *Family Credit*, par une mesure fiscale plus généreuse, le *Working Families Tax Credit (WFTC)*, à compter d'octobre 1999. Les familles à bas revenu où le principal apporteur de revenu travaille plus de 16 heures par semaine auront droit à un crédit d'impôt de base de 48.80 livres par semaine, auquel s'ajoutera un crédit d'impôt supplémentaire pour chaque enfant (de 14.85 livres pour un enfant de 0 à 11 ans, 20.45 pour un enfant de 11 à 16 ans et 25.40 pour un enfant de 16 à 18 ans) et un crédit supplémentaire de 10.80 livres si l'adulte travaille 30 heures ou davantage. Le WFTC est réduit de 55 pour cent par livre de gain net excédant un revenu familial net de 90 livres par semaine (WFTC non compris). Un crédit d'impôt supplémentaire pour garde d'enfant pourra aussi être accordé aux familles qui ont droit au WFTC, à hauteur de 70 pour cent des frais admissibles de garde d'enfant jusqu'à un certain plafond ; ce crédit d'impôt remplace l'abattement précédent, moins avantageux, au titre du *Family Credit*.

249. D'autres types de prestations liées à l'exercice d'un emploi sont versées aux personnes qui, à un moment donné, touchaient des prestations sociales et qui depuis, ont trouvé un emploi. Ainsi, en Irlande, il existe une *allocation de retour à l'emploi* (Back to Work Allowance) pour les chômeurs de longue durée adultes et les parents isolés ; cette allocation, dégressive sur trois ans, est versée régulièrement dès lors que l'intéressé exerce une activité indépendante ou un nouvel emploi. Au Japon, une *indemnité de réinsertion* est versée aux bénéficiaires d'une assurance-chômage qui trouvent un emploi mais n'ont pas encore épuisé leurs droits à prestations ; cette mesure a été récemment améliorée puisque jusqu'au 31 mars 1998, une prime supplémentaire est versée aux personnes qui trouvent un emploi avant d'avoir utilisé la moitié de leurs droits à prestations. Au Luxembourg, si la rémunération est inférieure au *Revenu Minimum Garanti (RMG)*, l'Etat verse le complément. Le programme de lutte contre l'exclusion annoncé en France en mars 1998 comprend une nouvelle mesure permettant aux bénéficiaires du RMI, de l'ASS et de l'API de continuer à percevoir une part de leurs allocations pendant 12 mois lorsqu'ils trouvent un emploi dont la rémunération est inférieure au salaire minimum. L'incitation financière sera structurée de la façon suivante : pendant les trois premiers mois de travail, ils percevront en plus de leur salaire leurs allocations à taux plein, pendant les six mois suivants à 50 pour cent et pendant les trois mois suivants à 25 pour cent.

250. D'autres prestations subordonnées à l'exercice d'un emploi permettent désormais aux bas salaires de toucher les mêmes aides que les bénéficiaires de prestations sociales. On peut citer le *Family Payment (allocation familiale)* et la *Rent Assistance (indemnité de logement)* pour les familles ayant des enfants à charge en Australie, et le *Housing Benefit (allocation logement)*, le *Council Tax Benefit* et la *Disability Working Allowance (allocation pour travailleurs handicapés)* au Royaume-Uni.

251. Un certain nombre de pays sont en train d'expérimenter diverses prestations de ce type. Ainsi, le Canada applique depuis 1992 un programme pilote de complément de revenu versé pendant trois ans aux parents isolés dépendant de l'aide sociale depuis longtemps et qui trouvent un emploi rémunéré à temps complet. Les premiers résultats semblent encourageants et ce programme pilote est financé jusqu'en 2000-2001.

252. Le Royaume-Uni expérimente également un programme intitulé *Earnings Top-Up* qui s'apparente au Crédit familial mais qui s'adresse aux personnes sans enfant, exerçant un emploi faiblement rémunéré au moins 16 heures par semaine. Ce programme pilote fonctionne dans huit régions du Royaume-Uni depuis octobre 1996 : dans le nord-est, le Yorkshire, le Pays de Galles, l'Essex, la Côte sud et l'Ecosse. Deux programmes différents sont expérimentés selon les régions : le programme A sert une prestation maximale de 23.35 livres par semaine aux célibataires de moins de 25 ans, 28.75 livres par semaine aux célibataires âgés de 25 ans et plus et 47.65 livres pour un couple. Les plafonds de revenus servant au calcul du montant maximum des prestations dans ces trois groupes sont progressivement revalorisés et s'élèvent aujourd'hui respectivement à 49.45 , 59.70 et 77.15 livres. Le programme B est

plus généreux car il prévoit un montant maximum plus élevé pour les couples (57.50 livres) et le même plafond de revenus pour les trois groupes, à savoir 77.15 livres. Le montant de la prestation est réduit de 70 pence par livre gagnée au-dessus du plafond. Il peut venir s'y ajouter une somme forfaitaire de 10.55 livres si les intéressés travaillent plus de 30 heures par semaine. Les prestations au titre de l'*Earnings Top-Up* sont versées au même taux pendant 26 semaines, quels que soient les éventuels changements de situation. Au 30 novembre 1997, 19.547 paiements avaient été effectués, pour la plupart à des célibataires (85 pour cent), en proportions équivalentes à des personnes de 25 ans et plus et de moins de 25 ans. Le montant moyen de la prestation s'élevait à environ 23-24 livres pour un célibataire et 37 livres pour un couple ; 42 pour cent environ des bénéficiaires relevaient du programme A et 58 pour cent du programme B, plus généreux.

### **L'éventail des mesures gouvernementales**

253. Il ressort de ce qui précède que de nombreux pays sont intervenus activement pour favoriser l'emploi ou le réemploi des personnes d'âge actif au chômage.

### **Graphique 5.1 : Pays ayant pris des mesures en faveur des personnes d'âge actif, en pourcentage des pays étudiés**

254. Ce domaine d'action est prioritaire pour les gouvernements qui souhaitent au moins freiner l'augmentation des dépenses de prestations sociales en faveur des personnes d'âge actif sans emploi, et si possible les réduire, en considérant que le meilleur moyen d'assurer la sécurité financière et le bien-être des personnes sans travail est de les réinsérer dans la vie active. Toutefois, comme le montre le graphique 5.1, les pays n'ont pas accordé la même importance aux différentes stratégies retenues. Les mesures actives (à l'exception de celles qui visent expressément les demandeurs d'emploi âgés) sont nombreuses dans les pays de l'OCDE, de même que les réformes resserrant les critères d'attribution des prestations, renforçant les contrôles et améliorant les incitations financières à prendre un emploi<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Si ce graphique donne une idée du nombre de pays qui ont mis en place ce type de mesures, il n'indique pas d'ordre de grandeur. Il faudrait procéder à un calcul plus complexe des dépenses consacrées à chaque type de programme ainsi que du nombre de personnes ayant reçu une assistance pendant une période donnée.

## 6. LA REFORME DES SYSTEMES DE RETRAITE INTRODUCTION

### Introduction

255. Dans tous les pays de l'OCDE, ainsi que dans de nombreux autres pays, il existe des dispositifs institutionnels visant à assurer un revenu aux personnes âgées dans la dernière période de leur vie. Le simple fait que les pensions de retraite existent dans un assez grand nombre de pays, tant développés qu'en développement, dénote leur importance pour de nombreuses communautés<sup>20</sup>. Lorsque les systèmes de protection sociale sont apparus dans les pays de l'OCDE, le premier élément à être introduit en priorité a généralement été un dispositif de garantie de ressources pour les personnes âgées. De même, la mise en place d'un système de retraite stable, adéquat et fonctionnant bien est une priorité pour la réforme des programmes sociaux dans les pays d'Europe de l'Est dans leur transition d'un système d'économie dirigée vers une économie de marché, et dans d'autres pays en développement qui cherchent à développer leurs législations sociales.

256. L'historique du développement des régimes de pensions diffère selon les pays de l'OCDE mais il apparaît que les régimes de pensions ont été institués pour la première fois à certaines périodes bien précises. L'Allemagne, le Danemark et la Nouvelle-Zélande ont pris des mesures pour instaurer des systèmes de pensions avant le début du XXI<sup>ème</sup> siècle, et des systèmes de pensions de vieillesse existaient dans un grand nombre de pays de l'OCDE avant la première guerre mondiale. D'autres pays ont bientôt suivi ces exemples, de sorte qu'en 1950 tous les pays Membres de l'OCDE sauf un avaient mis en place des régimes de pensions couvrant au moins une partie de la population. La seule exception, le système de pensions coréen, a été créé en 1988.

257. Si tous les autres pays sont dotés de systèmes de pensions depuis au moins une cinquantaine d'années, dans de nombreux pays des régimes de pensions complémentaires liés aux gains ont été institués plus tardivement que les prestations forfaitaires et/ou ne couvraient parfois au départ qu'un nombre limité de branches d'industries. Depuis l'instauration des programmes, la plupart des pays ont développé leur système en augmentant le montant des prestations et en élargissant la population couverte, entre autres. Cette amélioration des programmes, qui constitue une tendance générale dans les pays Membres, s'est poursuivie jusqu'au moment où les économies dans le monde entier ont été confrontées au début de la stagflation provoquée par le premier choc pétrolier vers le milieu des années 70. Par conséquent, ces régimes de pensions pourraient au total atteindre seulement maintenant le stade de maturité dans un certain nombre de pays.

258. Les pensions de vieillesse sont la prestation de sécurité sociale la plus importante dans les pays de l'OCDE, même dans les pays où le marché du travail connaît des difficultés importantes et où les dépenses au titre de l'indemnisation du chômage représentent des montants élevés. Cela reflète le nombre

---

<sup>20</sup> On peut trouver dans Kalisch et Aman (1997) des explications plus approfondies de la raison d'être des systèmes de retraite et des enjeux auxquels ils doivent faire face.

élevé de retraités par rapport au chômeurs dans les pays de l'OCDE, la longueur de la durée moyenne de perception des pensions de vieillesse, et dans certains pays, la générosité relative des pensions de vieillesse en comparaison de la valeur d'autres prestations de sécurité sociale.

259. Les pensions de vieillesse apportent aussi une contribution importante à l'activité économique dans les économies de l'OCDE, puisqu'elles représentent entre 6 et 10 pour cent du PIB dans la plupart des pays de l'OCDE. De brusques modifications de ce niveau de dépenses pourrait avoir un effet immédiat important sur la consommation et l'activité économique au niveau national, en plus de l'incidence très directe sur le bien-être financier de nombreuses personnes âgées. Pour donner une idée du montant total de l'épargne constituée en vue de la retraite et des ressources économiques dont disposent les personnes âgées, il convient d'additionner la valeur totale des pensions privées et d'autres formes d'épargne-retraite. Toutefois, il est néanmoins important de reconnaître que les prestations de retraite ne sont pas réparties de manière égale parmi la population âgée, de sorte que certaines personnes âgées peuvent disposer d'un niveau de ressources très satisfaisant pendant la dernière partie de leur vie tandis que d'autres personnes âgées peuvent vivre dans la pauvreté.

### **Caractéristiques des régimes de retraite dans les pays de l'OCDE**

260. Il existe plusieurs typologies des programmes de pensions souvent utilisées. Dans la présente note, on commencera par classer les programmes du point de vue des entités chargées de leur gestion et de leur niveau de coordination. On s'intéressera tout d'abord à l'élément de base, les régimes publics de pensions, à savoir ceux qui sont gérés par des entités publiques et/ou relèvent d'une structure nationale coordonnée. Il faut noter que les régimes qui s'intègrent dans une structure financière coordonnée au niveau national et reposent sur le principe de la répartition (par exemple, ceux qui sont gérés par l'Association des régimes de retraites complémentaires (ARRCO) en France) sont considérés comme des régimes publics dans le Système de comptabilité nationale, même s'ils sont essentiellement gérés par des entités privées. Ceux-ci se répartissent entre régimes de base à prestations forfaitaires et régimes liés aux gains<sup>21</sup> selon leur fonction et leurs rôles respectifs. On s'attachera ensuite aux régimes de pensions gérés par des entités privées où l'organisme public se limite souvent à jouer un rôle de supervision<sup>22</sup>, ou régimes privés de pensions<sup>23</sup> dont l'importance s'est accrue au fil des années en termes de garantie de revenu et de remplacement des revenus pour les personnes âgées. Ces derniers régimes seront ensuite classés en deux catégories : les régimes privés de pensions proposés par les sociétés et l'épargne individuelle.

261. Les régimes publics de pensions de base à prestations forfaitaires sont destinés à garantir un niveau minimum de ressources aux personnes âgées. Leur financement est assuré par l'impôt ou par les cotisations, et, ce qui est significatif, les conditions d'admission au bénéfice des prestations sont souvent fondées uniquement sur l'âge et/ou une certaine durée de résidence dans le pays, avec des conditions de ressources dans de nombreux cas. A l'inverse, les régimes de pensions basés sur les gains sont

<sup>21</sup> A strictement parler, les régimes à cotisations définies ne sont qu'indirectement basés sur les gains des assurés : les cotisations et le rendement de ces cotisations déterminent les prestations, et non l'historique des gains. Toutefois, étant donné que les cotisations sont elles-mêmes fonction des gains, dans la présente note, les systèmes à cotisations définies sont inclus parmi les systèmes basés sur les gains.

<sup>22</sup> Il faut noter que les régimes privés sont parfois obligatoires (au moins dans une certaine mesure), sur la base de dispositions statutaires (Australie, par exemple) ou de conventions collectives (Danemark, par exemple), comme indiqué plus bas.

<sup>23</sup> Les régimes pour les salariés du secteur public, bien que gérés par le secteur public, sont plus proches des régimes privés proposés par l'employeur à ses salariés dans le cadre de la rémunération globale.

principalement destinés à porter le revenu au niveau “adéquat” ou “souhaitable”. Dans les pays qui sont dotés de régimes de pensions de base forfaitaires, les régimes basés sur les gains constituent souvent le second niveau dans la structure globale des régimes de pensions. Le montant des prestations est lié aux revenus perçus avant la retraite et le financement est généralement fondé sur des cotisations (avec des subventions des pouvoirs publics dans certains cas). Les conditions d’admission au bénéfice de ces régimes reposent sur une certaine durée d’emploi ou période d’acquisition des droits pendant laquelle l’assuré paie les cotisations.

262. On trouvera ci-après une description générale des régimes publics de pensions que les pays Membres ont institués dans le cadre de leurs politiques sociales.

### *Pensions forfaitaires*

263. Sur l’ensemble des pays Membres de l’OCDE, 25 sont dotés de régimes de pensions forfaitaires de base, qui présentent des différences importantes en ce qui concerne leurs éléments constitutifs et leurs caractéristiques :

1. Dans certains pays (par exemple, Canada, Danemark et Nouvelle-Zélande), il existe des régimes de pension forfaitaires de base financés par la fiscalité générale mais distincts des systèmes généraux d’assistance sociale. Leurs prestations sont soumises à des conditions de ressources d’une manière ou d’une autre.<sup>24</sup> Les conditions d’admission au bénéfice de ces prestations comprennent généralement une certaine durée de résidence dans le pays.
2. Dans les pays Nordiques, à l’exception du Danemark, ainsi qu’aux Pays-Bas, on trouve des régimes qui acceptent les cotisations mais n’exigent aucune preuve de versement antérieur de cotisations lorsqu’ils accordent les prestations. Ces régimes sont différents du précédent en ce sens qu’ils sont financés par des cotisations expressément imposées pour ces régimes, mais ils sont analogues en ce sens qu’il n’existe pas de lien effectif entre les cotisations et les prestations. Là encore, ils exigent une certaine durée de résidence dans le pays (à l’exception des Pays-Bas<sup>25</sup>) mais n’imposent pas de conditions de ressources pour le versement des prestations (à l’exception de la Finlande<sup>26</sup>). Aux Pays-Bas, chaque année d’affiliation au régime donne lieu à des droits à pension équivalant à 2 pour cent, sur la base de la résidence.
3. Le Danemark est doté d’un régime de pensions complémentaire contributif (ATP) qui sert des prestations en fonction des cotisations versées et non sur les gains antérieurs, en sus du régime de pension forfaitaire de base.
4. L’Irlande, le Japon et le Royaume-Uni ont un régime de pension forfaitaire de base d’un type entièrement différent de ceux des autres pays. Ces régimes sont considérés comme le régime

<sup>24</sup> Le régime de pension de base au Canada (Sécurité de la vieillesse) n’était pas initialement soumis à des conditions de ressources, mais il l’est depuis 1989 ; depuis cette date, les personnes âgées à revenu supérieur sont tenues de rembourser les prestations perçues. Par ailleurs, la Sécurité de la vieillesse et d’autres prestations et allègements d’impôt doivent être remplacés par un nouveau régime de prestations pour personnes âgées soumis à des conditions de ressources en 2001.

<sup>25</sup> D’autres pays imposent une condition de résidence minimale de trois ans pour le versement des prestations.

<sup>26</sup> La Finlande a adopté une approche analogue à celle du Canada, et institué le remboursement des prestations lors des réformes récentes.

de pension de base dans chaque pays, mais à la différence des autres régimes mentionnés ci-dessus, les personnes âgées ne peuvent bénéficier de cette prestation si elles n'accumulent pas de cotisations avant leur départ à la retraite. Aucun de ces pays n'applique de critères de résidence pour l'ouverture des droits, dans la mesure où il existe déjà des critères de cotisation, et les pensions forfaitaires de base ne sont pas soumises à des conditions de ressources (mais en Irlande et au Royaume-Uni les pensions financées par l'impôt, qui ne sont pas fondées sur des cotisations, sont soumises à des conditions de ressources).

5. En dehors des trois catégories ci-dessus de régimes de pension de base, il existe d'autres régimes qui ne sont pas des régimes de pension de vieillesse proprement dits mais qui remplissent des fonctions analogues au sein du système de sécurité sociale. Ils se composent des éléments du régime général d'assistance sociale, financés par la fiscalité générale, qui s'adressent expressément aux personnes âgées et sont conçus pour assurer des prestations de longue durée. Ces régimes sont dénommés *pensions sociales*<sup>27</sup> dans certains pays, et sont généralement gérés de manière différente des programmes de pensions traditionnels. Tous ces régimes sont soumis à des conditions de ressources et jouent le rôle de mécanisme de dernier recours institué par l'État pour assurer un revenu minimum aux personnes âgées. Aux Pays-Bas, l'aide sociale peut venir compléter la pension forfaitaire de base pour ceux qui sont insuffisamment couverts par l'assurance. En Italie, la pension sociale a été modifiée en janvier 1996 en vue de servir des prestations plus élevées, mais en imposant un critère de ressources plus strict pour les nouveaux bénéficiaires.

#### **Tableau 6.1 : Régimes de pension forfaitaire publics dans les pays Membres**

264. L'âge d'ouverture des droits à pension, les conditions d'admission au bénéfice des prestations ou d'autres détails de chaque programme sont présentés au tableau 6.1. Ils font apparaître une grande diversité de pratiques en ce qui concerne le financement et les droits à prestation dans les systèmes qui assurent un revenu minimum aux personnes âgées. L'âge d'ouverture des droits à pension est souvent fixé autour de 65 ans, les conditions d'admission au bénéfice des prestations étant souvent liées à des périodes de résidence et/ou assorties de conditions de ressources. Dans la plupart des cas, l'État supporte le coût intégral du régime, ou lorsqu'il existe des conditions de cotisations, l'État couvre généralement les éventuels déficits de financement.

#### ***Pensions liées aux gains***

265. Dans tous les pays Membres, à l'exception de l'Australie, de l'Irlande, des Pays-Bas et de la Nouvelle-Zélande, il existe, sous une forme ou sous une autre, un régime public de pensions liées aux gains. On peut noter certaines similitudes et différences apparentes lorsqu'on procède à des comparaisons, à savoir :

1. Les pays qui n'ont pas de régime de pension de base forfaitaire (en dehors des mesures d'assistance sociale) ont généralement suivi une voie différente en ce qui concerne le développement de programmes de pensions liés aux gains (par exemple, Allemagne et France). Dans ces pays, des régimes distincts ont été établis au moins initialement dans certains secteurs de la population active. Ces distinctions ont principalement une origine

<sup>27</sup> A proprement parler il ne s'agit pas de "programmes de pension" traditionnels qui assurent une garantie de revenu aux personnes âgées. Conformément à cette notion, l'Italie a changé l'appellation de ce programme qui de *pension sociale* est devenue *allocation sociale*.

historique ; les différents régimes ont été institués initialement dans certaines branches d'industrie et leur couverture a été ensuite élargie au fil des années. Dans les pays où il n'existe que des prestations de pensions liées aux gains, les régimes d'assistance sociale garantissent généralement des niveaux de revenu minimum pour les personnes âgées.<sup>28</sup>

2. La majorité des pays Membres ont fixé l'âge d'ouverture des droits à pension à 65 ans au moins pour les hommes (notamment le Canada, la Finlande, la Suède). Toutefois, dans certaines des économies en transition (comme la République tchèque et la Hongrie) cet âge est inférieur à 65 ans, tandis que dans quelques autres pays, l'âge d'ouverture des droits à pension est fixé à 67 ans (Danemark, Islande et Norvège). Il existe aussi des différences selon les sexes ; environ un tiers des pays Membres prévoient encore des âges d'ouverture des droits à pension différents pour les hommes et les femmes (par exemple, en Autriche, en Finlande et en Grèce). Cela est en train de changer dans plusieurs pays, comme on le verra plus loin.
3. Certains pays exigent une retraite totale ou partielle avant de verser les prestations lorsque la personne âgée atteint l'âge normal d'ouverture des droits à pension (par exemple, République tchèque, Finlande, Espagne). D'autres pays autorisent la poursuite d'une activité parallèlement à la perception d'une pension au-delà de l'âge légal d'ouverture des droits à pension, mais le taux des prestations peut être quelque peu réduit en fonction du niveau du revenu du travail (par exemple, États-Unis).
4. Une certaine proportion de la population active -- des travailleurs indépendants dans la plupart des cas -- n'est pas couverte dans environ la moitié des cas. D'autres pays excluent du champ d'application du régime les titulaires de revenus très faibles (par exemple, Autriche, Finlande et Royaume-Uni).
5. Tous les pays exigent une période "d'acquisition des droits" minimum. C'est ce à quoi correspondent les notions d'*emploi* en Hongrie et en République slovaque et de *cotisation* ou de *couverture* dans d'autres pays.
6. La méthode selon laquelle les prestations définitives sont calculées en fonction des gains antérieurs peut présenter de grandes différences suivant les pays. Les formules utilisées par les pays pour calculer les prestations sont souvent compliquées ; toutefois, en règle générale la formule reflète le montant des gains moyens ainsi que la durée d'affiliation et les cotisations versées par le ou la retraité(e).
  - Dans certains régimes, les prestations sont calculées sur la base d'un pourcentage des gains moyens sur toute la période de cotisation (ex. : Japon, Luxembourg), tandis que dans d'autres pays, on prend en compte les gains moyens sur une partie de la période

---

<sup>28</sup>

Le Japon présente une caractéristique sans équivalent à cet égard. Dans le passé, le Japon gérait un système basé sur les dispositifs mis en place par de nombreux assureurs, inspirés des systèmes correspondants en Allemagne. Toutefois afin de suivre une approche plus égalitaire, ce pays a opéré un changement radical du système et institué une pension de base. C'est la raison pour laquelle la pension de base au Japon nécessite des cotisations individuelles alors qu'un tiers du versement est subventionné par l'État selon les dispositions statutaires.



d'affiliation (par exemple, 10 ans pour la France (*Régime général*) et 20 ans pour le Royaume-Uni<sup>29</sup>).

- Certains autres pays utilisent des méthodes de calcul en deux temps qui consistent à prendre tout d'abord les gains moyens sur les cinq à dix dernières années ou sur les cinq à dix meilleures années, puis à prendre en compte séparément la totalité ou une partie des années de couverture/cotisation restantes (ex. : Grèce, Hongrie, Portugal, Turquie et République slovaque). Ces différents éléments sont ensuite additionnés pour déterminer la prestation à verser.
  - Dans certains autres pays, on retient d'abord un montant de base déterminé par l'État qui est ensuite multiplié par les "points de pension" acquis par chaque individu, ces points étant calculés sur la base des gains antérieurs, de la durée d'affiliation et des cotisations entre autres facteurs (Allemagne et Suède).
  - Certains pays excluent délibérément un nombre limité de périodes de faibles gains ou d'absence de rémunérations du calcul des prestations (ex. : Canada) ou prennent en compte certaines périodes de non-activité au cours desquelles les personnes étaient au chômage ou s'occupaient de leurs jeunes enfants ou de parents proches comme donnant néanmoins lieu à l'acquisition de droits à pension (ex : Finlande, Belgique, Suisse).
  - De nombreux régimes de pensions liés aux gains comportent un élément de redistribution des revenus dans le calcul de prestations. Par exemple, il peut être prévu simplement un plafonnement des prestations versées (ex. : Canada, Italie, Luxembourg), un plafonnement des gains pris en compte dans le calcul des prestations mais pas de limitation des cotisations antérieures basées sur les gains (ex. : République tchèque), un montant minimum de prestation ou un élément fixe, auquel est ajouté un élément lié aux gains (ex. : Luxembourg, Suisse), une rémunération plancher pour accepter les cotisations tout en prenant ces périodes en compte dans le calcul des prestations (ex. : Canada) ; un complément de prestation jusqu'à un niveau minimum pour tous ceux qui ont cotisé pendant la période requise (ex. : Italie) ; enfin, une pondération différenciée des gains antérieurs dans la tranche des revenus moyens et faibles par rapport aux revenus élevés (ex. : États-Unis). Ces mesures peuvent modifier la valeur des prestations de façon à assurer des taux de remplacement plus élevés pour ceux qui bénéficiaient précédemment de revenus plus faibles ainsi que limiter le niveau des prestations publiques liées aux gains dont peuvent bénéficier ceux qui disposaient précédemment de revenus très élevés.
7. Il existe deux méthodes distinctes pour l'indexation des prestations, en fonction de l'évolution des prix ou en fonction de l'évolution des salaires. Certains pays ajustent les prestations en fonction de l'inflation pour maintenir le pouvoir d'achat des pensions (par exemple, Suède, États-Unis), suivant l'évolution des salaires (par exemple, Autriche, Allemagne) ou suivant l'une et l'autre formule (par exemple, Finlande, Turquie)<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Comme il est indiqué plus loin, la tendance est à un allongement des périodes de gains moyens utilisées pour les calculs.

<sup>30</sup> Les régimes publics de pensions forfaitaires peuvent également présenter ces caractéristiques (par exemple, Australie, Pays-Bas).

## Tableau 6.2 : Régimes publics de pensions liés aux gains dans les pays Membres

### *Niveau des prestations des régimes publics de pension au moment de la liquidation*

266. Ces régimes publics, aussi bien les régimes à prestations forfaitaires que ceux où les prestations sont liées aux gains, sont conçus pour assurer un niveau déterminé de prestations à ceux qui prennent leur retraite. Cela est souvent exprimé par un taux de remplacement, qui permet de comparer le niveau des prestations de pension et les gains antérieurs des travailleurs.

267. La Convention n° 102 de l'OIT (adoptée en 1952) recommande que les régimes publics de pensions de vieillesse assurent un taux de remplacement d'au moins 40 pour cent pour un couple ayant atteint l'âge d'ouverture des droits à pension.<sup>31</sup> Le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe a adopté une norme analogue.

### Tableau 6.3 : Taux de remplacement des régimes publics de pensions

268. Les modalités selon lesquelles les systèmes de pensions déterminent le niveau des prestations sont influencées dans une très large mesure par la structure du système de pensions, et en particulier de l'existence ou non d'une prestation liée aux gains, et du degré auquel les pouvoirs publics cherchent à influencer la distribution des revenus sous forme de retraite en accroissant le niveau des prestations pour les bénéficiaires de faibles revenus ou en réduisant les prestations dont disposent les bénéficiaires de revenus très élevés.

269. La conclusion qui se dégage d'un examen des taux de remplacement est que la plupart des pays de l'OCDE satisfont d'une manière générale (et très facilement) à la recommandation de la Convention de l'OIT concernant la valeur des pensions publiques. Dans de nombreux pays, le niveau minimum de prestations recommandé est très largement dépassé, puisque les taux de remplacement se situent aux alentours de 60-80 pour cent comme c'est le cas au Danemark, en Allemagne, en Italie, en Corée, en Norvège et en Suède.<sup>32</sup> Bien entendu, dans les pays où les taux de remplacement des pensions publiques sont bas, les régimes privés peuvent en fait assurer des taux de remplacement élevés et cela n'apparaît pas dans cette comparaison qui porte uniquement sur les prestations des régimes publics de pensions.

### *Modalités de financement des pensions publiques*

270. La quasi-totalité des pensions de retraite publiques dans la zone de l'OCDE sont financées selon le principe de la répartition, dans lequel les sources de financement actuelles des pensions (cotisations et/ou recettes fiscales actuelles) provenant de la population active actuelle sont utilisées pour financer les prestations de retraite de la population actuellement à la retraite. Le Danemark constitue la seule exception avec un régime public de pensions lié aux gains par capitalisation<sup>33</sup>, tandis qu'un petit nombre de pays de

<sup>31</sup> Plus des deux tiers des pays Membres de l'OCDE ont ratifié cette Convention de l'OIT.

<sup>32</sup> Dans la plupart des cas, les taux de remplacement élevés sont financés par des taux de cotisation élevés à ces régimes pour les employeurs et les salariés, et non par des subventions du budget général. Par ailleurs, les taux élevés dans certains régimes actuels (par exemple Corée) ne seront pas tenables lorsque les régimes parviendront à maturité.

<sup>33</sup> Le régime public danois de pensions forfaitaires est financé selon le principe de la répartition.

l'OCDE ont également constitué des fonds régulateurs qui permettent de disposer de réserves pour faciliter le paiement des prestations de pensions.

271. Le financement selon le principe de la répartition signifie que la population actuellement en activité fournit les ressources financières pour les pensions de retraite de la génération plus âgée. Les éventuelles contributions antérieures de la population actuellement à la retraite ne sont pas recyclées sous la forme de prestations à un stade ultérieur. Dans le cas des régimes parvenus à maturité qui ont été institués il y a longtemps, la génération aujourd'hui plus âgée, lorsqu'elle travaillait, a financé les pensions de retraite de la précédente génération de personnes âgées. A l'inverse, dans le cas des régimes institués ou développés plus récemment, la génération actuelle des personnes âgées peut percevoir aujourd'hui des prestations plus élevées sans avoir eu à financer au cours de leur vie active des prestations plus généreuses pour les cohortes de retraités précédentes.

272. Lorsque les prestations ont un caractère forfaitaire, les dispositifs de financement par répartition peuvent présenter l'avantage que des prestations à taux plein peuvent être servies aux retraités actuels peu après l'institution du régime. Lorsque les prestations sont liées aux gains, ce n'est souvent pas le cas, car il faut généralement de 30 à 40 ans pour que le régime parvienne à maturité et que les individus accumulent des droits par leurs cotisations et perçoivent les prestations maximales.

#### **Tableau 6.4 : Modalités de financement de quelques régimes publics de pensions**

273. Le mécanisme par lequel les pensions sont financées est souvent confondu avec les cotisations versées pour créer les conditions d'ouverture du droit aux versements. Dans un système financé selon le principe de la répartition, les contributions versées par la population active répondent à un double objectif : financer les pensions de l'actuelle génération de retraités et établir les droits futurs à pensions des cotisants. Ces cotisations ne financent pas les pensions des cotisants, un aspect qui n'est pas bien compris par de nombreuses personnes, y compris de nombreux retraités. Néanmoins, indépendamment des modalités de financement, un grand nombre de ces cotisants pensent qu'ils ont conclu un contrat pour le versement futur de pensions sous certaines conditions convenues, ce qui peut expliquer pourquoi certaines modifications proposées des conditions futures se heurtent parfois à une forte résistance.

274. Dans un certain nombre de pays de l'OCDE (comme l'Allemagne, le Canada, la Belgique, la Suède et l'Espagne), les cotisations à elles seules ne suffisent déjà pas à couvrir l'intégralité du coût des pensions publiques actuelles, situation qui devrait être de plus en plus fréquente dans de nombreux pays de l'OCDE compte tenu du vieillissement des populations (OCDE, 1996). Ces cotisations constituent en un sens un prélèvement à affectation spécifique<sup>34</sup> qui doit être complété par des recettes générales pour financer intégralement la facture des pensions dans ces pays. Dans d'autres pays, comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande, il n'y a pas de cotisations individuelles au régime public de pensions, toutes les prestations étant financées sur les recettes fiscales générales.

275. On s'est interrogé sur l'opportunité de maintenir des systèmes intégralement fondés sur le principe de la répartition dans un certain nombre de pays de l'OCDE (ex. Suède, Canada). Certains pays qui cherchent à améliorer leurs systèmes de pensions ont généralement plus largement recours à des systèmes semi -- ou entièrement -- capitalisés. Dans certains cas, c'est la nécessité qui l'impose car certains pays qui cherchent à étendre leurs dispositifs de pensions ne sont pas en mesure de financer des régimes de pensions en nette expansion sur les budgets nationaux au cours des phases initiales du nouveau régime. De nouvelles dispositions ont été instituées prévoyant que les versements futurs au titre des

<sup>34</sup> Un prélèvement à affectation spécifique est perçu à des fins précises, comme dans le cas des pensions ou des soins de santé, mais le produit n'est pas réservé pour être exclusivement affecté à cet effet.

pensions seront couverts par les cotisations disponibles dans le cadre d'un régime capitalisé. On espère aussi que des régimes capitalisés contribueront à accroître l'épargne nationale et à assurer une croissance économique durable ; toutefois, les indications sur ce point sont loin d'être claires.<sup>35</sup> D'autres pays considèrent le maintien du financement selon le principe de la répartition comme important, et ont aménagé les prestations et/ou les cotisations pour parvenir à un meilleur équilibre du financement (ex. : Japon, Allemagne).

276. Dans les régimes capitalisés, il existe un lien clair entre les cotisations et les versements, de nombreux régimes capitalisés versant des prestations qui sont fonction du rendement à long terme des placements effectués avec les cotisations. La netteté du lien entre les cotisations et les pensions versées peut apparaître comme très séduisante de même que le fait qu'il n'y a généralement pas d'obligation supplémentaire à prévoir pour les pouvoirs publics.<sup>36</sup> Toutefois, cela place tous les risques sur les cotisants, et les responsables de fonds à d'autres égards, les pouvoirs publics n'assumant en pratique aucune part du risque lié au versement futur des pensions. Une capitalisation intégrale ou partielle est peu courante dans les régimes privés de pensions où il n'existe pas tant de possibilités de faire appel à d'autres sources de financement si les cotisations ne couvrent pas les prestations promises à un stade ultérieur.

### *Régimes de pension privés*

277. Dans un certain nombre de pays de l'OCDE, les systèmes privés de pensions prennent une place de plus en plus importante dans le dispositif général visant à assurer un revenu aux retraités. Les pensions privées présentent notamment les avantages suivants :

- offrir un mécanisme permettant aux individus de mettre de côté des sommes plus importantes pour leur retraite dans des supports d'épargne relativement sûrs ;
- encourager l'épargne de longue durée par le biais de mécanismes qui imposent des restrictions à un accès anticipé ;
- instaurer des dispositifs visant à assurer un revenu aux retraités dans lesquels les prestations versées sont généralement entièrement financées selon le principe de la capitalisation et où le niveau des prestations est principalement déterminé par le produit des investissements effectués avec les cotisations ;
- laisser espérer qu'un recours plus large aux pensions privées puisse accroître le taux d'épargne nationale et la capacité interne de la nation à financer les investissements nécessaires à la poursuite de la croissance économique (bien que, comme il a été mentionné précédemment, les conclusions d'études récentes jettent un doute sur cette perspective).

---

<sup>35</sup> Une étude récente du Département des affaires économiques de l'OCDE intitulée "Le vieillissement démographique, les retraites et l'épargne : une analyse macro-économique" estime en conclusion que les mesures en faveur des pensions privées, notamment les aménagements fiscaux, n'auront généralement pas d'incidence sur l'épargne nationale globale mais qu'on pourrait observer une augmentation nette pour les titulaires de bas revenus dans les régimes obligatoires.

<sup>36</sup> Il peut y avoir certaines obligations pour les pouvoirs publics dans des cas limités, par exemple, si le gouvernement joue le rôle de garant pour des régimes capitalisés privés qui font ensuite faillite du fait d'une mauvaise gestion des fonds ou de fraudes.

278. La forme de cette épargne privée et son interaction avec les pensions publiques peuvent également différer sensiblement suivant les pays et dans les pays. Des régimes privés de pensions peuvent être limités dans une large mesure à des catégories professionnelles ou des branches d'industrie particulières, ou bien une forme de régime privé de pensions peut être imposée par la loi à tous les salariés, à l'exception des travailleurs très temporaires. Certaines catégories professionnelles, comme les travailleurs indépendants et les propriétaires de petites entreprises, ont parfois encore des droits très limités, voire aucun droit, à une pension publique ou privée, mais comptent sur l'épargne pour leur retraite sous la forme d'épargne individuelle ou du produit de la vente d'une entreprise. La nature de l'interaction directe entre les régimes de pensions publiques et privées peut également différer, dans la mesure où l'épargne privée peut être disponible pour compléter une pension publique ouverte à tous ; ou bien, elle peut se substituer aux prestations de pensions publiques. Les éléments essentiels qui déterminent ce résultat sont le degré d'universalité des systèmes publics de pensions ainsi que le degré de contrôle des niveaux des ressources pour les versements de pensions publiques en fonction du montant des revenus provenant d'autres sources dont disposent les bénéficiaires.

279. Les pensions privées n'impliquent pas nécessairement une absence d'intervention des pouvoirs publics, dans la mesure où l'épargne constituée, pour les retraites privées, bénéficie généralement, sous une forme ou une autre, d'une subvention publique (généralement par le biais de la fiscalité) et/ou d'une protection réglementaire. Les pouvoirs publics ont intérêt à veiller à ce que l'épargne constituée en vue de la retraite soit disponible lorsque les individus atteignent l'âge de la retraite. Cela vaut tout particulièrement pour les pays où la cotisation à des fonds privés est imposée par la loi. Les pouvoirs publics peuvent également subventionner financièrement l'épargne individuelle en vue de la retraite en contrepartie des dispositions législatives qui limitent l'accès à cette épargne jusqu'à l'âge de la retraite.

#### **Tableau 6.5 : Exemples de régimes de pension privés pour les salariés**

#### **Tableau 6.6 : Exemples de formules d'épargne individuelle**

280. Les principaux régimes privés de pensions dans les pays de l'OCDE présentent les caractéristiques suivantes :

- La majorité de ces régimes reposent sur une participation volontaire, mais dans des pays comme le Danemark et l'Australie (jusqu'à un niveau minimum de cotisation) le régime a un caractère obligatoire et couvre la plus grande partie de la population active.
- L'âge d'ouverture du droit aux prestations est souvent inférieur à l'âge légal d'ouverture du droit aux pensions publiques.
- Ils sont presque exclusivement financés selon le principe de la capitalisation intégrale.
- Ces régimes privés de pensions comprennent aussi bien des régimes à prestations définies que des régimes à cotisations définies, mais la tendance actuelle privilégie nettement les systèmes à cotisations définies.
- Des allègements fiscaux sont accordés par les pouvoirs publics (sauf en Nouvelle-Zélande) afin d'encourager la participation aux régimes et/ou accroître le niveau des prestations perçues.
- Ces pensions privées constituent principalement un complément aux régimes publics de pensions, encore que cela soit, semble-t-il, en train de changer, certains régimes remplaçant

une fraction plus importante de la prestation publique, peut-être également dans le contexte des réductions des prestations des régimes publics.

281. Les principales formules d'épargne individuelle figurant dans le tableau 6 présentent également un certain nombre de caractéristiques communes avec les principaux régimes privés de pensions mentionnés précédemment, notamment la possibilité d'accès anticipé aux prestations et le régime fiscal favorable dont bénéficie cette épargne. Bien que cela n'apparaisse pas dans ce tableau, certains pays de l'OCDE ont pris d'autres mesures pour soutenir et encourager d'autres formes d'épargne individuelle. Celle-ci peut être une source importante de ressources financières pour un grand nombre de personnes âgées.

### *Fiscalité des revenus des retraités*

282. Les avantages fiscaux consentis aux personnes âgées (ou aux pensionnés) influent également sur le niveau de vie de cette couche de la population. Même si, dans le détail, la nature de ces avantages peut varier considérablement d'un pays à l'autre, de nombreux pays proposent effectivement des allègements fiscaux aux personnes âgées ou aux pensionnés sur leurs obligations au titre de l'impôt sur le revenu, de l'impôt sur le patrimoine, etc.<sup>3738</sup>

### **Tableau 6.7 : Avantages fiscaux relatifs aux prestations de retraite et aux autres formes de revenu et d'épargne**

283. La méthode la plus simple consiste à considérer les prestations de retraite comme des revenus exonérés d'impôt. Cela garantit que les retraités reçoivent le plein bénéfice de leur pension, en termes d'augmentation de leur revenu disponible. C'est l'approche qu'ont choisie notamment la République tchèque, la Hongrie, la Corée, le Mexique et la Turquie.<sup>39</sup> D'autres dispositifs existent, comme c'est le cas en Allemagne, qui n'applique l'impôt sur le revenu qu'à une certaine fraction des prestations de retraite correspondant à un intérêt théorique sur l'épargne constituée en vue de la retraite<sup>40</sup>. En outre, dans certains pays, les prestations complémentaires soumises à condition de ressources versées aux retraités (ex. : Supplément de revenu garanti (SRG) au Canada, allocation logement en Suède, etc.) et les prestations au titre de la pension invalidité (ex. : au Royaume-Uni et aux États-Unis) ne sont pas imposables. Les prestations versées par des régimes privés n'ont pas un statut particulier de revenu non imposable, du fait probablement que les prestations augmentent le revenu des retraités en venant compléter les prestations

<sup>37</sup> Cependant, certains pays comme le Danemark ou l'Allemagne ont déclaré qu'ils avaient procédé à des réformes, ou s'apprêtaient à le faire, pour rendre le système moins favorable aux retraités ou bien pour supprimer en grande partie les avantages consentis.

<sup>38</sup> Certains pays ont signalé que des avantages étaient consentis au niveau des cotisations de sécurité sociale sur la base du statut de retraité ou de l'âge. Ainsi, les retraités ne paient pas les cotisations d'assurance maladie sur les pensions qu'ils perçoivent en Italie ; les personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite ne paient pas les cotisations à l'assurance nationale au Royaume-Uni.

<sup>39</sup> L'exonération des prestations de retraite peut être justifiée dans certains cas. Lorsque les retraités en puissance versent aux caisses de retraite des cotisations soumises à l'impôt, il est considéré comme injuste d'imposer à nouveau la prestation qui leur sera servie après la retraite. La Hongrie et la Corée ont expliqué qu'elles n'imposaient pas les prestations de retraite pour cette raison.

<sup>40</sup> *supra*, note 35.

des régimes publics, et que les cotisations versées à ces régimes privés sont généralement assorties d'avantages fiscaux<sup>41</sup>.

284. Il est courant dans les pays de l'OCDE de consentir un crédit d'impôt ou un abattement aux retraités des régimes publics (Australie, Finlande, Japon, Suède, par exemple). Ces formules sont généralement conçues pour éviter d'imposer les retraités dont la source de revenu se limite aux prestations de retraite (du régime de base) ou dont les sources de revenus autres que la retraite sont extrêmement modestes. Les personnes âgées bénéficiaires des prestations de régimes privés bénéficient également d'avantages fiscaux dans certains pays. A titre d'exemple, l'Australie va mettre en place un "abattement d'épargne" portant sur les cotisations de retraite (non déductibles), ou sur les revenus nets tirés de l'épargne ou de l'investissement, ou bien une combinaison des deux, dans la limite d'un certain montant (à partir de juillet 1998). Au Canada, le "Crédit pour revenu de pension" permet aux contribuables de réclamer un crédit s'ils perçoivent des prestations de régimes professionnels financés par l'employeur ou bien dans le cadre des Régimes enregistrés d'épargne-retraite (REER).

285. Il existe d'autres catégories d'avantages fiscaux directement ou indirectement liés à l'âge. Premièrement, certains pays appliquent des crédits d'impôt sur le revenu ou des abattements en fonction de l'âge : le Crédit en raison de l'âge (Canada), l'Income Tax Age Allowance (Irlande), des déductions fiscales majorées pour les personnes âgées (Royaume-Uni, États-Unis), etc. Deuxièmement, des déductions applicables à d'autres catégories d'impôt existent dans certains pays pour les personnes âgées ou pensionnées : impôt foncier (Danemark, Turquie et États-Unis), impôt sur les plus-values en capital (Australie). Enfin, il existe aussi des déductions ou des exonérations fiscales spéciales accordées pour des raisons particulières qui peuvent concerner tout le monde, mais plus particulièrement les personnes âgées : par exemple, la déduction fiscale accordée en cas d'invalidité physique ou mentale (Autriche).

### **Problèmes auxquels sont actuellement confrontés les régimes de pensions**

286. Les régimes de pensions sont constamment confrontés à des difficultés liées aux évolutions économiques et sociales dans les pays de l'OCDE. La question dont on parle le plus est celle du vieillissement des populations, mais les changements intervenus dans la situation du marché du travail et la structure de l'emploi, ainsi que les modifications de la structure familiale, peuvent aussi avoir des conséquences importantes pour les systèmes de pensions et les orientations souhaitables des réformes.

287. Des facteurs nombreux et complexes ont une incidence sur les systèmes de retraite, ce qui met en évidence l'éventail des difficultés auxquelles sont confrontés les pouvoirs publics lorsqu'ils entreprennent de revoir dans le détail leurs systèmes de retraite, et les défis auxquels ils doivent répondre lorsqu'ils envisagent de les réformer ou de les adapter.

288. Dans les réponses qu'ils ont apportées au questionnaire de synthèse relatif à l'Étude de l'OCDE sur un "Monde solidaire", les pays ont fait des commentaires explicites sur les principaux défis auxquels ils doivent faire face pour adapter les dispositifs relatifs aux revenus des retraités au plan national.

### **Tableau 6.8 : Questions que soulève le revenu des retraités face aux formules existantes**

<sup>41</sup> Les États-Unis constituent une exception notable à cet égard. La part de la prestation correspondant à la cotisation du salarié n'est pas imposable, probablement parce que les cotisations des salariés sont soumises à l'impôt, sauf dans les cas prévus par les dispositions 401 (k).

289. La viabilité financière des systèmes publics de pensions à moyen et long terme figure au premier rang des préoccupations. C'est de loin le principal problème auquel se heurtent les pays de l'OCDE lorsqu'ils engagent une réforme de leurs systèmes de pensions. Nombreux sont les pays à être convaincus qu'ils doivent prendre des mesures pour se préparer aux effets du vieillissement de la population sur les dépenses des régimes publics de pensions. Il ne s'agit pas seulement des changements attendus de l'équilibre financier des régimes publics fondés en majeure partie sur le principe de la répartition, mais aussi des autres pressions qui s'exercent sur les gouvernements comme l'assainissement budgétaire et le souhait de ne pas faire peser dans l'avenir des contraintes exagérées sur les choix budgétaires gouvernementaux à cause de la facture des retraites. Y sont associées également des questions d'équité intergénérationnelles, en raison du fardeau potentiel à porter par les futures générations d'actifs pour financer les pensions publiques versées aux nombreux futurs retraités.

290. D'autres pays, plus rares mais néanmoins nombreux, s'inquiètent également de l'abaissement de l'âge effectif de la retraite. Certaines des raisons à l'origine de ce phénomène ont été commentées dans la section précédente, comme les tendances à long terme à un recul du taux d'activité des hommes âgés, les licenciements massifs des travailleurs âgés, les mesures gouvernementales d'encouragement au départ en retraite anticipée et, peut-être, la plus grande prospérité de la génération de ceux qui arrivent aujourd'hui à l'âge de la retraite par rapport à leurs aînés. Néanmoins, certains pays se préoccupent des modifications prévues de la pyramide des âges, en particulier de l'accroissement de la population âgée de 65 ans et plus, parallèlement à une diminution de la proportion des 15-64 ans. Dans ce contexte, les pays cherchent les moyens de modifier l'équilibre entre les actifs et les retraités, de sorte que les actifs travaillent en moyenne plus longtemps.

291. Les systèmes de pensions suscitent d'autres préoccupations dans les pays de l'OCDE, comme le montre le tableau ci-dessus, à savoir :

- l'adéquation du niveau des prestations servies au titre des pensions, dans les pays en transition d'Europe orientale, mais aussi dans d'autres pays industrialisés comme l'Australie, la Belgique, l'Irlande et le Royaume-Uni ;
- l'extension de la couverture des régimes de pensions, en nombre de bénéficiaires, qui peut passer par une extension de la couverture à des secteurs d'activité non couverts, par une plus grande cohérence entre les régimes existants et/ou par l'expansion des régimes privés ;
- les moyens de faire en sorte que les systèmes de pensions proposent des incitations financières à travailler (et peut-être à travailler plus longtemps), dans la mesure où les systèmes actuels ne prévoient guère d'avantages pour les personnes qui ont accumulé un certain nombre d'années d'exercice ou d'années de cotisation, majorent à peine les pensions pour les cotisations versées dans les dernières années, ou sont très redistributifs, n'accordant que peu d'avantages supplémentaires à ceux qui ont travaillé de nombreuses années par rapport à ceux dont la vie professionnelle a été plus courte.

292. De nombreux pays de l'OCDE ont engagé une réforme de leurs systèmes de pensions dans les dix dernières années, comme le montre le tableau ci-dessus. Ils s'efforcent de répondre aux multiples défis qu'ont à relever les systèmes de pensions. Plusieurs pays ont mis en place des commissions consultatives nationales pour réfléchir à d'autres options de réforme. Ces formules permettent aux gouvernements de mettre pleinement à profit les conseils d'experts extérieurs aux instances gouvernementales, d'introduire une plus grande transparence dans le processus de réflexion autour de l'orientation de la réforme, ainsi que de faire participer le public au processus dès les premiers stades, au moment où les options sont encore en cours d'examen.



### Détails concernant les récentes réformes des pensions dans les pays de l'OCDE

293. Les réformes des pensions engagées dans les pays de l'OCDE depuis une dizaine d'années ont pris diverses formes. Elles passent par des mesures visant à relever l'âge auquel les bénéficiaires sont admis à percevoir leurs pensions, à encourager les intéressés à travailler plus longtemps, à réduire le montant des prestations soit par une diminution des prestations servies soit par une augmentation du nombre d'années d'exercice requis pour le même niveau de prestations, à augmenter les taux de cotisation pour aider dans l'avenir à mieux équilibrer les cotisations et les prestations dans les systèmes fondés sur le principe de la répartition, ou encore à encourager les dispositions prises à titre privé tout en augmentant l'élément de capitalisation des futures pensions.

294. Une réforme complète des pensions n'implique généralement pas un seul type de modification. A l'évidence, un certain nombre de pays ont cherché à réduire les engagements au titre des prestations à verser dans l'avenir par les régimes publics de pensions par diverses mesures, notamment : des modifications des prestations et des taux de cotisation ou l'extension des régimes privés. De même, les mesures favorisant une vie active plus longue passent parfois par une limitation des possibilités de retraite anticipée dans le cadre des régimes publics, par une augmentation de l'âge de la retraite, ou le versement de prestations majorées pour ceux qui travaillent au delà de l'âge légal de la retraite.

#### Tableau 6.9 : Orientations des récentes réformes des pensions dans les pays Membres

#### Graphique 6.1 : Pays ayant pris des mesures relatives au revenu des retraités, en pourcentage des pays étudiés

#### *Des pensions moins généreuses*

295. Plusieurs pays de l'OCDE ont réduit le montant des prestations versées afin de limiter la pression en matière de financement liée au vieillissement progressif de la population. Leurs initiatives en la matière ont pris diverses formes, dont seulement certaines ont induit une réelle réduction des taux :

- Réductions de la prestation servie après le nombre habituel d'années d'exercice et/ou d'années cotisées, en Allemagne, en Italie, en Norvège, au Canada, en Grèce et en Finlande (y compris la mise sous condition de ressources de la prestation forfaitaire auparavant universelle du régime public depuis 1989 et 1996, respectivement), au Royaume-Uni (réduction de la valeur de la prestation liée aux gains antérieurs relevant du deuxième pilier), en Nouvelle-Zélande (simultanément réduction des prestations et recentrage des prestations en fonction des revenus), en Suède (simultanément réduction des prestations et modification du calcul des versements), et au Portugal (réduction de 10 pour cent du taux d'accumulation des droits à pension).
- Une indexation moins généreuse des prestations à l'évolution de l'inflation, au Japon et en Allemagne (instauration d'une indexation sur le revenu salarial net, qui supprime les effets des variations de l'impôt sur le revenu et des cotisations de sécurité sociale, à la place de l'ancienne méthode d'indexation sur le salaire brut), et en Finlande.
- Une augmentation du niveau des cotisations et/ou du nombre d'années d'exercice requis pour bénéficier du même niveau de prestations, en Turquie (augmentation du nombre de jours de cotisation requis pour un versement maximum et non-comptabilisation des périodes non cotisées), au Portugal (allongement de 10 à 15 ans de la période requise pour l'ouverture

des droits à prestation), et en Finlande (augmentation progressive des cotisations jusqu'en 2030). La République tchèque envisage de relever les taux de cotisation pour faire face au déséquilibre prévu entre les versements et les cotisations en 1997.

- Une augmentation du nombre d'années de gains utilisé pour calculer le montant final des pensions à servir, en Espagne (où il est passé de 8 à 15 ans), en France (où il est passé de 10 à 25 ans pour le *Régime général*) et en Suède.
- La Suède va abandonner son système actuel à prestations définies reposant sur le principe de la répartition au profit d'un système par répartition à cotisations définies.
- Dans le cadre des réformes générales qui doivent prendre effet à compter de 1999, la Suède doit également intégrer un élément dans le calcul de la prestation qui ajuste son montant en fonction de l'espérance de vie moyenne des nouvelles cohortes de retraités. L'Allemagne va aussi introduire un facteur lié à l'espérance de vie dans le calcul des pensions.

### ***Des prestations au montant plus adapté***

296. D'autres pays de l'OCDE, qui s'interrogent également sur l'adéquation du montant des prestations au titre des pensions, ont opté pour un relèvement des prestations ces dernières années. A titre d'exemple, en Australie, les deux partis se sont donné de longue date l'objectif de parvenir à fixer le montant des pensions publiques servies à au moins 25 pour cent de la valeur totale des gains hebdomadaires moyens des hommes, de sorte que les versements augmentent globalement au même rythme que le niveau de vie. Le gouvernement actuel est résolu à faire entrer cet objectif dans la législation et a prévu une provision à cet effet dans les budgets à venir. D'autres pays dont les prestations au titre des pensions sont très faibles, comme la Pologne, s'emploient depuis quelques années à relever le niveau réel des prestations. La République tchèque a récemment introduit une indexation des pensions sur les prix ainsi que des mécanismes d'ajustement en fonction de l'augmentation du niveau de vie. La Grèce s'est aussi appliquée à élargir la couverture des régimes de pensions pour toucher une plus grande proportion de la population active occupée. Dans ce pays, un complément de retraite sous condition de ressources a été instauré en 1996, concept utilisé pour la première fois dans le système de sécurité sociale grecque. En 1997, en introduisant un système de pensions lié aux cotisations de manière à remplacer progressivement l'actuel système de base financé par l'Etat, une couverture d'assurance sociale a été mise en place à l'intention des agriculteurs, couverture conforme à celle du reste de la population.

### ***Une plus grande capitalisation des régimes de pension publics***

297. Comme indiqué précédemment, nombre de pays ont décidé de réduire les prestations afin de contenir la croissance prévue des dépenses publiques au titre des pensions dans les années à venir. Étant donné que la plupart des régimes publics de pensions sont fondés sur le principe de la répartition, certains pays ont tenté de combattre les éventuelles difficultés futures en renforçant l'élément de capitalisation de ces régimes. Le Canada, par exemple, s'efforce de faire passer à 5 années de réserves l'élément capitalisé dans les prestations publiques liées aux gains antérieurs (Régime de pensions du Canada), qui équivaut actuellement à deux années de réserves. Le système public suédois doit également instituer de nouvelles formules de capitalisation : 2 points de pourcentage du niveau total des cotisations (qui est de 18.5 pour cent) seront affectés à un élément entièrement capitalisé qui s'accroîtra alors que les actuels mécanismes amortisseurs s'affaibliront du fait du vieillissement démographique.

*Une couverture élargie des régimes de pension privés*

298. Une autre solution pour modifier l'élément de capitalisation des régimes publics est de laisser une plus grande marge d'expansion aux systèmes de pensions privés capitalisés. C'est la stratégie qu'ont retenue un certain nombre de pays de l'OCDE.

299. Les pays en transition, comme la Hongrie et la République tchèque, voient les régimes privés comme un moyen de compléter les prestations de retraite des travailleurs sans gonfler encore des régimes publics déjà importants. La réforme du système de pensions en Pologne fera appel au produit des placements des caisses de retraite pour financer les prestations liées aux gains antérieurs relevant du deuxième pilier, tout en encourageant la mise en place d'un troisième pilier s'articulant autour de dispositifs privés et de l'épargne individuelle. La République slovaque autorise la constitution de régimes de pensions privés, mais leur taux de couverture est encore très bas.

300. D'autres pays de l'OCDE, comme l'Australie, le Danemark, le Mexique, le Japon, la Corée, le Canada, la Nouvelle-Zélande, l'Allemagne et les États-Unis, favorisent l'expansion des pensions privées. Ces pays, dont le taux de remplacement au titre des régimes publics est relativement faible (Canada, Australie, Irlande et Royaume-Uni, par exemple) feront probablement de plus en plus appel aux régimes privés pour suppléer au faible niveau des prestations publiques, notamment pour les personnes qui souhaitent bénéficier d'un niveau de vie relativement élevé pendant leur retraite.

301. Dans un certain nombre de pays, comme l'Australie, l'Irlande et le Royaume-Uni, l'action des pouvoirs publics à l'appui des pensions privées s'est traduite par un renforcement de la surveillance et de la réglementation par l'État des fonds privés, afin d'améliorer les mesures de sauvegarde sur les fonds gérés pour le compte des cotisants. Cela pose le problème des décisions que doivent prendre ces fonds lorsqu'ils s'efforcent de rentabiliser au maximum leurs placements en s'exposant à des risques plus élevés, par rapport aux fonds qui ne recherchent pas des rendements élevés et qui servent finalement à leurs cotisants des prestations plus faibles en pratiquant une forme de gestion collective plus prudente.

302. La plupart de ces pays proposent des allègements fiscaux pour encourager l'investissement dans cette forme d'épargne. Ce n'est pas le choix qu'a fait la Nouvelle-Zélande qui, au lieu de cela, a lancé une campagne de sensibilisation de l'opinion publique, ni la République tchèque ; il pourrait être intéressant, dans les années qui viennent, de comparer l'expansion des fonds de pensions privés et l'évolution de l'épargne nationale dans ces pays par rapport à ceux qui ont opté pour des incitations fiscales.

303. En Australie comme au Danemark, l'affiliation obligatoire à des régimes de pensions privés de la quasi-totalité de la population active a permis d'élargir considérablement la couverture, d'environ 50 points de pourcentage de la population active occupée au cours des dix dernières années. L'Australie est parvenue à ce niveau de couverture par la voie de la législation, en obligeant les employeurs à prendre en charge un niveau minimum de cotisation pour tous les salariés remplissant les conditions requises ; au Danemark, les conventions salariales collectives ont constitué un moyen d'étendre la couverture des régimes privés. Dans d'autres pays dotés de régimes privés non obligatoires, la couverture n'est généralement que de 50 pour cent environ de la population active occupée, dans les meilleurs cas, ce qui est bien inférieur à la couverture de 80-90 pour cent obtenue en Australie et au Danemark. Le Mexique a aussi choisi l'option du régime obligatoire depuis 1997.

*Les mesures visant à modifier l'âge effectif de la retraite*

304. Les pays de l'OCDE se sont appliqués à mettre en place des réformes en vue d'encourager les actifs, par des incitations financières accrues, à travailler plus longtemps. Si dans la plupart des pays, l'âge légal de la retraite à taux plein dans les régimes publics est de l'ordre de 65 ans, et parfois légèrement moindre chez les femmes, l'âge moyen de la retraite dans nombre de pays (pour lesquels des informations sont disponibles) est bien en deçà de cet âge légal. Ainsi, au cours des vingt dernières années, l'âge moyen de la retraite est passé au Canada de 65 à 62 ans et au Danemark de 65 à 61.5 ans. D'après des estimations récentes, il serait de l'ordre de 60 ans aux Pays-Bas et inférieur à 60 ans en Pologne.

**Tableau 6.10 : Âge d'ouverture des droits à pension et retraite anticipée/différée**

305. Il existe relativement peu d'exemples dans les pays de l'OCDE de réformes visant à relever l'âge légal de la retraite, aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Dans les cas où cela est prévu, c'est généralement pour porter l'âge de la retraite au dessus de l'âge légal actuel de 60 ans (Japon, Hongrie, et République tchèque). L'Italie va faire passer l'âge de la retraite de 63 à 65 ans pour les hommes et de 58 à 60 ans pour les femmes d'ici l'an 2000. Seuls les États-Unis suivent résolument une politique visant à porter l'âge d'ouverture des droits à pension au delà de 65 ans (jusqu'à 67 ans d'ici 25 ans), tandis que le Danemark, l'Islande et la Norvège ont déjà porté l'âge légal de la retraite à 67 ans.

306. Plus souvent, ce que l'on propose pour modifier l'âge légal de la retraite consiste à aligner l'âge légal de la retraite des femmes sur celui des hommes, autrement dit à le relever (comme en Australie, en Belgique, en Allemagne, en Grèce, en Hongrie, au Japon, au Portugal et au Royaume-Uni). Dans d'autres cas, l'âge légal de la retraite des femmes est augmenté, mais reste inférieur à celui des hommes (en Suisse, en République tchèque et en Italie). La plupart des autres pays de l'OCDE ont déjà aligné l'âge de la retraite des hommes et des femmes.

307. Les pensions et autres prestations correspondant à un complément de revenu sont généralement accessibles aux personnes qui prennent leur retraite avant l'âge légal. Ces versements peuvent faire partie des dispositifs plus généraux de complément de revenu à l'intention des chômeurs, les prestations au titre de la retraite anticipée étant accessibles aux personnes parvenues à une certaine distance de l'âge légal de la retraite et qui auraient épuisé leurs droits à l'assurance chômage. Autre option, ces prestations peuvent être accessibles en complément des pensions servies au titre des régimes publics. Au cours des années 70 et 80, de tels dispositifs ont été encouragés comme un moyen de fournir un revenu de soutien de longue durée pour les travailleurs les plus âgés n'ayant pas encore atteint l'âge légal de la retraite et ayant perdu leur emploi, dans l'optique qu'il s'en dégagerait un surcroît d'offres d'emploi pour les chômeurs plus jeunes.

308. Dans les années 90, de nombreux pays de l'OCDE ont remis en question les avantages de ces mesures et quelques-uns d'entre eux ont choisi de réduire les incitations financières à prendre une retraite anticipée. Si certaines de ces réformes ne se sont pas encore concrétisées du fait de l'introduction très progressive des nouveaux dispositifs, elles visent à :

- Relever l'âge minimum ouvrant droit aux prestations de retraite anticipée (en Finlande, en Allemagne et en Pologne).
- Modifier l'âge d'ouverture des droits à la retraite anticipée ou introduire la retraite anticipée tout en relevant l'âge légal de la retraite (en République tchèque, en Suisse et en Hongrie).

- Augmenter le nombre d'années de travail ou d'années de cotisation requis pour avoir accès aux prestations de retraite anticipée (en Belgique, en Hongrie, en Italie et en Allemagne).
- Réduire les prestations servies à ceux qui partent en retraite anticipée, en Australie (avec le Mature Age Allowance) et en Hongrie (avec le Fonds du marché du travail) ou en introduisant des ajustements des prestations sur une base actuarielle, comme en Suède et en République slovaque.
- Demander aux autorités de passer en revue toutes les options autres que la retraite anticipée, de s'assurer que les possibilités de formation et de recyclage ont été épuisées et que toutes les mesures permettant d'aider le postulant à réintégrer le marché du travail ont échoué, avant qu'une décision soit prise quant au versement d'une pension au titre de la retraite anticipée (Danemark, à compter de juillet 1998).

309. Les réformes concernant les prestations de retraite publiques qui visent à rendre moins attrayante la retraite anticipée n'ont peut-être qu'une efficacité limitée sur les décisions effectives de départ en retraite de chacun. L'extension des régimes privés, dont un grand nombre proposent des formules de retraite anticipée, comme au Royaume-Uni, en Australie, en Finlande et en Suède, induira peut-être de nouvelles réductions de l'âge effectif de la retraite. La situation financière de la famille, en termes d'attachement à l'emploi et d'épargne, est aussi un facteur qui peut contribuer davantage à la décision de départ en retraite que l'existence de pensions publiques. Il est cependant souhaitable pour les pays de limiter l'ampleur des subventions publiques au départ en retraite anticipée. Les décisions relatives à la retraite doivent être prises dans un contexte où les pouvoirs publics sont au moins neutres en ce qui concerne les incitations financières à la retraite anticipée.

310. La pression de l'opinion publique, de même que les pressions politiques, limiteront probablement la mesure dans laquelle les pays peuvent réformer les dispositifs de retraite anticipée. Ainsi en Norvège, pays qui s'oriente plutôt dans le sens d'un relèvement de l'âge effectif de la retraite, l'âge minimum de liquidation de la pension, en cas de retraite anticipée, devrait régresser, passant de 64 ans actuellement à 62 ans en mars 1998, suite à de récentes négociations collectives.

311. Au-delà de l'âge légal de la retraite, certains pays ont mis en place des incitations financières pour encourager les gens à continuer de travailler et à différer le moment où ils feront valoir leurs droits. Généralement, il s'agit d'augmentations à titre permanent du taux de la pension servie lorsqu'elle est liquidée, ajusté en fonction de la durée du report de la retraite. Certains pays ont institué une limite à la période maximale de report, en fixant l'âge limite à 70 ans, par exemple, mais la Finlande, la Suède (à partir de 1999) et le Royaume-Uni (à partir de 2010) autoriseront un report indéfini de la prise de la retraite, s'accompagnant de primes en proportion, versées au moment de la liquidation de la pension.

312. Dans certains cas, le taux de pension est augmenté en fonction des ajustements actuariels (au Canada depuis 1987, au Luxembourg et en Suède à compter de 1999), tandis que d'autres pays accordent des augmentations à titre permanent en fonction du nombre de mois de report de la pension (Finlande, Hongrie, Allemagne, République slovaque et Suède). L'Australie prévoit d'instituer une prime forfaitaire unique à l'intention de ceux qui diffèrent leur retraite, payable au moment où celle-ci est liquidée, selon une formule prenant en compte le nombre d'années de report et la valeur de la pension servie.

313. Dans l'ensemble, dans quelques pays Membres de l'OCDE, un certain nombre de changements dans les systèmes de retraite se sont produits qui ont eu pour objet d'encourager les gens à travailler plus longtemps. Ceci montre les stratégies alternatives existantes : l'accès réduit aux pensions de retraite anticipée, ainsi que la générosité réduite de ces mêmes pensions ; l'allongement du nombre d'années

pendant lesquelles les personnes doivent travailler pour générer le même niveau de pension ; l'augmentation du taux d'accumulation des droits à pension avec les années supplémentaires de travail vers la fin de la vie professionnelle d'une personne et l'introduction des incitations visant à différer le moment de la liquidation des droits à pension au-delà de l'âge légal de la retraite. Alors que certains changements conduisent au relèvement de l'âge de la retraite (y compris celui pour l'accès aux retraites anticipées), d'autres réformes ont modifié le taux d'accumulation des pensions ou les taux de remplacement servis. Dans certains cas, le changement des politiques a eu de multiples objectifs comme d'encourager une durée de vie active plus longue tout en améliorant en même temps la situation financière du régime de retraite.

### *Les autres formes de lien entre emploi et pension*

314. D'autres formules de retraite sont remaniées de façon à établir un lien plus direct entre les années de cotisation et le montant final de la pension servie. Certains pays, comme l'Espagne et la Hongrie, ont pris conscience de défauts dans la conception de certains dispositifs ne prévoyant que des majorations limitées des prestations versées pour ceux qui décident de différer leur prise de retraite, et/ou n'attestant pas d'un lien très direct entre le niveau des cotisations et le niveau final des prestations servies. Les réformes des pensions qui doivent être engagées incessamment en Suède introduiront un lien plus étroit entre les cotisations et les prestations finalement servies, par l'instauration d'un système par répartition à cotisations définies associé à un système de réserve intégralement capitalisé.

315. L'un des moyens par lesquels certains pays rompent le lien entre les cotisations et les prestations finales touchent à la comptabilisation des périodes de chômage dans l'accumulation des droits à pension. Le Régime de pensions du Canada autorise des interruptions dans le versement des cotisations pour cause de maladie, de chômage ou de formation, et jusqu'à 15 pour cent des mois (avec des gains nuls ou faibles) peuvent être exclus du calcul des prestations finales. Le Luxembourg et la Finlande autorisent également la comptabilisation de périodes de non-emploi (chômage, maladie, invalidité et formation) dans le calcul des droits à pension.

316. D'autres pays, comme la Turquie, l'Italie et la Grèce ont mis en évidence les difficultés qu'induit le fait que les retraités fassent valoir leurs droits à pension dès qu'ils ont accumulé le nombre requis d'années de cotisation. Les réformes doivent améliorer les incitations à travailler plus longtemps. La Suisse autorise à travailler au delà de l'âge normal de la retraite, ce qui permet aux assurés du régime professionnel obligatoire d'accumuler des droits et de bénéficier d'une pension majorée s'ils ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier de la prestation maximum au titre de leur retraite (s'ils n'ont pas travaillé ou cotisé assez longtemps, par exemple).

317. Nombre de pays de l'OCDE ont institué des règles qui incitent les intéressés à limiter progressivement leur activité, notamment lorsqu'ils approchent de l'âge légal de la retraite. En ce qui concerne ceux qui perçoivent une pension après l'âge légal de la retraite, les pays de l'OCDE ont des approches contradictoires pour encourager ou décourager l'activité.

### **Tableau 6.11 : Relation entre pension et emploi dans divers pays**

318. Des formules de versement partiel des pensions sont utilisées par plusieurs pays pour faciliter le passage de la vie active à la retraite, en permettant aux personnes n'ayant pas encore atteint l'âge légal de la retraite d'alléger leurs horaires de travail, le manque à gagner en termes de revenu étant compensé par le versement partiel de la pension. Le Danemark, le Japon, le Luxembourg, l'Allemagne et la Suède proposent actuellement ce type de dispositif. Le plus souvent, cette forme de retraite progressive n'existe

que depuis une dizaine d'années. En Suède, où le dispositif de versement partiel des pensions a été mis en place en 1976, des réformes récentes en ont restreint l'accès (l'âge minimum d'ouverture des droits passe de 60 à 61 ans) et le degré de générosité (le taux de la prestation est ramené de 65 à 55 pour cent). A compter de 2001, l'option de la pension partielle sera supprimée dans le cadre de la réforme générale des retraites qui sera engagée en Suède.

319. Les personnes qui perçoivent déjà une pension de retraite peuvent se voir encouragées ou au contraire nettement dissuadées de continuer à travailler (en général à temps partiel) après l'âge de la retraite, indépendamment des incitations à différer le moment de la liquidation des droits à pension évoquée précédemment. Les pays de l'OCDE divergent considérablement sur ce point. La Belgique et les États-Unis sont deux pays qui accordent un traitement préférentiel aux gains perçus par les bénéficiaires d'une pension de retraite. La Norvège incite aussi les retraités pensionnés âgés d'entre 67 et 70 ans à continuer à travailler en fixant des seuils généreux pour les revenus qu'ils perçoivent au titre d'une activité. Au Danemark, la tendance actuelle est d'encourager les travailleurs âgés à différer leur retraite en améliorant leurs conditions de travail. Les employeurs et les syndicats, soutenus par les pouvoirs publics, vont élaborer des stratégies spécifiques visant à rendre plus attrayant de continuer de travailler après 60 ans. D'autres pays, comme la Pologne, donnent aux retraités la possibilité de toucher des revenus supplémentaires sans incitations ou avantages particuliers. D'autres pays encore cherchent à restreindre l'activité des bénéficiaires de pensions : l'Italie s'apprête à limiter les possibilités de cumul d'un emploi rémunéré et de la perception d'une retraite, tandis que la République slovaque projette de légiférer en vue d'interdire aux bénéficiaires d'une pension de retraite de travailler et de percevoir simultanément une retraite. En France, le principe veut que les travailleurs aient quitté la vie active pour être admis à toucher une pension, mais des règles temporaires permettent dans certains cas de conjuguer l'exercice d'une activité et la perception d'une pension.

320. Certains pays ont été plus lents à réagir aux problèmes du revenu des retraités induits par l'évolution de la structure de l'emploi. La Finlande s'efforcera, dès 1998, d'améliorer la couverture vieillesse à l'intention de ceux qui occupent un emploi de courte durée. La 1ère Révision de la LPP (législation relative aux régimes de prévoyance professionnelle obligatoires) engagée en Suisse permettra de corriger la situation dans laquelle se trouvent de nombreux travailleurs à temps partiel exclus des régimes de retraite complémentaire car leurs revenus n'atteignent généralement pas le seuil minimum de rémunération à partir duquel l'affiliation au régime est obligatoire. En Corée, la commission chargée de la réforme des pensions étudie également des options en vue d'étendre la couverture aux travailleurs indépendants en milieu urbain.

321. Sur le front international, les pays de l'OCDE assistent à la mondialisation non seulement des marchés de produits, mais aussi des services de main-d'oeuvre. Par ailleurs, certains pays de l'OCDE ont toujours enregistré des taux élevés de migration nette. C'est pourquoi ils ont été quelques-uns à conclure des accords bilatéraux (et parfois multilatéraux) afin de traiter de façon appropriée la situation des personnes ayant acquis des droits à pension dans plusieurs pays.

#### **Encadré : Exemples d'accords internationaux de sécurité sociale en matière de totalisation des droits**

##### *Les mesures prévues en cas de changement de la situation familiale*

322. Un certain nombre de pays ont modifié leurs régimes de pensions pour les adapter aux modifications de la situation familiale. L'Allemagne prend en compte comme périodes de cotisation le temps passé à élever les enfants (jusqu'à l'âge de 10 ans) et, depuis avril 1995, les périodes passées à

prodiguer des soins à la maison sans rémunération. La Belgique autorise également à comptabiliser les périodes d'interruption de carrière (lorsque les parents s'occupent de leurs jeunes enfants, par exemple) pour l'acquisition de droits à pension. Dans le cadre des récentes réformes de la retraite en Italie, les femmes ayant cotisé bénéficient de trois mois de cotisation théorique supplémentaires pour chaque enfant, à concurrence de douze mois maximum. De la même manière, depuis l'entrée en vigueur de la 10<sup>ème</sup> Révision de l'AVS en janvier 1997, la Suisse permet aux personnes qui s'occupent de leurs jeunes enfants ou de parents proches de bénéficier de crédits de cotisation de retraite théoriques, tandis que le Royaume-Uni envisage la création d'une pension de citoyenneté (Citizenship Pension) qui offrirait des prestations plus élevées à ceux qui se trouveraient dans l'incapacité de cotiser à des régimes complémentaires du fait d'obligations familiales de ce type. En Irlande, les personnes bénéficiant d'une allocation pour parent isolé ou recevant une indemnité parce qu'elles s'occupent de membres de leur famille peuvent prétendre à des crédits de cotisation qui entrent en ligne de compte dans le calcul des pensions. Ces initiatives contrastent avec les mesures adoptées par d'autres pays en vue de limiter les possibilités de comptabiliser des périodes de non-cotisation comme périodes cotisées ouvrant droit à pension, afin d'améliorer l'équilibre financier de leurs caisses de retraite.

323. La Belgique a adopté une démarche novatrice pour faire face à l'incidence grandissante du divorce. Une pension de retraite spéciale est désormais accessible aux conjoints divorcés, à l'âge de 60 ans, correspondant à 37.5 pour cent des gains de l'ex-conjoint pendant la durée du mariage, déduction faite du montant de la pension accumulée à titre individuel pendant ces années-là. C'est une solution qui offre une protection aux conjoints à charge qui divorcent et qui, sinon, ne percevraient pas un revenu suffisant au moment de leur retraite.

### **Mise en oeuvre progressive des réformes**

324. Une réforme des systèmes de retraite ne peut offrir de solution instantanée. La plupart des changements s'opèrent progressivement sur un certain nombre d'années, de façon à ne pas pénaliser ceux qui ont organisé leur retraite et en sont proches, et à atténuer les éventuelles réactions négatives de l'opinion publique quant à la nature des changements eux-mêmes. Pour de nombreux pays de l'OCDE, le calendrier des mesures à prendre pour parer au vieillissement de la population est relativement indifférent, dès lors que les nouvelles dispositions seront opérationnelles et permettront de faire face aux problèmes qui se poseront à l'amorce de la période critique, autour des années 2010-2030. Cela montre néanmoins qu'il est nécessaire de mettre en oeuvre des options prenant en compte le délai généralement long d'introduction des changements.



## 7. LES SOINS DE SANTE

### Introduction

325. Les plus anciens textes juridiques connus accordaient déjà une place centrale à la question du paiement et de la qualité des soins médicaux. Dès 1700 avant J-C, le législateur babylonien Hammurabi avait rédigé un code prescrivant le paiement d'une somme fixe aux chirurgiens pratiquant certaines interventions. "Si un médecin pratique une grande incision au moyen d'un scalpel et soigne la plaie, ou s'il ouvre une tumeur (oculaire) avec un scalpel et guérit l'oeil malade, il recevra dix shekels" (Code d'Hammurabi, loi 215). Cette réglementation sur le paiement des soins prévoit également un tarif différent suivant la catégorie de patient : "Si le patient est un homme libre, il [le chirurgien] recevra cinq shekels. S'il s'agit d'un esclave, son propriétaire devra verser deux shekels au médecin" (Code d'Hammurabi, lois 217-218).

326. Le Code d'Hammurabi instaure aussi un contrôle de la qualité des soins dispensés, même si les sanctions prévues nous paraissent aujourd'hui un peu sévères ; "Si un médecin pratique une grande incision avec le scalpel et tue son patient, ou s'il ouvre une tumeur oculaire avec son instrument et énuclée son patient, il aura les mains coupées" (Code d'Hammurabi, loi 218).

327. Aujourd'hui encore, le coût et la qualité des soins médicaux sont au coeur des préoccupations des pays de l'OCDE, comme le montrent leurs réponses au questionnaire. Cette section passe en revue les réponses et met en évidence les tendances récentes des politiques de santé.

328. Une récente étude de l'OCDE sur les politiques de santé (OCDE 1995b) mettait en évidence trois grands objectifs des politiques de santé :

- **L'efficacité micro-économique** : Il importe de maximiser la qualité des soins et la satisfaction des consommateurs au coût minimum.
- **La maîtrise des coûts au niveau macro-économique** : Les systèmes de santé doivent absorber une part "appropriée" du PIB.
- **L'équité** : Les citoyens doivent avoir accès à un niveau minimum incompressible de soins, et le traitement ne doit pas être fonction uniquement du revenu, mais plutôt des besoins réels de soins. En outre, il faut que les individus se voient offrir une certaine protection contre les conséquences financières de la maladie, le paiement demandé en contrepartie de cette protection devant être lié au revenu et non pas fondé sur le risque individuel.

329. L'augmentation continue des dépenses de santé observée à la fin des années 80 et au début des années 90 en dépit du ralentissement de la croissance économique montre que les pays ont eu des difficultés à atteindre certains de ces objectifs. Sur la période 1985-1991, la part des dépenses de santé dans le PIB a cru de près de un pour cent en moyenne. C'est aux Etats-Unis que cette croissance a été la

plus forte (3,4 pour cent), mais presque tous les pays de l'OCDE ont connu un accroissement du poids de leurs dépenses de santé dans le PIB.

### Tableau 7.1 : Part des dépenses de santé dans le PIB, 1985-1995

330. Lors d'une conférence organisée par l'OCDE en novembre 1994, les participants se sont penchés sur les causes de la croissance spectaculaire des dépenses de santé. Ils ont également décrit les mesures que les pays envisageaient alors de prendre pour freiner cette croissance (OCDE, 1996d). Brian Abel-Smith estimait que les quatre facteurs suivants étaient responsables de la hausse des dépenses :

1. **L'extension de la couverture** -- Dans la plupart des pays, la couverture médicale a été progressivement étendue à toute la population, et cette extension est l'une des causes de l'augmentation des dépenses.
2. **Le vieillissement de la population** -- Les individus ont besoin de plus de soins lorsqu'ils vieillissent.
3. **Le progrès des techniques médicales** -- Le perfectionnement des techniques médicales a plus souvent pour effet d'augmenter les dépenses que de les abaisser.
4. **La variabilité des pratiques médicales** -- Il existe une méconnaissance des moyens dont un médecin a besoin pour traiter un patient.

331. Enfin, lors de la même conférence, Werner Christie a ajouté deux autres facteurs (principalement externes) à ceux énumérés ci-dessus :

1. **L'évolution de la structure de morbidité** : On constate une progression des maladies chroniques et multifformes. Les patients ne meurent plus aussi vite de leur maladie, ils continuent de vivre avec.
2. **L'influence du progrès social** : Les niveaux de vie se sont améliorés, la productivité s'est accrue et les attentes de la population sont plus grandes.

### Aperçu général des préoccupations des pays Membres de l'OCDE telles qu'elles ressortent des réponses au questionnaire

332. Pour savoir dans quelle mesure ces facteurs préoccupent les pays de l'OCDE, le questionnaire établi dans le cadre de "l'Initiative pour un monde solidaire" contenait une question générale sur les préoccupations des pouvoirs publics en ce qui concerne la politique de santé et les mesures prises pour y répondre<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> La synthèse des réponses à la partie de la question 1a) portant sur les préoccupations des pays a soulevé des problèmes méthodologiques. En effet, ces préoccupations ne pouvaient être rattachées clairement ni aux objectifs énumérés ci-dessus (équité, efficacité macro-économique, efficacité micro-économique), ni aux facteurs d'accroissement des dépenses (extension de la couverture, vieillissement de la population, progrès des techniques médicales, variabilité des pratiques médicales, évolution de la morbidité, influence du progrès social). Les pays n'ont pas exprimé leurs préoccupations en termes d'objectifs micro ou macro-économiques, mais ont eu tendance à être plus précis et à citer des problèmes particuliers. De plus, bien que les pays se préoccupent indubitablement des dépenses de santé, ils ne se disent évidemment pas inquiets de

### **Graphique 7-1 : Ventilation des préoccupations des pays par domaine, en pourcentage de pays signalant des préoccupations**

333. Les préoccupations des pays se rapportent à plusieurs grands domaines, allant de l'efficience à la qualité et à l'efficacité des soins, en passant par la promotion de la santé publique et l'équité. Dans l'ensemble, bien que la maîtrise des dépenses reste une priorité pour la plupart des pays, l'accent mis sur la satisfaction des consommateurs, l'égalité d'accès aux soins et les campagnes en faveur d'une bonne hygiène de vie montrent que les pays se préoccupent aussi de ces questions.

#### ***Préoccupations liées aux coûts et au financement***

334. La surconsommation médicale, l'offre excédentaire de services ou le comportement trop peu responsable des consommateurs en matière de recours aux soins sont dénoncés depuis longtemps par les pays Membres et les analystes des politiques. Pourtant, seul un petit nombre de pays citent ces questions parmi leurs grandes préoccupations. L'un des grands axes de la politique de santé des Pays-Bas est la responsabilisation financière des assureurs, des prestataires et des assurés (van Het Loo et al., 1997). La Suède s'attache à promouvoir une consommation appropriée des médicaments et a transféré la responsabilité de leur financement aux Conseils de comtés en janvier.

335. Comme indiqué précédemment, on pense que l'évolution des technologies a une incidence sur le volume des dépenses de santé. "Une technologie nouvelle efficace peut très facilement remplacer une technologie plus ancienne et beaucoup moins coûteuse pour des usages courants alors que, pour de nombreuses pathologies, le résultat obtenu avec la technologie ancienne est peut-être tout aussi bon qu'avec la nouvelle" (OCDE, 1996d). On a considéré que les pays ayant mentionné des problèmes liés à l'insuffisance des procédures d'évaluation ou au faible rendement des investissements dans les technologies étaient préoccupés par la question du coût des techniques médicales. Seul un petit nombre de pays ont évoqué des problèmes de cet ordre. L'Espagne fait allusion au coût des technologies à propos de la nécessité d'entretenir et d'adapter le matériel pour répondre au problème que posera à terme le vieillissement de la population, qui implique un recours croissant à des techniques de pointe. Le faible nombre de pays qui font état de préoccupations dans ce domaine s'explique peut-être par le fait que la plupart des pays participant à l'enquête ont déjà adopté des mécanismes d'évaluation afin de contrôler le recours aux nouvelles technologies. Nous reviendrons plus tard sur cet aspect.

336. Plusieurs pays évoquent le problème du vieillissement de la population ou du manque de ressources lié à la diminution du nombre de cotisants. Certaines études montrent que le vieillissement n'aura pas, à court terme, d'effets notables sur les dépenses de la plupart des pays. Cependant, les réponses au questionnaire révèlent que de nombreux pays se préoccupent de l'adaptation de leur système à l'évolution des besoins de la population. L'Australie prévoit que la proportion de la population âgée de plus de 65 ans passera de 11.2 pour cent en 1991 à plus de 19 pour cent aux alentours de 2030. La proportion de personnes très âgées, c'est-à-dire de plus de 80 ans, augmentera de 49 pour cent entre 1991 et 2001. Le Japon est lui aussi préoccupé par le vieillissement de la population. De nombreux japonais se demandent s'ils pourront bénéficier de services d'aide et de soins de longue durée adaptés lorsqu'ils en auront besoin, et le gouvernement est en train de mettre en place un système d'assurance dépendance. L'Italie fait état d'un problème de répartition de la charge financière entre le budget public et les familles.

---

la progression des dépenses liée à l'extension de la couverture (à l'exception de l'Australie, comme nous le verrons plus loin). La maîtrise des dépenses de santé n'est pas non plus leur unique source de préoccupation. Beaucoup ont cité la qualité et les questions qui s'y rapportent comme étant des préoccupations au moins aussi importantes que les coûts.

En effet, les mesures tendant à faire supporter une partie de cette charge par les ménages en instaurant une participation aux dépenses de santé créent des déséquilibres entre les familles et entre les générations car les personnes âgées sont plus facilement exonérées de cette participation, compte tenu de leurs revenus, que les familles avec de jeunes enfants. En outre, les adultes qui ont des enfants à charge paient une participation plus élevée aux dépenses par le biais de leurs impôts et de leurs cotisations.

337. De nombreux pays se disent préoccupés par le fait que leurs prestataires ont trop tendance à se placer dans une logique de traitement (ou de soins curatifs), plutôt que dans une logique de prévention, ce dont témoigneraient l'existence de surcapacités hospitalières, le recours trop fréquent aux services d'urgence des hôpitaux, ou encore le fait que les médecins ne voient leurs patients que lorsqu'ils sont malades. Cette préoccupation relève du domaine de la politique de santé publique et de prévention. Elle est évoquée par la Turquie, qui estime que le manque d'efficacité du système de soins de premier recours et l'inefficacité des mécanismes d'orientation des patients sont responsables de la fréquentation excessive des services de consultation des hôpitaux. Plusieurs cantons suisses ont des problèmes de surcapacité hospitalière et d'offre excédentaire de services. Des efforts sont faits pour encourager la coopération intercantonale et la constitution de réseaux de prestataires de soins.

338. D'autres préoccupations liées aux coûts ont été citées. L'Australie s'inquiète du nombre élevé de personnes qui renoncent à être couvertes par une assurance médicale privée et comptent exclusivement sur le régime d'assurance public universel, car cette tendance entraîne une augmentation des dépenses publiques de santé. Les autres sujets de préoccupation entrant dans cette catégorie sont : la fraude aux Etats-Unis, notamment en matière de prélèvements sur les salaires au Mexique, et la pénurie de médecins en Norvège et au Portugal. La Corée fait état des difficultés financières rencontrées par les petits hôpitaux et les médecins de premier recours. Pour y remédier, elle cherche à encourager la coopération entre différents secteurs des services de santé.

### **Graphique 7.2 : Ventilation des préoccupations des pays : dépenses de santé**

#### ***Qualité des services et efficacité des soins***

339. Parmi les pays qui signalent des problèmes de qualité des services de santé, seuls quelques-uns établissent un lien direct avec les dépenses. En fait, d'après certaines réponses, les mesures prises par le passé pour réduire les coûts sans veiller à protéger les groupes vulnérables et sans modifier le fonctionnement du système de soins ont eu des résultats insatisfaisants. Elles ont eu des effets inacceptables sur l'accès aux soins, ont accru le mécontentement des consommateurs ou n'ont fait que reporter les coûts sur d'autres parties du système. Aussi les pays ont-ils désormais tendance à considérer la qualité du système de santé comme une question distincte de celle des coûts. Au Royaume-Uni, on accorde également de plus en plus d'attention à la qualité, mais celle-ci est considérée comme indissociable de l'efficacité. Ceci est particulièrement vrai dans des pays comme la Turquie, où les dépenses de santé ne constituent pas encore une préoccupation majeure. Le fait que l'amélioration de l'efficacité se traduise par une diminution des coûts est un point positif, mais les moyens employés pour atteindre cet objectif semblent avoir changé.

340. La plupart des pays font état de problèmes d'efficacité de leur système de santé. Il s'agit de problèmes liés au manque d'efficacité, à l'existence de services faisant double emploi, et au manque de systèmes d'information. Bien que tous ces problèmes puissent contribuer à accroître les coûts et à diminuer l'efficacité, la plupart des pays semblent plutôt les relier au thème de la qualité. La qualité est de loin le souci le plus souvent évoqué. La Belgique s'est fixé pour objectif la mise en place d'un système de collecte de données sur la consommation de médicaments, tandis que le Canada évoque la nécessité de

fonder les décisions sur des données plus fiables. Le Portugal fait état de nombreux problèmes dans ce domaine, parmi lesquels des cumuls de prestations concernant une partie importante de la population, l'absence de mécanismes garantissant la qualité des soins et les carences des systèmes d'information sur la santé.

341. Plusieurs pays signalent des problèmes de démarcation. Ces problèmes découlent de modifications apportées à la répartition des ressources et des responsabilités entre différents niveaux d'administration, différents ministères ou différentes agences. Les pays qui ont fait état de problèmes de cet ordre étaient généralement en train de fusionner des ministères, de transférer la responsabilité de certains programmes d'un ministère à l'autre, ou de mettre sur pied des "programmes conjoints" pour répondre à des problèmes sociaux se situant à la frontière de plusieurs domaines, par exemple la prise en charge de la dépendance. Les préoccupations que suscitent ces changements portent sur l'adéquation de la répartition des ressources ou les conflits de compétence entre des agences gouvernementales peu habituées à collaborer. Près d'un tiers des pays ayant répondu au questionnaire évoquent ce type de problèmes. Le Mexique connaît un problème de fragmentation et de manque de coordination dû à la multiplicité des producteurs de soins publics et privés, dont beaucoup n'offrent leurs services qu'à un segment particulier de la population bénéficiant d'une couverture liée à l'emploi. Cette situation est à l'origine de redondances, tant au niveau de l'offre de soins qu'au niveau des primes versées par les familles. L'Autriche a récemment regroupé toutes les ressources destinées au financement des hôpitaux dans des fonds gérés par les Länder afin de faciliter la planification à l'échelle nationale et l'ajustement optimal des capacités. Elle compte mettre en place un système uniforme de remboursement fondé sur les résultats afin de contribuer à résoudre les problèmes de collaboration entre Länder dans le domaine des soins hospitaliers.

342. Certains pays ont fait état de problèmes relatifs à la satisfaction des consommateurs, évoquant notamment des **causes** d'insatisfaction comme l'existence de files d'attente dans certains services, ou de listes d'attente pour bénéficier de certains traitements<sup>43</sup>. Le Danemark envisage par exemple d'augmenter les capacités hospitalières en matière de soins et de chirurgie afin de diminuer les délais d'attente. La Norvège a institué un nouveau système de gestion des listes d'attente et de nouveaux mécanismes de financement. Les autres problèmes qui ont été classés dans cette catégorie sont des **symptômes** de l'insatisfaction des consommateurs. Par exemple, dans de nombreux pays, le fait que des personnes quittent le système public de santé pour s'affilier à un régime d'assurance privé montre que ces personnes ne sont pas satisfaites du service public. Au Japon, cette insatisfaction se manifeste par le fait que les patients se dirigent systématiquement vers les grands hôpitaux, créant ainsi des files d'attente dans ces établissements. Enfin, les problèmes d'insatisfaction du corps médical mentionnés par certains pays ont également été rangés dans cette catégorie. Au Canada, l'opinion publique a le sentiment que certains professionnels vont travailler aux Etats-Unis parce qu'ils sont mécontents du système de santé canadien. Au total, environ la moitié des pays de l'OCDE font état de préoccupations liées à la satisfaction des consommateurs.

### Graphique 7.3 : Ventilation des préoccupations des pays : qualité

<sup>43</sup> Note : Les problèmes de files d'attente à l'hôpital signalés par le Japon ont été rangés dans cette catégorie, mais on a fait remarquer que les files d'attente peuvent aussi être le signe de problèmes de répartition des ressources (ou d'efficacité). Ces problèmes auraient donc également pu être classés dans la catégorie des préoccupations liées à l'efficacité.

### *Amélioration de la santé publique et équité*

343. Enfin, une dernière série de préoccupations apparaissant dans les réponses des pays a été rangée dans la catégorie des problèmes de santé publique. Les pays qui ont déclaré avoir pris des mesures pour améliorer l'éducation à la santé, modifier les habitudes d'hygiène, élargir l'accès, développer les services de soins primaires ou prévenir les risques pour la santé ont été considérés comme ayant des préoccupations liées à l'amélioration de la prévention.

344. De nombreux pays ont fait état de préoccupations concernant les résultats sur le plan de la santé. Les nouvelles maladies infectieuses, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le niveau élevé de mortalité infantile et la faiblesse de l'espérance de vie sont des sujets de préoccupation fréquents. Les principaux objectifs de la politique de santé de la Belgique sont les suivants : améliorer la santé de la population grâce à l'éducation pour la santé et à la réglementation de la qualité des produits et des processus de production ; protéger la santé contre les facteurs de risque ; optimiser les résultats du système curatif. La Pologne a de nombreux objectifs dans ce domaine, notamment faire diminuer la mortalité infantile et la prévalence des maladies infectieuses. Le nouveau gouvernement britannique affiche l'amélioration de la santé publique comme l'une de ses grandes priorités et en fait l'un des éléments de sa stratégie de politique de santé présentée dans le rapport "Our Healthier Nation". Bien que de nombreux pays aient mis en place des programmes visant à réduire l'incidence des maladies chroniques, seuls quelques-uns ont expressément mentionné ces maladies comme un sujet de préoccupation.

345. Améliorer la salubrité de l'environnement est un souci qui concerne plus particulièrement les pays ayant adhéré récemment à l'OCDE. Ces pays font de gros efforts pour améliorer la qualité de leur eau potable et la salubrité de leur environnement. La Hongrie et la Pologne ont notamment engagé des actions dans ce dernier domaine.

346. De nombreux pays affichent comme l'un des objectifs de leur politique de santé l'amélioration des programmes d'éducation à la santé et de promotion de la santé, notamment dans le but de lutter contre le tabagisme, de limiter la propagation des maladies sexuellement transmissibles et de promouvoir une bonne hygiène de vie. Bien que ces programmes puissent contribuer à améliorer les résultats sur le plan de la santé, les pays ont eu tendance à citer séparément leurs objectifs dans ce domaine plutôt que de mettre en relation la modification des habitudes d'hygiène et la modification des résultats sur le plan de la santé. Au total, un nombre assez important de pays font état de préoccupations dans ce domaine. C'est le cas notamment de la France, où plusieurs objectifs en matière de promotion de la santé publique ont été identifiés en 1996 lors d'une Conférence nationale de santé, notamment : affecter des ressources à la promotion et à l'évaluation de la santé et renforcer les initiatives et programmes de prévention-éducation visant à éviter la dépendance chez l'adolescent (alcool, tabac, médicaments psychotropes).

347. La majorité des pays indiquent que les questions d'équité, par exemple l'extension de la couverture ou la possibilité de consultations préventives gratuites pour certaines catégories de bénéficiaires, sont des éléments importants de leur politique de santé publique. Les pays ont été répertoriés comme ayant des préoccupations liées à l'équité lorsqu'ils ont déclaré qu'ils s'efforçaient d'améliorer la couverture de leur population ou de garantir l'accès aux soins des personnes à faible revenu, ou lorsqu'ils ont cité parmi leurs motifs d'inquiétude l'existence de disparités de résultats sur le plan de la santé entre différents groupes de la population. Dans certains nouveaux pays Membres comme le Mexique, l'amélioration de la couverture ou de la qualité des prestations du système public de santé constituent des sujets de préoccupation majeurs. Dans certains des pays où la couverture universelle est déjà réalisée, notamment le Royaume-Uni, le Canada et la Finlande, les préoccupations liées à l'équité portent plutôt sur la persistance d'inégalités de santé entre groupes de population. La plupart des pays de

l'OCDE font état de préoccupations dans ce domaine, les plus fréquentes étant l'égalité sur le plan de l'état de santé et l'amélioration des soins aux handicapés mentaux.

### **Graphique 7.4 : Ventilation des préoccupations des pays : santé publique**

#### **Vue d'ensemble des systèmes de santé des pays de l'OCDE**

##### **Encadré A : Caractéristiques des systèmes de financement/d'assurance des soins de santé**

348. La présentation synthétique des systèmes de santé des pays de l'OCDE permet de comprendre le contexte dans lequel se situent les réformes en cours. Chaque système comporte ses points forts et ses points faibles, lesquels ont une incidence sur le résultat des tentatives de réforme des pays. Par exemple, dans un système comme celui de la Finlande, qui est financé par l'impôt et où les hôpitaux et les centres de santé reçoivent un budget global de fonctionnement, il est relativement facile d'opérer un contrôle global des dépenses. Les soins médicaux sont financés par l'Etat, ce qui permet de prévoir les financements et les coûts d'année en année (L'Etat peut fixer le montant des ressources qui seront consacrées à la santé au cours d'une année donnée). Comme le note la Finlande : "Il convient de souligner que le système de financement par l'impôt des services de santé a permis d'assurer à ceux-ci une base financière stable pendant les années de crise économique. Il a évité la crise de financement des services de santé qui serait très probablement survenue si le système avait été fondé sur le principe de l'assurance".

349. Toutefois, l'inconvénient de ce système est qu'il est plus difficile de mesurer l'efficacité de la prestation de services. Dans un système de budget global, les prestataires de soins doivent déterminer les services qu'ils peuvent fournir dans les limites du budget qui leur est alloué. Il peut en résulter des files d'attente, comme on en voit notamment dans les hôpitaux finlandais. Pour remédier à ce problème, certains pays ont mis en place des mécanismes destinés à améliorer l'efficacité. Le système de classement des demandes d'admission à l'hôpital en fonction de leur urgence clinique appliqué en Finlande en est un exemple.

350. Dans les systèmes financés par l'assurance sociale, où la rémunération à l'acte est le mode de paiement le plus répandu, les problèmes de files d'attente sont moins fréquents<sup>44</sup>. Ces systèmes subissent toutefois un phénomène de demande induite par les prestataires dans la mesure où il peut être tentant pour ces derniers de faire revenir les patients plusieurs fois. Ce constat a conduit la Corée à lancer une expérience de tarification par groupes homogènes de malades afin d'évaluer si ce système est plus efficace que le système actuel de paiement à l'acte. Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble des systèmes de santé des différents pays et permettra ainsi au lecteur de se faire une idée des défis auxquels chaque système est confronté.

#### **Tableau 7.2 : Caractéristiques des systèmes de santé -- Administration et financement**

##### **Mesures destinées à améliorer l'efficacité**

351. Après une période de croissance rapide à fin des années 80 et au début des années 90, la progression des dépenses de santé s'est ralentie, puis plus ou moins stabilisée. Dans l'ensemble, la part

<sup>44</sup> Les régimes d'assurances sociales n'échappent cependant pas toujours à ce problème. Le Japon connaît par exemple un problème d'engorgement de certains établissements médicaux auxquels les patients couverts par l'assurance sociale ont facilement accès.

des dépenses de santé dans le PIB reste stable ou recule légèrement. Néanmoins, la maîtrise des dépenses de santé reste une préoccupation majeure des pays de l'OCDE. Pour y répondre, ils ont récemment mis en place un certain nombre de mesures d'économie destinées à poursuivre la stabilisation de la croissance des dépenses et à mieux utiliser les ressources à leur disposition.

### *Transfert de la charge financière aux consommateurs*

De nombreux pays ont adopté des mesures tendant à augmenter la participation des patients aux dépenses de santé. Ils ont notamment cherché à responsabiliser les patients par des politiques de ticket modérateur, modifié les systèmes de paiement ou imposé des mesures de limitation des tarifs et des prestations.

352. La participation aux dépenses est souvent utilisée dans le but de "modérer" la demande de services de santé en sensibilisant les patients aux coûts de ces services. Elle peut revêtir trois formes : le **ticket modérateur forfaitaire**, formule consistant à demander au patient d'acquitter un montant fixe en contrepartie d'un service ; le **ticket modérateur proportionnel**, où le patient participe au coût d'un service dans une proportion déterminée ; la **franchise**, formule en vertu de laquelle le patient supporte le coût global des prestations jusqu'à concurrence d'un certain montant prédéfini au-delà duquel l'assurance prend les dépenses à sa charge.

353. Huit pays ont pris des mesures tendant à accroître la participation financière des consommateurs. Ces mesures étaient généralement destinées à réduire les dépenses de médicaments, sauf dans le cas de l'Allemagne où la décision de porter à 5 DM la participation forfaitaire était destinée à résorber le déficit de 6.3 milliards de DM enregistré en 1996. Le troisième volet de la réforme du système de santé allemand a été mis en oeuvre au cours de l'été 1997 et les mesures appliquées ont permis à l'ensemble des caisses d'assurance maladie de dégager un excédent de 1,1 milliard de DM en 1997. L'Australie a accru le montant de la participation forfaitaire aux dépenses pharmaceutiques, tandis que la Grèce et l'Italie ont institué un ticket modérateur proportionnel. Le Japon a également introduit un ticket modérateur sur les médicaments prescrits en médecine de ville, tant pour les personnes affiliées au régime d'assurance maladie des salariés que pour celles relevant du régime national d'assurance santé. Le montant du ticket modérateur varie selon le nombre de médicaments prescrits : de 0 (un seul médicament) à 100 yens (6 médicaments ou plus) pour les médicaments à usage interne, et de 50 (un médicament) à 150 yens (trois médicaments ou plus) pour les produits à usage externe. D'autres pays ont augmenté les taux des tickets modérateurs proportionnels. Au Japon, par exemple, ce taux a été porté de 10 à 20 pour cent. En Turquie, la principale mesure de maîtrise des dépenses a consisté à instaurer un ticket modérateur sur les médicaments prescrits ou utilisés en médecine ambulatoire. Son taux a été fixé à 20 pour cent pour les assurés sociaux actifs, et à 10 pour cent pour les retraités.

### **Tableau 7.3 : Participation des assurés au coût des services médicaux dans les pays de l'OCDE (dollars des Etats-Unis)**

354. Les contraintes budgétaires ont conduit certains pays à diminuer le niveau de prise en charge de certaines prestations. C'est le cas de l'Australie, qui a notamment mis fin à un programme sur quatre ans au titre duquel le gouvernement fédéral contribuait au financement des programmes de soins dentaires mis en place par les Etats et les territoires au profit des australiens de condition modeste. La France et l'Italie ont révisé leur liste de médicaments remboursés et ont apporté des modifications à leur couverture, limitant notamment le remboursement de certaines catégories de médicaments. Le gouvernement espagnol est en train de revoir l'éventail des prestations prises en charge par le système public en fonction de critères d'efficacité et de rationalité.



*Maîtrise de l'offre et de la demande par le contrôle des prix et des quantités*

355. Bien que les problèmes de demande induite par les prestataires et de surconsommation médicale ne figurent pas parmi les sujets de préoccupation évoqués dans les réponses de la section 1, il est intéressant de constater que les pays ont pris de nombreuses mesures pour remédier à ces problèmes. Les produits pharmaceutiques sont l'une des principales cibles des interventions visant à freiner la progression des dépenses en agissant sur l'offre. L'Espagne et la Grèce ont réduit les marges bénéficiaires pouvant être appliquées par les pharmaciens, tandis que l'Italie a institué une liste de médicaments prioritaires comportant trois catégories. Les médicaments de la première catégorie sont intégralement remboursés par le Système national de santé, ceux de la seconde ne sont que partiellement remboursés et ceux de la troisième restent à la charge des patients. L'Espagne a elle aussi établi une liste de médicaments prioritaires et régleme l'utilisation des médicaments génériques lorsque cela est possible.

356. De nombreux pays ont expérimenté de nouvelles méthodes de rémunération des prestataires. De tous temps, les pays ont eu recours à l'une des quatre méthodes suivantes de financement des hôpitaux : le **système du budget global**, qui consiste à accorder à chaque hôpital une dotation annuelle ; le **paiement à l'acte**, où le prestataire est payé en fonction des services fournis. Le financement sur la base d'un **prix de journée**, qui consiste à verser un montant forfaitaire par lit occupé ; enfin, le **paiement par cas**, où un tarif prospectif est fixé en fonction des affections médicales diagnostiquées et des coûts de traitement standardisés. L'exemple le plus abouti de ce mode de paiement est celui des **groupes homogènes de malades** (Diagnostic Related Groups, ou DRG) qui ont été introduits dans le programme Medicare, aux Etats-Unis, en 1983 (OCDE, 1995b).

**Tableau 7.4 : Principaux modes de paiement des prestations de santé en 1997 : système de base**

357. Dans le souci de limiter encore la demande induite par les prestataires, de nombreux pays s'orientent vers de nouvelles formules de paiement des hôpitaux grâce auxquels ils espèrent maîtriser les dépenses et supprimer l'offre excédentaire. Ainsi les pays se tournent-ils de plus en plus vers la tarification par groupes homogènes de malades (DRG). "Ces formules sont davantage liées à la production que les autres formules de financement évoquées plus haut, ce qui facilite la concurrence pour la passation des contrats en vue d'un traitement et limite la tendance des prestataires à augmenter le volume des services. Les hôpitaux sont incités à accélérer la rotation des malades (autrement dit à réduire les durées de séjour)." (OCDE, 1995b). En Autriche et en Italie, les hôpitaux étaient auparavant financés sur la base d'un forfait journalier, mais ces deux pays ont maintenant adopté un système de tarification par pathologie qui tient compte des prestations effectivement fournies. (L'Autriche applique également ce système aux services de consultations externes des hôpitaux). La Corée est en train d'expérimenter dans plusieurs hôpitaux un système de tarification par DRG pour cinq pathologies. Cette expérience doit se poursuivre jusqu'en l'an 2000. "[le système de paiement à l'acte] avait des effets indésirables sur le comportement des médecins ... et entraînait une augmentation rapide des dépenses liée à la progression des coûts administratifs" (réponse de la Corée au questionnaire). La tarification par groupes homogènes de malades est de plus en plus répandue au Danemark. La Norvège, qui applique toujours le système du budget global, a introduit en juillet 1997 une composante liée à l'activité.

358. D'autres pays ont opté pour des méthodes plus sévères de régulation des dépenses des prestataires que la tarification par groupes homogènes de malades. Certains ont mis en place un système de dotation globale forfaitaire afin d'éviter le développement d'une offre de services surabondante. La Belgique a instauré un système de paiement forfaitaire qui s'applique à diverses catégories de soins infirmiers dispensés dans les maisons de repos ainsi qu'aux consultations externes des hôpitaux, aux examens en laboratoire et aux médicaments prescrits aux malades hospitalisés. Certaines provinces

canadiennes ont adopté des dispositifs similaires consistant, par exemple, à plafonner le montant global des remboursements aux médecins, ou à rémunérer ceux-ci sous forme de salaire.

359. Une autre méthode de maîtrise des dépenses hospitalières consiste à transférer aux médecins de premier recours la responsabilité de la gestion des fonds. Le Royaume-Uni a lancé en 1991 une expérience consistant à confier aux médecins de premier recours la gestion d'un budget de soins de second recours. Les réformes introduites en 1997 ont étendu ce système à l'ensemble des généralistes et des infirmières qui, regroupés en cabinets de soins primaires desservant une population d'environ 100 000 personnes, "achèteront" les services de soins de second recours nécessaires à leur clientèle. Ces cabinets disposeront d'un budget global couvrant les soins hospitaliers et les prescriptions.

*Mesures visant à encourager une utilisation optimale des ressources*

360. Conscients que toute tentative pour infléchir le comportement des consommateurs et des prestataires est condamnée à l'échec dans un système de santé inefficace, les pays se sont efforcés de favoriser une utilisation optimale des ressources en raccourcissant la durée des séjours à l'hôpital et en développant le recours aux soins ambulatoires et à domicile. L'Autriche affiche comme l'une de ses priorités pour les années à venir la définition de règles régissant l'admission dans les hôpitaux, ceci dans le but de diminuer la durée des séjours. En outre, elle s'attache à favoriser la coopération entre les Länder en vue d'une meilleure complémentarité des services hospitaliers. Depuis le début des années 90, la Finlande s'est engagée dans un vaste programme national visant à diminuer le volume des soins dispensés en institution et à développer les soins ambulatoires ainsi que le recours à des aides ménagères et autres services permettant le maintien à domicile des personnes aussi longtemps que cela est possible. Ce rééquilibrage a permis de ne pas restreindre la couverture offerte et de préserver la qualité des services en dépit des mesures d'économie imposées. Le Canada, la Hongrie, l'Italie, le Luxembourg et la Pologne ont également adopté des mesures tendant à regrouper des services hospitaliers ou à diminuer la durée des séjours.

361. Un autre moyen utilisé pour réduire la durée des séjours à l'hôpital consiste à transférer la charge de leur financement du niveau fédéral à un autre niveau. Le financement et l'organisation de l'offre de services et de soins à domicile incombant le plus souvent aux autorités locales, les pouvoirs publics leur ont confié la responsabilité des services hospitaliers afin de favoriser le développement de ces services. Cette mesure permet également d'assurer une planification plus efficace des ressources. En Autriche, par exemple, le financement des hôpitaux a été confié à des caisses gérées par les Länder afin de favoriser une planification optimale des capacités hospitalières à l'échelle nationale. En outre, les Länder sont désormais tenus de prendre en charge l'augmentation des dépenses hospitalières. La Pologne s'est elle aussi efforcée de favoriser une répartition plus rationnelle des ressources de son système de santé en autorisant le remboursement des soins hospitaliers dispensés à des patients en dehors du secteur médical dont ils dépendent. Enfin, la Turquie a entrepris un processus de décentralisation qui s'est traduit par un transfert de compétences au profit des autorités provinciales.

362. Toujours dans le souci de mieux utiliser les ressources, de nombreux pays se sont efforcés d'assurer une répartition plus conforme aux besoins de la population. C'est pourquoi les règles de distribution des enveloppes globales ou des subventions fédérales ont été modifiées dans de nombreux pays. La Pologne a entièrement remanié son système de répartition des ressources : le niveau de financement accordé aux établissements régionaux, qui était auparavant fixé d'après les coûts constatés par le passé (qui dépendaient du contexte institutionnel, des effectifs et des équipements), est désormais calculé d'après des critères démographiques et un indice de mortalité standardisé, en application de la nouvelle formule élaborée en 1994-1995. La France a institué des agences régionales de financement de

l'hospitalisation publique et privée afin de corriger les inégalités géographiques. Au Canada, le nouvel accord sur le financement fédéral applicable jusqu'en 2003 garantit aux provinces et aux territoires une enveloppe budgétaire stable et prévisible pour le financement de leurs services sanitaires et sociaux et de l'enseignement post-secondaire.

363. Enfin, toujours pour encourager l'efficacité, de nombreux pays ont adopté des politiques rigoureuses d'encadrement des dépenses, gelant les taux de remboursement ou modifiant les prestations couvertes par le régime public. L'Australie a adopté toute une panoplie de mesures de maîtrise des dépenses, parmi lesquelles le gel du barème des honoraires et la limitation de la prise en charge de certaines prestations. L'Autriche a plafonné l'évolution des honoraires des médecins : l'augmentation des honoraires et des coûts à la charge des patients ne doit pas être supérieure à l'augmentation des recettes du système d'assurances sociales. Les Etats-Unis ne sont pas en reste dans ce domaine : ils ont abaissé le montant des coûts ainsi que l'évolution des versements éventuels effectués par Medicare au profit des maisons de retraite et des centres de santé ainsi que le montant des remboursements des dépenses d'équipement des hôpitaux.

### *Amélioration des systèmes de financement public*

364. Un petit nombre de pays ont entrepris de réformer les mécanismes de financement de leur système public de santé. En Australie, par exemple, le système universel d'assurance santé, Medicare, était financé par le budget sur la base de projections concernant le nombre de personnes susceptibles d'opter pour une assurance privée. Cependant, en raison de l'excellente qualité du système public, le nombre de personnes qui ont choisi ce système s'est avéré plus élevé que prévu, ce qui risquait d'entraîner à terme des difficultés de financement. Aussi le gouvernement a-t-il décidé de diversifier les produits d'assurance proposés afin d'inciter un plus grand nombre de personnes à souscrire une assurance privée : des réductions sur les primes d'assurance privée ont été accordées et des pénalités fiscales ont été imposées aux personnes à hauts revenus qui n'optent pas pour l'assurance privée. La Pologne prépare elle aussi une réforme de son système de financement. Le système de santé polonais est traditionnellement financé par l'impôt, mais la réforme envisagée pourrait conduire à remplacer le financement budgétaire par un système actuariel. "Ceci permettrait de ne plus financer les dépenses sur le budget de l'Etat, d'atténuer les conflits d'intérêts dans le domaine de la sécurité sociale, et aurait des effets positifs sur le développement économique du pays" (réponse de la Pologne).

### *Evaluation des techniques médicales*

365. Les techniques médicales constituent une autre cible des mesures de maîtrise des dépenses. Sur l'ensemble des pays ayant participé à l'enquête, vingt et un ont déclaré avoir mis en place un système d'évaluation des techniques médicales. Une grande partie de ces pays se sont dotés d'une agence chargée d'évaluer les techniques médicales avant leur mise sur le marché. Aux Pays-Bas, les nouveaux équipements sont d'abord expérimentés dans un petit nombre d'hôpitaux spécialisés, puis on décide s'il convient de généraliser leur utilisation ou de la limiter à ces quelques établissements. Plusieurs pays qui ne disposaient pas auparavant d'un système d'évaluation des nouvelles techniques se sont maintenant dotés d'un tel système. Ainsi la France et la Finlande ont-elles institué une instance chargée de l'évaluation des nouvelles techniques médicales dans le cadre de leurs dernières réformes, tandis que l'Autriche a mis au point un système de planification visant à limiter le nombre d'appareils médicaux et d'équipements thérapeutiques coûteux dans chaque secteur hospitalier. Au Royaume-Uni, un critère de coût-efficacité sera systématiquement appliqué lors de l'évaluation des nouvelles techniques médicales, en plus des critères habituels de sécurité, efficacité et qualité.

**Tableau 7.5 : Mesures de maîtrise des dépenses dans les pays de l'OCDE****Contrôle de qualité et renforcement de l'efficacité**

366. La grande majorité des réponses à la question portant sur les stratégies mises en oeuvre pour améliorer la qualité malgré de fortes contraintes budgétaires dénotent une prise de conscience croissante de l'importance de systèmes efficaces de planification et de prestation des soins médicaux. Les thèmes qui reviennent le plus fréquemment sont l'assurance qualité, la planification sanitaire et la satisfaction des consommateurs.

367. Le signe le plus évident de l'intérêt grandissant porté à la qualité est le nombre de pays qui ont institué des commissions spéciales sur la qualité et des agences d'assurance qualité chargées d'élaborer des normes de qualité pour les soins médicaux : Australian Cochrane Collaboration en Australie, réseau d'hôpitaux partenaires pour la promotion de la santé en Autriche, Fonds de recherche sur les services de santé au Canada, Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES) en France, Système de mesure des résultats sanitaires, institué au Mexique en 1996. La Turquie a adopté une loi instituant une Académie nationale de la santé, le Royaume-Uni a fondé le "National Institute for Clinical Excellence" et institué une commission pour l'amélioration de la santé ; enfin, une commission présidentielle sur la qualité et la protection des consommateurs a été créée aux Etats-Unis.

368. Plusieurs pays ont mis sur pied des programmes nationaux de normes de performances et d'assurance qualité pour favoriser le développement de dispositifs de soins de grande qualité. L'Espagne, par exemple, a défini des niveaux de performance et des normes de qualité par rapport auxquels des objectifs de progression sont fixés chaque année. De nombreux pays appliquent également de tels systèmes dans le cadre de programmes d'évaluation de la qualité. En Suède, le Comité national de la santé et de la protection sociale est chargé du suivi, de l'évaluation et du contrôle de la qualité des soins. Aux Etats-Unis, la Commission mixte pour l'accréditation des organismes de soins définit les critères d'accréditation des établissements qui achètent une accréditation auprès de celle-ci, et un système de fiches-qualité, le Système de données et d'information des employeurs sur l'assurance santé (Health Plan Employer Data and Information Set, ou HEDIS) a été mis au point afin que les consommateurs puissent choisir plus facilement leur organisme de soins. Le Royaume-Uni est en train de mettre au point, dans le cadre des réformes décidées en 1997, un système analogue de fiches-qualité (appelé système de gestion des performances) couvrant six domaines, parmi lesquels l'efficacité clinique et l'équité. L'Australie, le Canada, la France, le Mexique, la Belgique, le Danemark et l'Autriche ont également recours à des procédures d'évaluation et d'assurance qualité.

369. Outre les mesures individuelles en faveur de la qualité, les commissions nationales ont démontré leur volonté d'améliorer la qualité des soins en diffusant les initiatives et les objectifs des pouvoirs publics dans ce domaine. La troisième phase de la réforme de système de santé allemand offre un exemple de ce type d'initiatives gouvernementales. Cette phase met l'accent sur la responsabilité des unions de médecins, des caisses d'assurance maladie et des assurés en matière de financement et de résultats. Ayant constaté que les mesures de maîtrise des coûts n'avaient pas d'effets durables, le gouvernement allemand a proposé de confier aux caisses autonomes le soin de lutter contre les pratiques anti-économiques et les dépenses inutiles. La réforme envisagée vise un triple objectif : 1) Renforcer le rôle des commissions indépendantes des caisses d'assurance maladie et des prestataires ; 2) Améliorer l'assise financière des caisses légales d'assurance maladie ; 3) Accroître la responsabilité financière des caisses d'assurance maladie et responsabiliser les assurés.

*Efficacité et coordination des soins*

370. Bon nombre des commissions chargées de la qualité s'attachent à perfectionner les méthodes de planification afin d'améliorer la coordination et la qualité des soins. En Australie, les ministres de la santé et des services médico-sociaux du Commonwealth et des États s'efforcent de clarifier et d'améliorer la répartition des rôles et des responsabilités. Ils cherchent aussi à supprimer les services qui font double emploi, à combler les lacunes et à faire en sorte que l'offre de prestations évolue en fonction des besoins sanitaires de la population plutôt que des programmes et des prestataires existants. En Belgique, la loi cadre sur la Sécurité sociale a introduit une série de mesures destinées à favoriser la collaboration, notamment la tenue d'un dossier médical par patient. L'Autriche est en train de mettre au point un mécanisme complet et efficace de planification et de contrôle à l'échelle fédérale.

*Qualité de la prestation de services*

371. De nombreux pays ont établi un lien entre la qualité des prestations et leur remboursement. En France, des incitations financières ont été mises en place en direction des hôpitaux afin d'améliorer la qualité. La Hongrie est en train d'adapter son système de financement pour que la quantité de services fournis et leur qualité soient mieux pris en compte. En Italie, les prestataires publics et privés sont tenus d'adopter un système de vérification et de suivi de la qualité, et doivent prendre cet aspect en compte lorsqu'ils passent un contrat.

372. L'attention croissante portée à l'amélioration de la qualité et à la diminution des coûts se manifeste également par le fait que de nombreux pays décrivent de nouvelles initiatives visant à inciter les prestataires à améliorer la qualité de leurs services. Par exemple, l'Allemagne mentionne les nouveaux contrats structurels passés avec les caisses d'assurance maladie. Le médecin généraliste ou le réseau de médecins généralistes ou spécialistes (cabinets en réseau) ayant passé un tel contrat avec une caisse d'assurance maladie est responsable de la qualité, du volume et de l'efficacité économique des soins dispensés. Ce système encourage une certaine part d'innovation tout en garantissant la stabilité budgétaire. En Irlande, le financement de l'innovation est désormais lié à la réalisation d'objectifs définis d'un commun accord et au respect de procédures visant à assurer la transparence. En outre, une législation spéciale sur la transparence a été adoptée afin de favoriser l'efficacité et l'efficacité grâce à un contrôle des dépenses effectué par les conseils sanitaires. En Grande-Bretagne, les hôpitaux seront bientôt également responsables de la qualité des soins et devront adopter des accords de bonne gestion clinique.

**Encadré B : Initiatives prises par les pays Membres pour améliorer la qualité***Satisfaction des patients*

373. Renforcer le rôle des consommateurs est une préoccupation importante dans certains pays. L'Australie, met au point des stratégies pour associer les consommateurs à la planification, à la fourniture et à l'évaluation des services de santé et s'attache à développer et appliquer des chartes pour l'utilisation des services publics, notamment les services de santé<sup>45</sup>. La Hongrie est en train de mettre en oeuvre des mesures d'assurance qualité afin que les droits des consommateurs soient mieux respectés. La Finlande a mis sur pied au début de l'année 1997 un vaste projet de recherche et de démonstration qui a pour but

<sup>45</sup> Une étude publiée récemment en Australie présente une série d'études de cas montrant comment on peut améliorer la qualité des soins en milieu hospitalier en renforçant le rôle des consommateurs, et en tire divers enseignements sur la façon d'améliorer la participation des patients.

d'étudier les moyens de renforcer le rôle des consommateurs et de préciser les compétences respectives des services de santé, des services de soins spécialisés et des services sociaux. Le Royaume-Uni va lancer une nouvelle enquête nationale annuelle auprès des patients et des utilisateurs dont les résultats seront publiés aux niveaux national et local. Enfin, aux Etats-Unis, la Commission sur la qualité des soins médicaux a établi une "déclaration des droits des consommateurs" de soins médicaux.

374. Les files d'attente constituent une autre préoccupation liée à la qualité. Le Danemark s'est efforcé d'accroître les capacités hospitalières de traitement et de chirurgie afin de diminuer les délais d'attente. La Norvège a adopté un système en vertu duquel les hôpitaux doivent donner aux patients la garantie d'être reçus pour une visite de diagnostic ou un traitement dans un délai maximum de trois mois. Le Royaume-Uni a pris des engagements similaires afin de diminuer les délais d'attente pour la chirurgie cancéreuse et les interventions non urgentes.

### *Information et mesure de la qualité*

375. La mesure des résultats, dont il est question dans d'autres documents de l'OCDE (le plus récent étant le document DEELSA/ELSA/HP(97)2), fait partie des moyens utilisés pour faciliter la mise en oeuvre de bon nombre des initiatives en faveur de la qualité mentionnées ci-dessus. En Autriche, des programmes de mesure des résultats ont été mis en oeuvre dans de nombreux secteurs. En Belgique, des indicateurs ont été développés au cours de la dernière décennie pour le secteur hospitalier, et une enquête sur la santé de la population a été entreprise, notamment dans le but d'élaborer d'autres indicateurs.

### **Tableau 7.6 : La mesure des résultats dans un certain nombre de pays Membres de l'OCDE**

### *Concurrence et responsabilisation*

376. La concurrence est un instrument utilisé par de nombreux pays de l'OCDE pour améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé. La plupart des mesures tendant à instaurer la concurrence sont basées sur une séparation entre les "acheteurs", c'est-à-dire les assureurs, et les "producteurs de soins". Les assureurs peuvent sélectionner les professionnels qui proposent un bon choix de prestations à des tarifs abordables, et font ainsi jouer la concurrence entre les prestataires. La réforme mise en oeuvre en Australie en 1995 illustre ce type de démarche : les assureurs privés ont la possibilité de négocier avec les hôpitaux, les dispensaires assurant des soins ambulatoires et les professionnels des contrats portant sur les tarifs et la gamme des services proposés, ce qui leur permet ensuite d'offrir de meilleures prestations aux consommateurs. La Turquie a pris des mesures en vue d'établir une séparation entre acheteurs et prestataires et cherche à accroître l'autonomie des hôpitaux publics pour les amener à se gérer de manière plus performante. Au Royaume-Uni, les réformes de 1997 maintiennent la séparation entre acheteurs et prestataires introduite en 1991, mais mettent à présent l'accent sur la coopération plutôt que sur la concurrence entre les prestataires dans un souci d'équité, de continuité des soins et de diminution des coûts de transaction.

377. Une autre mesure de réforme importante consiste à laisser aux patients la liberté de choix de leur assureur. En Allemagne et aux Pays-Bas, les consommateurs disposent d'une certaine liberté de choix. Les assurés allemands ont obtenu le droit de changer de caisse de maladie en cas de majoration du taux de cotisation (Beitragssatz)<sup>46</sup>; aux Pays-Bas, il est possible de changer d'assureur tous les six mois. La Turquie espère améliorer la qualité et l'efficacité des soins grâce à l'introduction d'un nouveau système de

<sup>46</sup> Ils disposaient déjà du droit de changer de caisse une fois par an.

médecine familiale pour les soins de premier recours en vertu duquel les patients pourront choisir librement leur médecin de famille. En outre, le système d'accès aux services spécialisés a été modifié afin de mieux satisfaire les patients.

**Tableau 7.7 : Mesures prises récemment par les pays de l'OCDE pour instaurer la concurrence**

**Tableau 7.8 : Mesures prises par les pays de l'OCDE pour améliorer la qualité du système de soins**

**Mesures prises dans le domaine de la santé publique et de l'équité**

378. Comme indiqué précédemment, les pays Membres ont de plus en plus tendance à réorienter leur politique de santé de manière à privilégier les actions de santé publique. Ce qui illustre le mieux cette tendance, c'est peut-être le nombre important de pays qui ont créé récemment un nouveau ministère ou un département chargé de la santé publique<sup>47</sup>. La Grèce a créé une Direction générale de la santé publique ; l'Irlande a rebaptisé son ministère de la Santé "ministère de la Santé et de l'Enfance"; le Mexique a nommé un Sous-secrétaire chargé de la prévention et de la lutte contre les maladies ; le Royaume-Uni a nommé un nouveau ministre de la Santé publique.

*Dépenses de santé publique*

379. Qu'ils aient ou non institué de nouvelles agences, les pays ont eu du mal, dans l'ensemble, à fournir une estimation de leurs dépenses de santé publique. Ils ont toutefois indiqué que ces dépenses représentaient de 5 à 12 pour cent du total des dépenses de santé. Ils ont également précisé qu'il était facile de donner une estimation du montant des postes budgétaires dédiés à des programmes spécifiques, mais qu'il était plus difficile de fournir des chiffres précis, ceci pour plusieurs raisons. Premièrement, la santé publique englobe traditionnellement un large éventail d'activités. Selon C.E.A Winslow (cité dans "The Future of Public Health", 1989) :

"La santé publique est l'art de : 1) prévenir les maladies, 2) prolonger la vie, et 3) mettre en oeuvre des actions collectives visant à a) assurer la salubrité de l'environnement, b) lutter contre les maladies transmissibles, c) assurer l'apprentissage des règles d'hygiène individuelle, d) organiser les services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, et e) développer un dispositif de protection sociale assurant à chacun un niveau de vie suffisant pour rester en bonne santé, et mettre par conséquent en place un système de prestations permettant à chaque citoyen de préserver son capital santé."

380. Le vaste champ couvert par cette définition explique la difficulté de distinguer précisément les sommes consacrées à la santé publique, d'autant plus que d'autres domaines comme le logement, l'aide sociale et l'éducation jouent de ce point de vue un rôle essentiel. D'autre part, les médecins de premier recours assumant un nombre croissant de tâches qui relèvent de la prévention et de la santé publique, il devient plus difficile d'évaluer le temps qu'ils consacrent à ces tâches, en particulier dans les pays où les médecins sont salariés ou sont rémunérés à la capitation. Enfin, la santé publique relève dans de nombreux

<sup>47</sup> Il va de soi que de nombreux pays ont déjà un ministère ou un département chargé de la santé publique. Ce qui est important ici, ce n'est pas que ces pays disposent d'un tel ministère ou département, mais que la fonction ait été créée récemment, donnant ainsi une preuve tangible de la priorité accordée par les pouvoirs publics aux questions de santé publique.

pays de la responsabilité des autorités locales ou municipales, ce qui ne facilite pas le contrôle des dépenses par les autorités fédérales.

### *Stratégies nationales de santé publique*

381. Pour répondre à la nécessité de mieux coordonner les services, de nombreux pays de l'OCDE ont adopté récemment une stratégie nationale de santé publique. La Stratégie de la santé pour tous<sup>4</sup> élaborée par l'OMS a eu une profonde influence sur de nombreux pays (notamment la Suisse et la République slovaque). En fait, la plupart des pays de l'OCDE ont mis en oeuvre des stratégies nationales (Australie, Canada, Corée, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Japon, Mexique, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Pologne, République slovaque, Royaume-Uni et Suède). Les thèmes communs à ces stratégies sont a) les domaines d'action prioritaires comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, la santé mentale, le cancer et la prévention des accidents ; b) les mesures visant à modifier les comportements, par exemple l'augmentation des taxes sur le tabac (Belgique, Turquie, Canada et Etats-Unis) ou les stratégies de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie ; c) la prévention des accidents et le dépistage. En général, les pays mènent également des actions concertées en vue d'améliorer leurs taux de couverture vaccinale.

### *Surveillance médicale*

382. La surveillance médicale est un domaine auquel de nombreux pays accordent une attention croissante. Les initiatives prises par les pays pour inciter la population à se soumettre à des contrôles préventifs sont particulièrement nombreuses dans le domaine de la protection maternelle et infantile. En général, le suivi médical des femmes enceintes ainsi que des nourrissons et des jeunes enfants est assuré gratuitement. La Finlande a mis en place un programme de protection maternelle particulièrement novateur. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales finance des projets locaux visant à promouvoir la santé individuelle et collective en accordant des prestations en espèces aux femmes qui se soumettent à un examen médical avant leur 16<sup>ème</sup> mois de grossesse.

383. D'autres pays ont développé le recours aux services médico-sociaux coordonnés afin d'améliorer la santé de la population, et en particulier des enfants. La Grèce a mis sur pied des programmes de surveillance médicale administrés par les services de médecine scolaire de chaque région. D'autres pays ont adopté des programmes similaires assurant diverses prestations de contrôle et de vaccination.

## **Tableau 7.9 : Récentes initiatives des pays de l'OCDE dans le domaine de la santé publique**

### *Couverture universelle et équité dans l'accès aux soins*

384. La plupart des pays soulignent la contribution de leur système de santé universel à l'amélioration de l'état de santé de la population. Les Pays-Bas indiquent que l'une des mesures les plus importantes qu'ils pourraient prendre pour améliorer la santé de la population consisterait à garantir à l'ensemble de la population l'accès aux soins préventifs et aux examens de dépistage. Un autre élément qui va dans le même sens est le fait que certains pays évoquent la nécessité d'améliorer les prestations et la prise en charge de certains services pour améliorer la santé publique. Ce souci renvoie aux problèmes d'équité évoqués à la première section, certains pays étant préoccupés par les inégalités d'accès à certains services de santé et par les disparités entre groupes sociaux sur le plan de l'état de santé. Au Canada, le Forum



national sur la santé a récemment recommandé d'améliorer la prise en charge par le système public de santé des services de soins à domicile et des médicaments délivrés sur ordonnance. Pour donner suite à ces recommandations, le gouvernement fédéral a mis en place un Fonds pour l'adaptation des services de santé chargé de soutenir des projets dans ce domaine, en collaboration avec les provinces et les territoires.

385. Les pays ont donc pris diverses initiatives en vue d'améliorer l'accès aux soins des personnes non assurées et des groupes vulnérables. Dans de nombreux cas, les mesures en faveur des groupes vulnérables ont été adoptées pour atténuer l'impact de mesures de maîtrise des coûts, comme l'introduction de tickets modérateurs, sur ces groupes de population. C'est le cas notamment en Allemagne, où les personnes à bas revenu et les enfants de moins de 18 ans sont exonérés du ticket modérateur, et où le montant des dépenses à la charge des patients est plafonné à 2 pour cent du salaire brut annuel (ou 1 pour cent pour les personnes atteintes de maladies chroniques).

386. D'autres pays de l'OCDE ont pris des mesures pour étendre la couverture assurée par leur système de santé. La Suisse a commencé à mettre en place en 1996 un système d'assurance obligatoire qui couvrira l'ensemble de la population. Le Mexique a entrepris d'améliorer la couverture en autorisant le rachat de cotisations au régime de sécurité sociale, et est en train d'étoffer son réseau de centres de santé dans les zones rurales. La publication récente de chiffres montrant que 10 millions d'enfants américains sont dépourvus de toute assurance maladie a conduit le gouvernement américain à débloquer 24 milliards de dollars sur 5 ans pour mettre en oeuvre un programme visant à assurer les enfants de familles à faibles revenus qui ne sont pas couverts par Medicaid. Ce programme autorise les Etats à passer un contrat avec les prestataires publics et privés de leur choix (y compris dans le cadre de Medicaid) et à mettre en place un large éventail de régimes de couverture. La contribution de l'administration fédérale au financement du programme est importante -- environ 80% du coût total du programme pour l'Etat --, ceci pour inciter les Etats à y participer<sup>48</sup>. Ce programme est plus avantageux pour les Etats que Medicaid, auquel l'administration fédérale contribue à hauteur de 50 à 78%. La Turquie a institué un système de "carte verte" pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les services de santé. Grâce à cette mesure, le taux de couverture médicale de la population est passée de 55,1% en 1990 à 65% en 1995.

#### **Tableau 7.10 : Récentes mesures en faveur de l'équité dans un certain nombre de pays Membres de l'OCDE**

387. L'une des préoccupations souvent évoquée dans les débats sur l'exclusion et l'aide sociale porte sur le fait que le traitement spécifique réservé aux bénéficiaires de l'aide sociale peut constituer un frein au retour à l'emploi et à la sortie du système d'aide sociale. Pour savoir dans quelle mesure cette question préoccupe les pays Membres, il leur a été demandé quelles étaient les dispositions prévues pour que les personnes couvertes par un programme d'aide sociale puissent accéder aux soins de santé. La plupart des pays ne considèrent pas que la couverture médicale accordée aux bénéficiaires de l'aide sociale constitue un frein au retour à l'emploi car ils ont instauré une couverture médicale universelle offrant le même niveau de prestations aux actifs et aux non-actifs (voir tableau 7.12). Toutefois, la majorité des pays dispensent les personnes âgées et les pauvres de certaines dépenses, tandis que les soins dentaires et les médicaments sont souvent moins chers ou gratuits pour ces catégories de population. En Australie, les

<sup>48</sup> Notons que dans le rapport sur le système de santé des Etats-Unis préparé pour l'OCDE en 1994, Greenberg et Delew avaient prévu cette augmentation de la contribution fédérale destinée à permettre une extension de la couverture médicale: "Du fait de la récente récession et de la baisse des recettes qu'elle a entraînée, les Etats sont maintenant très hostiles à toute nouvelle extension du régime qui ne serait pas entièrement financée sur des crédits fédéraux." Bien que le nouveau programme ne soit pas financé à 100% par l'administration fédérale, il bénéficie d'un financement beaucoup plus généreux que le programme fédéral Medicaid.

personnes âgées et les pauvres reçoivent une carte, appelée “pensioner’s card”, “health care card” ou “Commonwealth seniors card”, qui leur permet d’acquitter une participation aux coûts minimums et de bénéficier de médicaments moins cher. Ils peuvent conserver ces cartes pendant un certain délai après avoir retrouvé un emploi. La plupart de ces programmes de protection médico-sociale sont pris en charge par le gouvernement fédéral. Au Luxembourg, une cotisation à l’assurance maladie est déduite du montant du “revenu minimum garanti” (RMG).

**Tableau 7.11 : Conditions d’accès au système de soins et étendue de la couverture dans les pays de l’OCDE**

*Transfert des responsabilités au niveau local*

388. Un point intéressant a été soulevé par plusieurs pays. Comme nous l’avons signalé précédemment, certains pays ont transféré la responsabilité de nombreux services de santé aux autorités locales, ceci pour plusieurs raisons. Premièrement, ils espéraient ainsi améliorer la qualité des services dans la mesure où les autorités locales sont censées s’adapter plus rapidement aux besoins de leur population. Deuxièmement, pour améliorer l’efficacité par rapport au coût et renforcer la coordination. Troisièmement, lorsque la population vieillit, il est logique de développer le système d’aide et de soins à domicile pour répondre aux besoins des personnes âgées. Le fait de transférer la responsabilité des services hospitaliers aux autorités locales incitent celles-ci à privilégier le maintien à domicile par rapport à l’hospitalisation, afin de réaliser des économies. (Voir, notamment le cas de la réforme Adel en Suède, où la responsabilité financière des journées d’hospitalisation supplémentaires a été transférée aux municipalités (OCDE 1996d).

389. Toutefois, plusieurs pays se montrent préoccupés par le fait qu’ils ne parviennent pas à contrôler efficacement les activités de santé publique, ou à les coordonner dans le cadre d’une stratégie uniforme de santé publique. Cette difficulté tient à ce que ces activités relèvent des pouvoirs locaux. Comme les bénéfices marginaux de l’augmentation des dépenses de santé décroissent dans la plupart des pays lorsque la couverture universelle des soins a été instaurée, les pays doivent recourir à d’autres mesures pour améliorer la santé de leur population. C’est alors que la question de la responsabilité des mesures de santé publique peut se poser avec plus d’acuité.

**Vieillessement**

390. Le vieillissement de la population a des conséquences sur les systèmes de santé de nombreux pays Membres de l’OCDE. Les pays notent que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans est en augmentation, de même que la proportion de personnes très âgées, c’est-à-dire de plus de 80 ans. Dans beaucoup de pays Membres, cette situation suscite des inquiétudes quant à la viabilité du financement des systèmes de santé. “En ce qui concerne le système de soins, on estime que les personnes âgées absorbent 40% de la dépense médicale, non seulement parce que les personnes d’un certain âge ont généralement besoin de plus de soins que les jeunes, mais aussi parce que le système de santé offre davantage de prestations que par le passé...pour traiter les problèmes liés au vieillissement”. (Réponse du Canada). Les pays ont également des inquiétudes en ce qui concerne leur aptitude à offrir des soins de qualité à la population jeune tout en répondant aux besoins des plus âgés.

391. Même s’ils s’inquiètent au sujet du coût des soins aux personnes âgées, la plupart de pays considèrent que la population âgée est aujourd’hui en meilleure santé que par le passé. La plupart des pays ont du mal à évaluer l’état de santé de leur population âgée car ils ne disposent pas de suffisamment de

données, mais les statistiques concernant l'espérance de vie leur permettent de dire que la population âgée actuelle se porte mieux que les cohortes précédentes. Quelques-uns des pays Membres les plus récents (notamment la Hongrie) indiquent que leur population âgée est en aussi bonne santé que les cohortes précédentes.

### ***Mesures spéciales en faveur de la population âgée dans le domaine de la santé***

392. Environ la moitié des pays indiquent qu'ils sont en train de mettre en place des politiques différenciées selon l'âge dans le domaine des soins de santé pour faire face aux problèmes posés par l'accroissement du nombre de personnes âgées. Dans la plupart des pays, l'amélioration de l'état de santé de la population âgée s'est accompagnée d'une baisse de la morbidité. Ce résultat a pu être obtenu grâce aux programmes de prévention et d'aide sociale. Un programme de ce type a été mis en place en Grèce, où un certain nombre de Centres de soins externes offrant aux personnes âgées divers services d'assistance et de prévention et dispensant des soins ambulatoires et des soins médicaux courants ont été ouverts. L'Australie a également pris diverses mesures spécifiques en faveur des personnes âgées, par exemple l'initiative "Healthy seniors", dans le but de financer des projets de promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées (voir encadré).

#### **Encadré C : Le programme australien "Healthy seniors"**

393. La recherche sur les problèmes liés à l'âge est un secteur en expansion dans environ la moitié des pays de l'OCDE. Les domaines de recherche sont notamment les maladies chroniques, la maladie d'Alzheimer et l'amélioration des capacités fonctionnelles ainsi que de l'autonomie des personnes âgées. En Irlande, l'Institut Mercer finance des projets de recherche sur la démence sénile et dispense une formation aux personnels soignants qui s'occupent de patients atteints de troubles mentaux. Des chaires d'enseignement en gériatrie et gérontologie ont été créées dans plusieurs universités finlandaises. Les programmes de recherche menés en Finlande ont permis de progresser dans la mise au point de techniques de traitement des troubles mentaux et d'amélioration des capacités fonctionnelles ainsi que des méthodes de rééducation et de soins aux personnes âgées. L'amélioration de l'état de santé des personnes âgées vulnérables (en raison de l'absence de réseau d'assistance sociale adapté ou parce qu'elles sont dépourvues de ressources) est un autre domaine de recherche important.

394. La réponse apportée par de nombreux pays au problème du vieillissement consiste à redistribuer les ressources au profit des services de soins à domicile. Par exemple, la France a récemment mis en place une prestation spécifique dépendance visant au maintien à domicile des personnes âgées. Nous reviendrons plus longuement sur ces initiatives dans le chapitre du rapport consacré à la prise en charge de longue durée.

### ***Financement des dépenses de santé des personnes âgées***

395. La plupart des pays ont indiqué que les prestations de soins aux personnes âgées étaient financées selon les mêmes modalités que celles fournies au reste de la population. Toutefois, la plupart des pays ont mis en place des systèmes de garantie de ressources afin de permettre aux personnes âgées de financer la part des dépenses de santé restant à la charge des patients.

396. Les Etats-Unis et le Japon ont mis en place un système de couverture distinct pour les personnes âgées. Aux Etats-Unis, 97 pour cent des personnes de plus de 65 ans participent au programme Medicare, financé par des prélèvements sur les salaires des actifs ainsi que par les primes des bénéficiaires et les

partages des coûts. Toutefois, beaucoup de bénéficiaires souscrivent à une assurance privée pour compléter cette couverture. Dans le cas du Japon, le système de couverture médicale des personnes de 70 ans et plus (65 - 69 ans si grabataires) est financé par une participation aux frais des bénéficiaires, des contributions des organismes d'assurance maladie et des fonds publics.

397. La répartition de la charge du financement entre les personnes âgées et les actifs n'est pas considérée comme un sujet de préoccupation important par certains pays Membres, qui précisent que les personnes âgées contribuent au financement de leur couverture sociale par le biais des cotisations (Italie et Allemagne) ou de la fiscalité (Finlande). Cependant, d'autres pays exonèrent les personnes âgées des cotisations d'assurance ou des prélèvements fiscaux (Espagne, États-Unis) et s'attendent à connaître des problèmes de financement à mesure que la proportion d'actifs dans la population diminuera. Comme indiqué précédemment, l'Italie est confrontée à un problème de redistribution car les retraités consacrent une plus faible proportion de leurs revenus aux dépenses de santé que les personnes actives. De plus, les exonérations de la participation aux dépenses de santé sont fonction du revenu familial et de l'âge (enfants de moins de 6 ans et personnes de plus de 65 ans), mais ne tiennent pas compte de la taille de la famille. Les personnes âgées sont donc plus souvent exonérées même si elles disposent d'un revenu plus élevé. Toutefois, l'Italie et d'autres pays indiquent que les tentatives d'augmentation de la part des dépenses supportées par les personnes âgées se sont révélées extrêmement impopulaires, et qu'ils se tournent par conséquent vers d'autres solutions. L'une d'entre elles consiste à mettre en place des systèmes spécifiques de financement des soins aux personnes handicapées et âgées, comme l'ont fait l'Allemagne et le Japon. L'Italie étudie actuellement cette option.

#### **Tableau 7.12 : Caractéristiques des systèmes de santé : Prestations aux personnes âgées**

##### **Difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre des réformes**

398. Les pays ont évoqué une grande diversité de problèmes liés à l'acceptation des réformes de la politique sociale par l'opinion publique. Le premier problème qui se pose est celui de la confiance qu'inspire aux citoyens le système réformé. D'après une enquête menée au Canada par le Forum national sur la santé, un grand nombre de personnes ont le sentiment que la qualité des soins s'est détériorée à la suite de la réduction des dépenses publiques. Les personnes interrogées ont cité l'allongement des listes d'attente pour l'accès aux soins et l'installation de certains médecins aux États-Unis comme preuve de la dégradation de la qualité des soins. De manière générale, les données disponibles ne permettent cependant pas de conclure que la qualité des soins a diminué (une étude consécutive à la suppression de lits d'hôpitaux à Winnipeg n'a révélé aucune conséquence négative).

399. D'autres pays signalent que certains groupes d'intérêts ne sont pas satisfaits des réformes mises en oeuvre. La Belgique rapporte que la dernière série de réformes a provoqué le mécontentement des prestataires de soins, qui affirment qu'elles ont des effets négatifs sur l'accès aux soins. En Italie, la mise en oeuvre d'un mécanisme de tickets modérateurs a suscité des réactions très hostiles de la part du public, mais le mécanisme a fini par être accepté.

400. Les pays ont mis en oeuvre divers programmes d'information visant à obtenir l'adhésion du public aux mesures de réduction nécessaires. En Finlande, l'opinion publique a compris que la récession imposait des mesures d'économie, et les réductions ont été décidées en concertation avec l'Association des collectivités locales finlandaises afin d'en faciliter l'acceptation. Le Canada a associé des citoyens à divers groupes de travail et commissions pour qu'ils puissent donner leur avis sur les réformes du système de santé.

401. D'autres pays ont mis en oeuvre des programmes d'évaluation des effets des réformes. Lorsque des effets négatifs ont été mis en évidence, les politiques ont été modifiées. En Suisse, l'Office fédéral des assurances sociales a entrepris une étude des effets de la nouvelle législation en collaboration avec les prestataires, les assureurs, les autorités cantonales et des représentants des milieux scientifiques.

402. Les répercussions négatives sur l'accès aux soins de l'augmentation de la part des dépenses à la charge des consommateurs est un autre point qui préoccupe les pays Membres. En Autriche, les récentes difficultés économiques ont eu des conséquences sur le système de santé. Devant l'aggravation de la crise économique, les salariés hésitent à s'absenter de leur travail pour aller chez le médecin par peur de perdre leur emploi, ce qui a entraîné une diminution du nombre de consultations, de la consommation de produits pharmaceutiques et de la durée des congés de maladie. Le relèvement des tickets modérateurs en Finlande a provoqué une telle augmentation du nombre de patients recourant au secteur public pour les traitements psychiatriques qu'il a fallu rétablir la législation antérieure. D'autres pays se sont attachés à améliorer la couverture des groupes sociaux vulnérables afin de contrebalancer les effets de l'augmentation de la participation des patients.

### **Evaluation des réformes**

403. La plupart des pays ont pris un certain nombre de dispositions pour évaluer les réformes de leur systèmes de santé. L'Autriche a institué une commission structurelle chargée de suivre le rythme de croissance des dépenses, la diminution des durées de séjour à l'hôpital et le développement de réseaux intégrés de soins. D'autres pays ont des objectifs moins précis, mais indiquent qu'ils prendront de nouvelles mesures si leurs dépenses de santé dépassent un certain pourcentage du PIB (cas de la Hongrie). Toutefois, la plupart des démarches d'évaluation sont encore balbutiantes et feront sans doute l'objet de nouvelles modifications.

## 8. POLITIQUES RELATIVES AUX SERVICES D'AIDE ET DE SOINS A LONG TERME

404. Les services d'aide et de soins à long terme s'adressent aussi bien aux personnes âgées qu'aux personnes handicapées. Toutefois, ce chapitre traitera surtout des services destinés aux personnes âgées car ce volet des services sociaux retient depuis peu une grande attention dans plusieurs pays Membres. Qui plus est, avec les changements socio-démographiques que vont connaître les pays de l'OCDE, le problème va rester d'une grande actualité. Ce chapitre s'appuie pour l'essentiel sur les réponses des pays au questionnaire s'inscrivant dans le cadre de l'"Initiative pour un monde solidaire", mais la vue d'ensemble des questions en jeu s'inspire, pour une large part, du rapport paru sous le titre *Protéger les personnes âgées dépendantes : Des politiques en mutation* (OCDE, 1996c) et d'autres ouvrages.

### Vue d'ensemble des questions en jeu

405. De tous temps, la prise en charge des personnes âgées a été assurée par les proches, les amis ou autres intervenants non institutionnels. Cela tient, semble-t-il, à l'absence de services publics appropriés, conjuguée à la conviction solidement ancrée que c'est à la famille qu'il incombe de gérer ces problèmes domestiques.<sup>49</sup> L'intervention des services publics ne s'étendait pas traditionnellement à l'ensemble des personnes âgées dépendantes. En substance, les programmes d'aide publics, l'action des institutions caritatives et autres activités "bénévoles" qui s'adressaient à la population à faible revenu constituaient un "dernier recours" pour les personnes sans famille pour s'occuper d'elles. Autrement dit, même si une personne âgée nécessitait une prise en charge à long terme, elle ne pouvait bénéficier des services publics tant que ses proches, après avoir épuisé leurs ressources, n'étaient pas tombés dans la catégorie "à faible revenu". Par conséquent, la responsabilité globale des pouvoirs publics en matière de services d'aide et de soins à long terme était, il y a peu de temps encore, rarement envisagée. C'est au milieu des années 60, par exemple, que le gouvernement néo-zélandais a défini les responsabilités à l'égard des personnes âgées. Dans cette définition, le rôle incombant aux pouvoirs publics passait après celui des proches et d'organismes non gouvernementaux, survivance peut-être du rôle accessoire attribué traditionnellement à l'Etat (OCDE, 1996c).<sup>50</sup> C'est l'une des raisons pour lesquelles la question de la prise en charge à long terme des personnes âgées est restée secondaire par rapport à d'autres volets de la politique sociale, comme les soins de santé, les régimes de pensions, etc. Dans *L'Etat protecteur en crise* (OCDE, 1981), par exemple, la question des services d'aide et de soins à long terme n'était guère présentée comme un élément important de la politique sociale des pays de l'OCDE.

406. Toutefois, les changements socio-démographiques ont récemment bousculé, et ce durablement, la répartition traditionnelle des rôles en matière de prise en charge à long terme. De nombreux facteurs expliquent ce phénomène, le principal étant l'allongement de l'espérance de vie des personnes âgées.

<sup>49</sup> Cette conviction se trouve souvent renforcée par les usages et les traditions religieuses. Elle s'exprime peut-être aussi dans l'obligation que la loi impose, dans certains pays, aux membres de la famille de s'occuper de leurs parents âgés, comme nous le verrons plus loin.

<sup>50</sup> Les responsabilités prévues par la loi pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes sont encore classées dans cet ordre dans beaucoup d'autres pays, notamment au Danemark, en Hongrie et en Pologne.

Dans 18 pays Membres, par exemple, l'espérance de vie des hommes de 60 ans a augmenté de plus de deux ans entre 1970 et 1995. Dans sept de ces 18 pays, elle s'est allongée de plus de trois ans. Chez les femmes, elle est passée à 23 et 16 ans, respectivement (Eco-santé OCDE, 1997). Il est difficile d'en tirer des conclusions quant aux besoins globaux de services d'aide et de soins de longue durée, mais ceux-ci vont certainement s'accroître. Ils dépendent en fait de l'évolution des taux d'invalidité grave ainsi que des taux de prise en charge en collectivité. A structure par âge constante, dans la plupart des pays de l'OCDE, ces taux ont diminué au cours des dernières décennies. Toutefois, l'évolution de la pyramide des âges proprement dite compensera en fait intégralement cette baisse à mesure que la proportion de personnes du quatrième âge (qui ont les plus grands besoins parmi la population âgée) ira en augmentant. En outre, les familles sont de moins en moins capables de prendre en charge des personnes âgées dépendantes alors que les services d'aide et de soins à long terme constituent un besoin croissant. Tout cela rend l'intervention des pouvoirs publics d'autant plus impérative. En moins de 20 ans depuis la parution de *L'Etat protecteur en crise*, la nécessité de mettre en place des services d'aide et de soins à long terme est devenue une grave préoccupation pour les responsables de la politique sociale.

407. Dans les années 50, la prise en charge à long terme des personnes âgées en dehors de leur famille était assurée essentiellement par des établissements, en particulier dans les unités de long séjour des hôpitaux et les maisons pour personnes âgées. Or, ces structures ne sont plus adaptées aux besoins actuels de la clientèle âgée. Aujourd'hui, on attache une plus grande importance à la qualité de vie des personnes âgées. L'amélioration de la qualité des soins dispensés en établissement, notamment le respect de la vie privée, est ainsi devenue l'une des grandes priorités de la politique sociale.

408. Les rigidités des modalités de la prise en charge à long terme ont suscité des critiques qui se sont concrétisées dans la définition du grand principe de la politique sociale "Vieillir chez soi" formulé en 1992 lors de la réunion des Ministres des affaires sociales des pays de l'OCDE (OCDE, 1994a). Plusieurs questions importantes ont été soulevées à cette occasion : les ressources humaines et financières à affecter aux services de proximité, les responsabilités plus étendues à confier à la collectivité, la redéfinition du rôle des établissements de soins de longue durée dans le nouveau contexte, l'amélioration des conditions de logement des personnes âgées, le soutien à fournir à l'entourage, etc. Autant d'objectifs que de nombreux pays de l'OCDE s'efforcent aujourd'hui d'atteindre.

409. La préférence des personnes âgées pour le maintien à domicile est apparue de plus en plus souvent comme le principal critère devant présider au choix du mode de prise en charge. Les personnes âgées préfèrent en effet conserver leur "autonomie", souci que la politique relative aux services d'aide et de soins à long terme s'efforce de prendre en compte. C'est ainsi qu'a été conçue une approche des soins de longue durée "axée sur le consommateur". L'idée de services adaptés aux bénéficiaires a contribué à la diversification des aides et des soins de longue durée, laquelle a consisté aussi bien à améliorer le cadre de vie en collectivité qu'à développer les soins à domicile et les services de proximité.

410. S'inspirant de ces grandes orientations, la prise en charge à long terme a pris de multiples formes : création de nouvelles structures d'accueil, développement des services de soins infirmiers à domicile, expansion et spécialisation des services de soutien à domicile et des services de proximité (aide ménagère, centres d'accueil de jour, par exemple), amélioration des logements des personnes âgées, mise au point d'appareils spécialisés, etc. Autant de dispositifs mis en place dans les pays de l'OCDE qui contribuent à améliorer la prise en charge des personnes âgées.

411. La prise en charge des personnes âgées pose un autre problème qui n'a pas encore été résolu. Les services précités n'ont pas été nécessairement conçus comme un ensemble et ils sont souvent morcelés. Leur intégration est donc l'un des principaux objectifs de la politique gouvernementale en la matière. Les pays ont abordé ce problème différemment, comme nous le verrons plus loin.

## Synthèse des réponses des pays

### *La prise en charge à long terme : préoccupations des pays de l'OCDE*

412. Dans l'ensemble, les réponses au questionnaire ne révèlent pas de grandes disparités dans les préoccupations des pouvoirs publics, si ce n'est que, dans certains pays, les politiques en matière de services d'aide et de soins à long terme en sont encore au stade de la conception (en Corée, par exemple).<sup>51</sup> Les principales questions qui retiennent l'attention des pouvoirs publics sont : le passage à un mode de prise en charge davantage axé sur les services de proximité (Canada, Finlande, France, Portugal) ; le vieillissement de la population et des individus et l'accroissement du nombre de personnes âgées ayant besoin de services et de soins à long terme (Irlande, Japon, Luxembourg) ; la qualité des services (Australie, Royaume-Uni, Suède) ; l'aide à l'entourage (Canada, États-Unis, Norvège) ; et l'intégration des dispositifs (Canada, Italie, Japon). Certains ont aussi mis en avant le problème de la viabilité et de la rentabilité ainsi que d'autres considérations financières (Australie, Mexique, Suède). Il est clair cependant que la majorité des pays se préoccupent davantage de la qualité des services en général que des questions financières (encore que certains aspects qualitatifs renvoient aussi au financement, comme l'intégration et la rationalisation des services). Le même souci se retrouve dans l'évaluation des actions gouvernementales. Certains pays ont bien mis en relief les considérations financières [rentabilité (Canada, Royaume-Uni), coût des services (Australie, Finlande)], mais les considérations de qualité font désormais partie intégrante des bilans dont font l'objet certaines mesures prises par les pouvoirs publics. A cet égard, de nombreux pays ont recours à plusieurs critères d'évaluation, tels la qualité des services en général (Canada, Hongrie), la satisfaction de la clientèle (Danemark) ou l'intégration des services (Japon, Luxembourg).

413. Quant à la question de savoir si les dispositifs actuels de prise en charge à long terme sont adaptés aux besoins, la majorité des pays jugent satisfaisant leur système d'aide et de soins de longue durée. Certains pays ont néanmoins évoqué des problèmes particuliers, par exemple : le manque de services en quantité suffisante (Corée, République tchèque) ; les disparités géographiques dans l'accès aux services (Italie, Norvège) ; et le fait que la couverture des personnes âgées n'est pas encore universelle ni reconnue comme un droit (Mexique).

### **Tableau 8.1 : La prise en charge à long terme : préoccupations des pouvoirs publics**

#### **Graphique 8-1 : Prise en charge de longue durée : pourcentage de pays ayant fait état de préoccupations dans ce domaine**

### *Structure générale des services d'aide et de soins à long terme*

414. Les services d'aide et de soins à long terme s'étant développés dans la plupart des pays de façon disparate, tels un "patchwork", ou par amalgame de divers types de dispositifs (OCDE 1996c), les modalités sont très variables d'un pays à l'autre [selon le secteur (santé ou services sociaux) qui intervient pour une large part, selon que le pays est doté ou non d'un service national de santé, etc.]. Toutefois, les réponses au questionnaire s'inscrivant dans le cadre de l'"Initiative pour un monde solidaire" révèlent certaines similitudes et des contrastes marqués.

<sup>51</sup> En Corée, les pouvoirs publics s'attachent aux aspects quantitatifs du problème (accroissement du nombre de maisons pour personnes âgées, etc.).



*Qui fait quoi ? Répartition des rôles entre les acteurs*

415. Les services d'aide et de soins à long terme dépendent de divers types d'intervenants (organismes publics, institutions privées, membres de la famille, etc.). Il est important d'analyser le rôle et les responsabilités de chacun pour avoir une idée de la structure et de la hiérarchie des services de soins dans tel ou tel pays et, partant, de leur administration effective.

416. L'administration centrale se borne en général à financer les services d'aide et de soins à long terme et à en tracer les grandes orientations ou le cadre d'action. Dans des cas exceptionnels, comme en Pologne, en République slovaque ou en République tchèque, l'Etat assure aussi directement la fourniture de services d'aide et de soins à long terme.<sup>52</sup> Dans certains pays, l'Etat influe davantage sur les soins de santé que sur les services sociaux par l'imposition de normes plus strictes ou par l'octroi de subventions préaffectées. Au Canada, par exemple, l'administration fédérale octroie des dotations globales aux provinces ou territoires par le biais du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (CHST) et ne fait pas de distinction entre services de santé et services sociaux, mais la loi canadienne sur la santé stipule que les soins de santé doivent répondre à certains critères pour que les provinces perçoivent l'intégralité des financements. Cette distinction dans le mode de fonctionnement des soins de santé et des services sociaux sera analysée plus loin à propos de l'intégration de ces deux types de services. Autre exemple de l'influence de l'Etat sur les collectivités locales : le gouvernement fédéral autrichien a conclu avec les autorités provinciales un accord qui recense les prestations à assurer dans le cadre des services d'aide et de soins à long terme et les critères de qualité à respecter. Les autorités provinciales sont tenues de définir leurs besoins et d'élaborer des plans qui seront progressivement mis en oeuvre d'ici à 2010.<sup>53</sup>

417. Dans bien des cas, le rôle le plus important des pouvoirs publics dans la prise en charge à long terme revient aux autorités locales car celles-ci sont en contact direct avec la collectivité et ses besoins. Leurs activités vont de la prestation directe de services à la définition de normes réglementaires. Dans beaucoup de pays, les plus larges pouvoirs en matière de services d'aide et de soins à long terme sont détenus par la municipalité ou la plus petite unité d'administration locale. Dans les pays nordiques, par exemple, la municipalité est, juridiquement, la principale autorité responsable de la prise en charge à long terme des personnes âgées. En outre, dans les pays où existent généralement plusieurs niveaux d'administration, la relation entre l'échelon intermédiaire (Land, province, préfecture, etc.)<sup>54</sup> et la municipalité met aussi en évidence des disparités de fonctions. En général, les premières exercent plutôt

<sup>52</sup> Il est à noter cependant qu'en République tchèque, la part de l'Etat dans la fourniture directe de services d'aide et de soins à long terme diminue avec le transfert de responsabilités aux collectivités locales et à des institutions non gouvernementales.

<sup>53</sup> Certains pays ont mis en place des organismes qui assurent une large gamme de services sociaux et de services de santé, et de prestations dans ce domaine, dont l'étendue varie cependant d'un pays à l'autre. L'Institut mexicain de sécurité sociale (IMSS) administre plusieurs prestations monétaires et assure directement la fourniture de services d'aide et de soins à long terme. On trouve un exemple analogue en France avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

<sup>54</sup> Dans les pays à système fédéral, un niveau d'administration qualifié ici de "local" correspond parfois à l'"Etat", lequel a en fait compétence, de par la Constitution, en matière de soins de santé et de services sociaux (c'est le cas au Canada et aux Etats-Unis). Toutefois, si nous parlons ici d'administrations "locales", c'est parce qu'elles sont pratiquement assimilables à d'autres autorités locales de niveau intermédiaire existant dans d'autres pays en ce sens qu'elles reçoivent des dotations de l'administration fédérale.

des fonctions de contrôle (suivi des prestations de services, agrément des établissements, etc.) tandis que les secondes s'occupent plus directement de la fourniture de services.

418. Quant aux intervenants privés, les institutions sans but lucratif sont très actives dans de nombreux pays. Il s'agit généralement d'institutions confessionnelles ou caritatives qui sont depuis longtemps au service de la collectivité. Ces organismes se sont toujours occupés de la prise en charge à long terme. En Australie, par exemple, la majorité des services de proximité subventionnés et environ les deux tiers des séjours en établissement sont assurés par des organismes sans but lucratif. En Allemagne, ce sont eux qui constituent les principaux prestataires de services destinés aux maisons pour personnes âgées. Dans d'autres pays, comme la Grèce et le Japon, les institutions sans but lucratif jouent un grand rôle dans la prise en charge à long terme. Ailleurs, notamment dans les pays nordiques, elles peuvent dans l'ensemble compléter les services que les municipalités sont censées fournir, mais elles occupent encore une position clé. Dans ces pays, les organismes sans but lucratif assurent des services financés par les municipalités.

419. En revanche, les institutions à but lucratif des pays de l'OCDE interviennent moins d'une manière générale dans la prise en charge à long terme que les organismes évoqués ci-dessus. Dans certains cas, les organismes à but lucratif se bornent généralement à fournir des services d'aide ménagère et autres prestations non spécialisées (en Norvège, par exemple). Au Royaume-Uni, par contre, les organismes à but lucratif jouent maintenant un rôle important dans la fourniture de divers services d'aide et de soins à long terme. Dans le cas de l'Allemagne, conformément à la loi, la prise en charge à long terme incombe en priorité aux organismes privés (à but lucratif), de même qu'aux institutions sans but lucratif, et non aux services publics.<sup>55</sup> La plupart des pays n'ont pas de politique explicite en faveur du développement de compagnies d'assurance privées à but lucratif. Même si les entreprises de ce type jouent un certain rôle dans la prise en charge des personnes âgées à long terme, elles se bornent généralement à compléter le système public (en Allemagne) ou ne sont pas considérées comme une véritable solution de rechange à la prise en charge par le secteur public des services d'aide et de soins à long terme en raison du niveau élevé des cotisations (c'est le cas en Pologne). Les Etats-Unis offrent un bon exemple d'organismes à but lucratif qui jouent un rôle de premier plan aussi bien en matière de prestations de services que d'assurances. Dans ce pays, les organismes privés fournissant des services d'aide et de soins à domicile sont l'un des secteurs qui connaissent l'expansion la plus rapide dans ce domaine. En effet, le régime Medicare finance certains services d'aide à domicile et le régime Medicaid assure lui aussi pour une large part le financement de soins infirmiers à domicile. Enfin, l'assurance-dépendance privée se développe et il faut y ajouter de petits abattements fiscaux (récemment décrétés par le Health Insurance Portability and Accountability Act).

420. Quant aux intervenants privés qui ne sont rattachés à aucun organisme et s'occupent de personnes âgées à titre indépendant, leur statut et leur rôle dans la prise en charge à long terme sont moins clairs. Les pouvoirs publics interviennent rarement car les services fournis sous cette forme sont généralement l'objet de transactions individuelles ponctuelles. Dans la plupart des pays, leur rôle passe donc pour être assez négligeable ; en revanche, les voisins ou amis sont des intervenants très actifs auprès des personnes âgées en même temps que les proches. Dans certains pays, tels que les Etats-Unis, les programmes publics vont payer pour des personnes donnant des soins, celles-ci pouvant être parfois des membres de la famille, embauchées individuellement par les clients.

---

<sup>55</sup> Il faut noter qu'en Allemagne la concurrence entre prestataires est d'autant plus grande que les organismes sans but lucratif et à but lucratif ont la priorité par rapport aux services publics.

421. Dans la plupart des pays, ce sont toujours les membres de la famille qui assument la plus large part des services. Comme nous l'avons déjà dit, ils sont depuis longtemps responsables au premier chef des soins aux personnes âgées. Ce sont eux qui, à titre informel, s'occupent la plupart du temps des personnes âgées maintenues à domicile (OCDE, 1996c). En Australie, par exemple, 75 pour cent des soins de proximité sont prodigués par des proches. Cela répond d'ailleurs à une attente de la part de la société. Il y a beaucoup d'autres pays où les membres de la famille semblent occuper la première place parmi tous les soignants ; c'est le cas manifestement de la Corée, de la Grèce et de la Norvège.<sup>56</sup>

422. Dans de nombreux pays (Autriche, Canada, Hongrie et Japon) l'obligation de prendre en charge un parent âgé est même imposée aux membres de la famille par la législation. Certains pays se bornent à leur reconnaître une responsabilité financière (l'Allemagne, par exemple) ou à leur confier la tutelle d'une personne qui n'a plus ses facultés mentales (la Belgique). La définition de la personne responsable est en outre assez variable, mais, bien souvent, les personnes auxquelles incombe la plus grande part de responsabilité sont le conjoint (au Canada, par exemple, le Code pénal impose à certaines personnes, telles que les conjoints, la responsabilité de prodiguer des soins de base à leurs proches), les enfants ou parfois les parents.

423. Les pays ont mis en place de nombreux dispositifs pour soutenir les proches s'occupant d'une personne âgée. Certains pays (Canada, Etats-Unis, Portugal) indiquent ouvertement que l'aide à l'entourage est l'une de leurs principales préoccupations (voir tableau 8.1). Même si l'aide aux soins informels n'est pas présentée comme un souci majeur des pouvoirs publics, de nombreux pays ont créé des structures pour offrir un soutien aux soignants, notamment des centres d'hébergement temporaire,<sup>57</sup> des programmes de formation et des consultations spécialisées. Dans certains pays, comme l'Allemagne, outre ces dispositifs, un système d'assurance-accident obligatoire couvre également les soignants non professionnels contre le risque d'accident dans leur activité au service d'une personne âgée. Les soignants non institutionnels bénéficient aussi d'aides financières sur lesquelles nous reviendrons lorsque nous aborderons les aspects financiers de la prise en charge à long terme.

### **Tableau 8.2 : Rôles et responsabilités des intervenants dans la prise en charge à long terme**

424. Si la plupart des pays comptent encore beaucoup sur l'entourage pour s'occuper des personnes âgées, on s'accorde, semble-t-il, à reconnaître que, d'une manière générale, la dépendance vis-à-vis des membres de la famille est en recul et que la demande de services d'aide et de soins à long terme progresse d'autant. Cela tient au vieillissement de la population (notamment en Finlande et au Japon) et à l'activité accrue des femmes (au Danemark et au Portugal) ainsi qu'à d'autres facteurs tels que l'accroissement du taux de divorce et, dans certains pays, à l'évolution des attitudes à l'égard de la famille (en Corée) et à la plus grande mobilité géographique de la population (Canada). La demande de services est par conséquent plus forte que la capacité des familles de prendre en charge les personnes âgées.

425. A l'inverse, d'autres pays font état de tendances qui sont parfois le reflet des évolutions de leur marché du travail. En Australie, par exemple, les changements démographiques ne semblent guère avoir affecté le système car la majorité des soignants sont des personnes âgées qui s'occupent de leur conjoint.

<sup>56</sup> Il est à noter cependant qu'aucun des pays ayant répondu au questionnaire ne nie le rôle de l'Etat dans la prise en charge de la dépendance à long terme. La plupart définissent clairement les responsabilités de l'Etat (à l'échelon central ou local) en dehors de l'aide sociale traditionnelle en faveur des pauvres.

<sup>57</sup> Les centres d'hébergement temporaire permettent aux aidants non professionnels (c'est-à-dire aux membres de la famille) de faire une courte pause dans les soins prodigués à une personne âgée. L'existence de services d'hébergement temporaire pourrait encourager la pratique des soins informels.

Se référant à des enquêtes nationales, les Etats-Unis signalent que l'activité féminine n'a guère modifié l'organisation des services institutionnels ou non, mais beaucoup pensent qu'avec l'accroissement de l'activité féminine, les services non professionnels vont se faire plus rares. En Hongrie, le nombre de proches (des femmes pour la plupart) qui prennent une personne âgée spontanément en charge (avec l'aide de l'Etat) a en fait augmenté, mais nul ne sait si ce phénomène est dû à l'évolution démographique ou à l'intervention des pouvoirs publics.

#### *Aspects financiers de la prise en charge à long terme*

426. Un problème étroitement lié à la structure du système de services d'aide et de soins à long terme et qui revêt une grande importance est le mode de financement des services. Dans beaucoup de pays, les services de longue durée relèvent encore, du point de vue administratif, du système général de protection sociale et non du système de santé. La majorité de ces pays financent la prise en charge à long terme sur le budget général du régime d'aide sociale (en particulier dans le cas des personnes indigentes) ou d'autres services sociaux généraux (comme en Finlande, en République tchèque et en Suède). Les dépenses sont généralement réparties entre plusieurs administrations. En Australie, par exemple, 60 pour cent du coût des soins de proximité est financé par les autorités fédérales, 35 pour cent par les autorités des Etats et 5 pour cent par les collectivités locales. Les bénéficiaires doivent parfois participer aux frais (en Suède, par exemple, la clientèle paie actuellement en moyenne 9 pour cent environ du coût effectif des services). Toutefois, la participation financière du client est généralement fonction de ses revenus (Finlande) et est complétée par l'Etat lorsque le bénéficiaire n'est pas solvable (Grèce) ou bien l'Etat spécifie les services pour lesquels aucune redevance ne peut être perçue (République slovaque). En outre, dans certains pays, les soins de santé sont financés par les recettes fiscales générales ou par les systèmes d'assurance-maladie, tandis que les services d'aide et de soins à long terme sont financés conjointement par le système national d'assurance-maladie et par divers programmes d'aide sociale (Canada,<sup>58</sup> Italie et Suisse).

427. Certains pays (Allemagne, Japon, Luxembourg, Pays-Bas<sup>59</sup>) ont institué un système public d'assurance-soins de longue durée en tant que volet distinct.<sup>60</sup> Ce dispositif financé par des cotisations fournit des services ou verse des prestations aux assurés qui nécessitent une prise en charge à long terme. Le financement est assuré pour l'essentiel par des cotisations, mais également par les recettes fiscales générales au Japon, au Luxembourg et aux Pays-Bas, (à hauteur de 50 pour cent au Japon et de 45 pour cent au Luxembourg). En revanche, le système allemand est financé entièrement par des cotisations. Si les prestations (en espèces ou en nature) sont insuffisantes ou si la personne âgée n'est pas couverte par ce dispositif, le système d'aide sociale prend le relais.

428. Les dispositifs précités permettent essentiellement de fournir des prestations en nature ou d'assurer des services d'aide ménagère notamment. Toutefois, il existe aussi dans certains pays un système de prestations en espèces destinées aux personnes âgées ou d'allocations aux soignants (généralement des membres de la famille) qui permettent de financer la prise en charge à long terme. Un

<sup>58</sup> Au Canada, les soins de santé relèvent en général de l'"assurance-maladie" mais la plupart du temps, ils sont financés par les recettes fiscales générales.

<sup>59</sup> Aux Pays-Bas, la loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ) ne s'applique pas expressément aux services et soins de longue durée ; elle vise plusieurs secteurs qui ne sont pas couverts par le système classique d'assurance-maladie (soins psychiatriques ambulatoires, appareils et prothèses, etc.).

<sup>60</sup> Dans bien des cas, ces systèmes d'assurance-soins de longue durée couvrent non seulement les personnes âgées, mais aussi les jeunes handicapés, etc. Voir la dernière section "prise en charge à long terme des personnes handicapées encore jeunes".

exemple de ce dispositif est “la prestation-soins de longue durée” instaurée en Autriche en juillet 1993. Cette prestation financée directement sur le budget fédéral est versée au requérant. Le système allemand d’assurance-soins de longue durée prévoit également le versement d’une prestation en espèces dont la valeur monétaire est cependant inférieure à celle d’une prestation de services.<sup>61</sup>

429. Quant aux allocations versées aux soignants non professionnels, de nombreux pays ont mis en place des dispositifs qui sont gérés par l’administration centrale ou par les autorités locales. On peut citer comme exemple les “allocations de soignants” ou les “prestations pour soins infirmiers à domicile” (Australie) ; les “allocations pour soins informels” (Finlande) ; ou les “primes de soins (Hongrie). Dans d’autres pays, des abattements fiscaux sont accordés aux soignants. Au Canada par exemple, le système fiscal prévoit des réductions d’impôt au titre des allocations versées aux soignants et un nouveau dispositif de crédit d’impôt est mis en place en faveur des personnes qui prodiguent des soins à domicile à des proches. Quelle que soit leur appellation, ces allocations constituent une rémunération pour les proches qui prennent en charge une personne âgée, et complètent leurs revenus lorsque leur absence au travail due à la nécessité de s’occuper d’une personne âgée entraîne pour eux un manque à gagner. Ces prestations témoignent de la volonté de laisser aux personnes âgées la plus large autonomie et le plus grand choix possibles en leur donnant les moyens voulus pour opter entre le maintien à domicile ou le placement en établissement.<sup>62</sup>

### **Tableau 8.3 : L’accès aux services d’aide et de soins à long terme : aspects financiers**

#### *Aspects qualitatifs : répondre aux besoins individuels des personnes âgées*

430. Comme nous l’avons vu précédemment, la qualité des services est un souci majeur pour les pays de l’OCDE. Il convient en particulier d’examiner en détail la qualité des services du point de vue des personnes âgées elles-mêmes. Les principales questions qui seront évoquées ici sont l’autonomie, le respect de la vie privée et la liberté de choix du consommateur.

431. Environ les deux tiers des pays ont indiqué que “l’autonomie” était l’un des principes qui présidaient à la politique en matière de prise en charge à long terme. Pour favoriser l’autonomie des personnes âgées, certains pays ont notamment privilégié le maintien à domicile (Allemagne, Luxembourg, Norvège) ou ont fait en sorte que les personnes âgées participent elles-mêmes à la prise des décisions (Danemark, Pays-Bas).

432. La question de la “protection de la vie privée” se pose essentiellement à propos de l’hébergement en établissement (il s’agit de veiller à respecter le plus possible la vie privée des personnes âgées vivant en collectivité). A cette fin, la Norvège, par exemple, accorde des subventions spéciales pour financer l’aménagement de chambres individuelles dans les établissements de long séjour. D’autres pays privilégient le maintien à domicile afin d’assurer la protection de la vie privée des personnes nécessitant une prise en charge à long terme (Finlande, République tchèque). D’autres encore mentionnent la formation d’aides ménagères (Japon) ou le sens de l’éthique dont doivent faire preuve les intervenants (Belgique) afin notamment de garantir le respect de la vie privée des bénéficiaires. Certains pays évoquent

<sup>61</sup> En Allemagne, environ 70 pour cent des demandes émanant des assurés portent sur des prestations en espèces (au 2ème trimestre de 1997).

<sup>62</sup> Ce type d’allocations versées aux soignants non professionnels n’est toutefois pas couvert par le système d’assurance-soins de longue durée qui vient d’être mis en place au Japon, faute de pouvoir garantir un niveau approprié de soins. En outre, dans le cadre du débat national qui s’est ouvert sur ce thème, certains ont considéré que ces prestations en espèces risquaient même de réduire l’autonomie des personnes âgées.

également la question de la protection de la vie privée en se référant aux systèmes d'information sanitaire ("carte à puce" pour l'assurance-maladie au Canada) ou aux résultats de l'évaluation de l'état de dépendance (Luxembourg).

433. En ce qui concerne la liberté de choix du consommateur, les réponses entrent en gros dans deux catégories : celles des pays qui mettent l'accent sur des services mieux adaptés aux besoins des personnes âgées et celles des pays qui encouragent la fourniture (ou la couverture par une assurance) de services privés et qui sont partisans de laisser jouer les mécanismes du marché. Dans le premier cas, on s'efforce de diversifier les services (comme en Finlande) ou on s'en remet à une équipe pluridisciplinaire d'évaluateurs (comme en Australie et en Grande Bretagne) afin de laisser un plus grand choix au consommateur. En outre, le versement de prestations en espèces aux personnes âgées est considéré comme un élément indissociable de la stratégie du libre choix du consommateur dans des pays comme les Pays-Bas car ces prestations permettent aux personnes âgées de se procurer elles-mêmes les services dont elles ont besoin.<sup>63</sup> Enfin dans certains pays (Norvège), c'est la municipalité qui est légalement tenue de veiller à ce que les consommateurs puissent choisir en toute liberté ou bien l'autonomie et la liberté de choix des personnes ayant besoin de soins de longue durée sont garanties par la loi qui prévoit un large éventail d'options en matière de prestations et de services (Allemagne).

434. En ce qui concerne les mesures visant à encourager la fourniture (ou la couverture par une assurance) de services privés, les réponses des pays mettent en lumière des aspects intéressants. Si, dans certains pays, la concurrence est généralement considérée comme un moyen de réaliser des économies, elle est toutefois plus souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité par une responsabilisation accrue. Il s'agit, comme nous l'avons vu plus haut, d'améliorer la qualité des soins. Plus les options offertes au consommateur sont nombreuses, plus les mécanismes du marché sont efficaces. Enfin, la qualité des services s'en trouve améliorée pour un coût minimal.<sup>64</sup> De nombreux pays (Japon, Royaume-Uni, notamment) font aujourd'hui appel à des prestataires privés (à but lucratif ou non) et s'efforcent d'appliquer le principe de la "liberté de choix du consommateur", ce qui permet aussi de freiner les coûts par le jeu des mécanismes du marché. En outre, rappelons-le, certains pays comme les Etats-Unis encouragent les systèmes privés d'assurance-soins de longue durée (voir le tableau 8.3) qui laisseraient aussi une plus grande liberté de choix au consommateur.

435. Enfin, en tant que dispositifs institutionnels, certains programmes nationaux influencent fortement ou garantissent l'application d'un ou de plusieurs de ces principes dans les établissements de soins de longue durée (c'est le cas notamment de la *Stratégie nationale pour une population vieillissante* (Australie), de la *Stratégie fédérale à l'égard des aînés et du Cadre national sur les aînés* au Canada et du *Forum des personnes âgées* (au Danemark).

#### **Tableau 8.4 : Aspects qualitatifs des services et mesures prises par les pouvoirs publics**

#### **Tableau 8.5 : Prestataires/assureurs privés de services d'aide et de soins à long terme dans certains pays**

<sup>63</sup> *ibid.*

<sup>64</sup> Toutefois, il est évident que le mécanisme des prix n'est pas toujours un bon moyen d'assurer des services de qualité pour un coût minimum car la concurrence ne donne pas toujours de bons résultats dans le domaine des soins de santé. Pour que ce mécanisme soit efficace, il faut que certaines conditions soient remplies. Par exemple, les personnes âgées qui bénéficient d'aides ou de soins, devront recevoir une information aussi complète que possible sur leur coût. La mise en concurrence d'organismes privés aura donc des effets différents selon les pays.

*Amélioration de la qualité et intégration des services*

436. Un problème important en matière de prise en charge à long terme est de savoir comment coordonner et intégrer les services et en améliorer la qualité. Ces services ayant été mis en place de façon disparate, leur contenu est assez fragmenté et mal coordonné dans de nombreux pays. Ce morcellement fait qu'il peut être difficile d'améliorer la qualité des services. En particulier, la coordination entre les services de soins de santé classiques et les services sociaux est problématique, sauf dans des pays comme la Corée, la Norvège et la Suisse qui ne signalent aucun clivage sérieux entre le secteur de la santé et les services sociaux. Environ un tiers des pays ont mentionné l'existence d'un problème de démarcation sous une forme ou une autre entre les services de santé et les services sociaux.

437. Ce problème peut être dû à plusieurs facteurs. Il tient d'abord, semble-t-il, à une différence dans la nature intrinsèque des services. Les services de soins de santé se caractérisent essentiellement par le traitement des maladies, lequel repose sur le principe de soins "de courte durée".<sup>65</sup> Par ailleurs, s'appuyant sur la dichotomie traditionnelle entre "santé" et "maladie", les professionnels de la santé ont pu définir le champ des services de façon relativement scientifique. En revanche, les bénéficiaires de services sociaux ne sont pas censés "guérir" au sens scientifique du terme ; ils sont simplement pris en charge en fonction de leur état de dépendance. Par conséquent, les services sociaux ne se prêtent pas au même "professionnalisme" scientifique ou médical. Tout cela explique que les services de santé et les services sociaux aient évolué séparément.

438. Le problème de la coordination se pose, par exemple, lorsqu'il s'agit d'évaluer les besoins de prise en charge à long terme des personnes âgées et de déterminer si celles-ci y ont droit, ainsi que le contenu des services. L'une des particularités des services d'aide et de soins à long terme est que l'on ne voit pas forcément d'emblée si les requérants y ont droit ou non et dans quelles conditions. En revanche, dans le cas des soins de santé, tout dépend généralement de la décision du patient et du diagnostic établi par le médecin traitant, mais de nombreuses dispositions influent sur le comportement des éventuels patients. En ce qui concerne les services sociaux d'une manière générale, d'ordinaire financés par l'impôt, l'évaluation des besoins et la détermination des droits se fait généralement sur une base non médicale, sauf pour les prestations ou les services offerts aux personnes handicapées.<sup>66</sup> Toutefois, ces services sont généralement soumis à conditions de ressources. Par conséquent, du fait que la prise en charge à long terme consiste en quelque sorte à amalgamer des soins de santé et des services sociaux, il y a, semble-t-il, discordance dans le mode de détermination des besoins et des droits.

439. Les disparités du mode de financement expliquent aussi le morcellement et le manque de coordination des services. En Hongrie, par exemple, les soins de santé sont financés selon un système de paiement à l'acte tandis que les services sociaux sont financés selon la formule du paiement à la capitation. En Italie, seuls les soins de santé sont financés par le régime national d'assurance-maladie, lequel ne couvre pas les services sociaux. En Autriche, les soins infirmiers à domicile sont rigoureusement distincts des autres services de prise en charge à long terme. Aux Etats-Unis, les services de maintien à domicile et les soins de proximité ne sont pas pris en charge par Medicaid et ne constituent donc pas un droit pour les personnes âgées, les conditions de financement paraissant moins rigides que pour les soins de santé couverts au départ par Medicaid. Ce système peut être source d'inefficacités dans l'utilisation des ressources et déboucher sur des services qui ne sont pas bien adaptés aux besoins des personnes âgées.

<sup>65</sup> Toutefois, il est à noter que cette caractéristique des soins de santé est en train de changer avec la progression des affections chroniques qui exigent des soins de longue durée de la part du secteur de la santé.

<sup>66</sup> Ce système peut cependant être différent selon les pays car il est intimement lié au statut des professionnels de la santé et dépend aussi de l'organisation des services de santé et de protection sociale.

440. Il est à noter en outre que l'un des aspects financiers du problème de coordination est le caractère "universel" des soins de santé dans de nombreux pays, alors que le droit aux services sociaux est généralement soumis à conditions de ressources ou que l'accès à ces services est assujéti à d'autres contraintes. Ces conditions entraînent, semble-t-il, un accroissement de la demande de soins de santé et incitent à faire davantage appel aux services de santé qu'aux services sociaux. Conjuguée à d'autres facteurs, comme l'absence de ressources permettant de financer des services sociaux adaptés aux besoins, cette demande accrue s'est traduite dans certains pays par une utilisation des ressources consacrées aux soins de santé plus intensive qu'elle ne devrait l'être en réalité. Certains pays (Espagne, Japon) ont reconnu que les ressources affectées aux soins de santé étaient plus largement utilisées. Le Portugal signale également qu'il est difficile dans la pratique de répartir les ressources entre soins de santé et services sociaux.

441. Toutefois, le champ des services fournis dans le cadre de "la prise en charge à long terme" est désormais déterminé exclusivement en fonction de la clientèle âgée. En d'autres termes, le contenu de la prise en charge à long terme pourrait correspondre à tout ce dont une personne âgée a besoin. Par conséquent, dans l'intérêt des personnes âgées nécessitant aide et soins à long terme, il faudrait supprimer les disparités entre les dispositifs en coordonnant et en intégrant les soins de santé et les services sociaux.

442. L'une des principales solutions serait d'intégrer les administrations dont relèvent les services de santé et les services sociaux. Lorsque ces deux types de services sont placés sous la tutelle d'une autorité correspondant à un niveau d'administration différent (comme c'est souvent le cas des services de santé), le transfert des pouvoirs à un autre niveau d'administration serait aussi un moyen de coordonner ces services.<sup>67</sup>

443. L'un des exemples de solution de ce genre les plus connus est la réforme Ädel entreprise en Suède, en 1992. Celle-ci a consisté à confier aux municipalités l'administration et la responsabilité financière de la prise en charge à long terme. La gestion des établissements de longue durée et des centres d'accueil de jour qui jusqu'alors incombait aux conseils de comtés a été transférée aux municipalités. En outre, si le conseil de comté et la municipalité sont d'accord, la gestion des services de soins infirmiers à domicile ou d'autres soins médicaux tels que le maintien à domicile peut aussi être transférée à la municipalité. D'autres pays appliquent des stratégies analogues : fusion des services d'aide ménagère et des soins infirmiers à domicile au sein des municipalités (Finlande), accords entre la municipalité responsable de la prise en charge à long terme et les autorités régionales chargées des services de santé (Danemark).

444. Autre solution mise en oeuvre pour coordonner les services : la création d'une nouvelle catégorie professionnelle ("personnels au service des personnes âgées dépendantes" en Norvège, par exemple) qui exige des compétences pratiques aussi bien en matière de soins de santé qu'en matière de services sociaux. Une autre méthode permettant d'obtenir un résultat analogue consiste à constituer (comme au Japon) des équipes d'évaluation pluridisciplinaires composées de professionnels de la santé et de professionnels de l'aide sociale qui sont chargés de déterminer le droit aux services ou d'organiser la prise en charge (dont les détails sont arrêtés ultérieurement). Dans le même ordre d'idées, pour favoriser l'intégration des services, on pourrait aussi créer un guichet unique offrant des services d'information et de placement (comme au Canada) et appliquer des critères communs pour bénéficier d'une prise en charge

---

<sup>67</sup> La décentralisation de la gestion de ces services risque d'entraîner certaines disparités géographiques dans la qualité des soins, voire dans l'accès à ces soins. Pour une analyse plus détaillée se reporter à OCDE (à paraître, 1998e).



à long terme, qui seraient arrêtés d'un commun accord par les services sociaux et les services de santé (Royaume-Uni).

445. Les réponses au questionnaire ne permettent pas de se faire une idée très claire des systèmes mis en place dans les pays Membres pour déterminer les besoins et les droits aux services, mais certains traits communs se dégagent des dispositifs actuels. Tout d'abord, outre les pouvoirs dont elles ont été investies, les autorités locales sont généralement habilitées à déterminer les besoins des personnes âgées et leurs droits à une prise en charge (Japon, République tchèque, etc.). Sinon, il arrive souvent que la décision soit prise par un professionnel ou une équipe de professionnels responsables des services [médecin ou infirmières (Etats-Unis, Turquie), travailleurs sociaux employés par l'Etat (Grèce) ou responsables des services aux personnes âgées (Suède)]. Une formule qui commence à se répandre est le recours à une équipe pluridisciplinaire de spécialistes (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) chargés de déterminer le droit à une prise en charge. Exemples de dispositifs de ce type : les Aged Care Assessment Teams (Australie), les Unités d'évaluation gériatrique (Italie) et les Cellules d'évaluation et d'orientation (Luxembourg).

446. Outre l'intégration des services de santé et des services sociaux, certains pays s'efforcent de rationaliser la prise en charge à long terme. L'Australie a commencé à rationaliser les services en assurant une meilleure coordination entre l'administration fédérale et l'administration des Etats puis a regroupé le financement de deux structures de soins en établissement -- à savoir les centres de long séjour (qui s'apparentent davantage à des structures de soins infirmiers en établissement) et les foyers d'hébergement (qui associent soins à la personne et cadre sécurisant) afin de s'adapter aux besoins des clients qui relèvent à la fois des services de santé et des services sociaux. De même, en Norvège, les municipalités ont réuni au sein d'une même administration les services de proximité et les services institutionnels. Ces réformes serviront à améliorer la qualité et la rentabilité des services, à assurer une allocation plus équitable des financements et à réduire les problèmes de coordination entre institutions, et contribueront également à atteindre l'objectif des pouvoirs publics qui est de permettre le maintien à domicile des personnes âgées, en leur offrant plus de possibilités de recevoir chez elles les soins et l'assistance dont elles ont besoin.

447. Dans un système qui regroupe plusieurs types de services ainsi que leur gestion, il se pose naturellement la question de savoir comment adapter les services aux besoins individuels tout en poursuivant l'objectif global qui est de maintenir ou d'améliorer la qualité des soins. Etant donné que nous avons déjà examiné certains des critères qui président à l'évaluation de la qualité, nous nous concentrerons ici sur les méthodes utilisées pour adapter les services.

448. Les mesures prises dans les pays Membres pour adapter les services sont très variables, mais elles constituent, pour l'essentiel, une synthèse des solutions mentionnées dans ce rapport à propos des dispositions visant à répondre à des objectifs spécifiques, comme l'autonomie, etc. On peut citer : la plus grande liberté de choix laissée au consommateur grâce à la diversification des services (par exemple, le développement des services de proximité en Australie) ou l'instauration de services payants (services "axés sur la clientèle" comme dans le projet "Cash and Counselling" aux Etats-Unis), l'intégration des services dans l'intérêt des bénéficiaires (Canada, Norvège), l'amélioration des compétences des personnels par des formations ou des examens (Pologne, République slovaque), la "gestion de la prise en charge" fondée sur une évaluation des besoins (Royaume-Uni). Dans les pays où les municipalités jouent un rôle de premier plan dans la prise en charge à long terme des personnes âgées, on signale également l'octroi de subventions destinées à améliorer la qualité des services, en particulier dans les structures d'hébergement (Danemark, Suisse).

#### **Tableau 8.6 : Intégration et adaptation des services**

**Tableau 8.7 : Pouvoir de décision concernant les droits aux services et leur nature**

*Réduction des coûts dans les structures d'hébergement de longue durée*

449. Les dépenses de santé et autres dépenses sociales ne cessant de croître, les pouvoirs publics cherchent à freiner les dépenses consacrées à la prise en charge à long terme des personnes âgées. Les mesures générales visant à endiguer la progression des coûts des soins de santé ou les autres mesures visant expressément les structures d'hébergement de longue durée s'accompagnent parfois de dispositions dans ce sens.

450. Une méthode fréquemment utilisée pour réduire les coûts consiste à imposer des critères d'admission rigoureux par une évaluation des besoins. Plus d'un tiers des pays de l'OCDE ont recours à cette méthode d'une manière ou d'une autre. Par exemple : filtrage des demandes par des équipes d'évaluation (Australie, Japon et Royaume-Uni), fixation de multiples critères d'admission et évaluation par des professionnels (Luxembourg).

451. Pour freiner la progression des coûts, de nombreux pays ont également limité les financements émanant de l'administration centrale (Autriche, Norvège), imposé des redevances d'utilisateurs (Finlande, Royaume-Uni, Suède) ou pris d'autres dispositions financières.

452. D'autres pays ont recours à des méthodes plus structurelles. Par exemple, comme nous l'avons vu plus haut, les hôpitaux (qui fournissaient des services aux assurés) ont été déchargés de cette tâche au profit de la collectivité (laquelle fournit des services à des personnes qui bien souvent ne sont pas assurées), comme nous l'avons expliqué à propos de la réorientation en faveur des soins de proximité pour les personnes âgées (Finlande, Pays-Bas). Par ailleurs, la décentralisation et l'intégration des services apparaissent parfois comme un moyen de réduire les dépenses (Norvège). Elles permettent d'utiliser les ressources disponibles avec plus de souplesse et d'efficacité en facilitant la gestion commune des services de prise en charge à long terme qui vont des soins médicaux à ceux qui ne demandent pas un niveau de qualification élevé ou de l'hébergement en établissement aux services communautaires d'aide ménagère.

453. Dans une autre optique, les pays ont compris que favoriser la médecine préventive contribuerait à freiner les coûts. La prévention de la maladie et de la dépendance chez les personnes âgées est un bon moyen de réduire le coût des soins de santé, tout comme l'amélioration des traitements des maladies qui rendent les personnes âgées dépendantes est un bon moyen de prévenir leur placement en établissement. Etant donné que la définition de la "prévention" n'est pas forcément claire et que les soins préventifs sont théoriquement difficiles à couvrir par le régime d'assurance-maladie (tant que celui-ci repose strictement sur le principe de l'assurance), plus de la moitié des pays de l'OCDE (Canada, Hongrie, Norvège, Suisse) ont un régime d'assurance-maladie ou un service national de santé qui couvre plus ou moins les soins préventifs. Dans d'autres pays, les assureurs du régime d'assurance-maladie mènent également des activités propres à améliorer la santé et à prévenir les maladies (Japon).

**Tableau 8.8 : Mesures visant à réduire les coûts et actions de prévention**

**Graphique 8.2 : Pays ayant pris des mesures de maîtrise des dépenses afférentes aux soins de longue durée, en pourcentage des pays étudiés**

*Prise en charge à long terme des personnes handicapées encore jeunes*

454. La prise en charge à long terme des personnes handicapées occupe une place à part dans l'ensemble de la politique sociale, mais ses objectifs sont très proches de ceux de la politique en faveur des personnes âgées. La nature des services est également analogue à celle des services fournis aux personnes âgées. En Suède, par exemple, ce sont essentiellement les municipalités qui sont chargées des transports, des services d'aide ménagère, des services à la personne, de l'aménagement spécial de logements, etc.<sup>68</sup> Cette similitude se retrouve parfois dans le mode de gestion et de financement des services. En Suède, par exemple, la loi sur les services sociaux régit la prise en charge à long terme des personnes âgées comme des personnes handicapées. Les nouveaux régimes d'assurance publics d'Allemagne et du Luxembourg prennent en charge aussi bien les personnes âgées que les personnes handicapées. En revanche, au Japon, les personnes handicapées relativement jeunes (moins de 65 ans) n'ont généralement pas droit à l'assurance-soins de longue durée instaurée en vertu d'une loi récente (et qui sera mise en place en l'an 2000).<sup>69</sup> A la place, le Japon a adopté un ensemble de dispositions financées par l'impôt en faveur des personnes handicapées encore jeunes, prévoyant notamment une prise en charge à long terme (plan d'action pour les personnes handicapées pour 1996-2002).

455. Certains pays de l'OCDE ont introduit dans leur politique à l'égard des personnes handicapées de profonds changements qui ont aussi un retentissement sur la prise en charge à long terme. La Suède, par exemple, rattache le handicap à l'environnement, en ce sens que le handicap est considéré comme "la situation d'une personne atteinte d'une incapacité fonctionnelle et confrontée à un environnement inaccessible", situation qui ne se limite pas aux caractéristiques personnelles de l'individu. Cette approche obligera le secteur public comme le secteur privé à faire en sorte que les activités de toute nature soient accessibles à tous et qu'une maladie ou une blessure ne devienne jamais un handicap. On remarque la même évolution du concept dans le Disability Discrimination Act adopté en 1995 au Royaume-Uni, qui, dans la définition du handicap, inclut l'idée d'une "altération profonde et durable de la capacité de mener des activités quotidiennes normales". Afin d'évaluer le degré d'invalidité et de déterminer le droit à une prise en charge, on mesure donc les activités de la vie courante ou la capacité de mener une vie normale au lieu d'évaluer l'incapacité physique. En Suède, il n'existe même aucune procédure spéciale pour évaluer l'incapacité ; la prise en charge est au contraire assurée de manière souple en fonction des besoins des personnes handicapées dans leur vie quotidienne.

456. Ces évolutions ont des retombées sur la qualité de la prise en charge à long terme des personnes handicapées encore jeunes. A cet égard, la Suède a adopté en 1994 une loi sur les aides et services aux personnes atteintes de certaines déficiences fonctionnelles qui établit entre autres le droit à des soins personnels. L'autorité locale désigne des intervenants ou fournit une aide financière aux personnes handicapées qui emploient alors elles-mêmes des personnels spécialisés. L'assistance est donc considérée comme un droit reconnu par la loi, tandis que la loi relative à la rémunération de l'aide définit la responsabilité de l'Etat dans le financement du coût de l'aide dans certaines conditions. Un autre exemple est la "gestion de la prise en charge" reposant sur une évaluation des besoins qui a été instaurée au Royaume-Uni lors de la réforme des soins de proximité introduite en 1992. Les objectifs sont

---

<sup>68</sup> Il incombe aussi aux services sociaux municipaux de favoriser la participation des personnes handicapées à la vie de la société et au monde du travail, mais ces activités n'ont guère de rapport avec la prise en charge à long terme dont bénéficient généralement les personnes âgées.

<sup>69</sup> Ce dispositif s'explique, semble-t-il, par la division traditionnelle des services administratifs entre personnes âgées et personnes handicapées, et par la nécessité d'assurer universalité et intégrité dans l'ensemble de la politique vis-à-vis des personnes handicapées qui vise notamment à promouvoir l'emploi, à favoriser la participation à la vie sociale, à mettre au point des aides techniques, etc.

essentiellement les mêmes que pour les personnes âgées, en particulier pour ce qui est du “développement de l’autonomie”. Au Japon, l’autonomie est également l’un des premiers objectifs du Plan d’action en faveur des personnes handicapées qui s’inscrit dans un ensemble de mesures gouvernementales en faveur de ces personnes.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup>

Lever les obstacles qui empêchent les personnes handicapées de mener une vie normale dans la société est également l’un des objectifs de la politique en faveur des personnes handicapées. Celle-ci a aussi des retombées sur la prise en charge à long terme des personnes handicapées car supprimer les obstacles qui les empêchent de mener une vie normale contribue aussi à renforcer leur autonomie dans leur existence quotidienne. A cet égard, l’Americans with Disabilities Act (ADA) adopté aux Etats-Unis en 1990 assure l’égalité d’accès à une vie normale dans la société, donne la possibilité d’exercer un emploi et oblige les employeurs, les services publics (transports, etc.) ainsi que les compagnies de téléphone à lever les obstacles à une vie normale. La teneur du Disability Discrimination Act de 1995 adopté au Royaume-Uni va dans le même sens que celle de l’ADA aux Etats-Unis.

## 9. L'AIDE AU LOGEMENT EN FAVEUR DES PERSONNES A BAS REVENU

457. Le logement est un besoin essentiel qui est supposé être satisfait pour tout citoyen des pays avancés. Or, il faut souvent intervenir spécifiquement sur le marché du logement pour aider les familles et les personnes disposant de ressources modestes, car se loger revient extrêmement cher, surtout dans certaines villes. En l'absence d'aides complémentaires, le logement peut absorber une proportion excessive du revenu disponible d'une famille ou d'un individu.

458. La nature même du marché du logement et la multiplicité des facteurs influant sur l'offre et la demande peuvent être une source de difficultés pour les gouvernements qui veulent garantir à la population la possibilité de se loger convenablement à un prix abordable et lutter contre le problème des sans-abri. La construction ou l'achat d'un logement nécessite souvent des investissements en capital importants, encore alourdis par le coût des emprunts sur le marché financier, sans compter que l'état général de l'activité économique et le manque de confiance des consommateurs pèsent sur la décision. Beaucoup d'autres facteurs jouent également sur la situation du logement. L'exode rural n'en finit pas d'aggraver celle-ci dans les villes. L'éclatement des familles, le recul du nombre d'enfants par famille et l'augmentation du nombre de ménages sans enfant, le vieillissement de la population, l'aide au maintien à domicile et autres modalités de prise en charge à long terme des personnes âgées sont autant d'évolutions socio-démographiques qui influent très sensiblement sur le volume et les caractéristiques du parc de logements. Les habitudes culturelles -- préférence de la population pour la propriété ou la location, investissement dans les infrastructures sociales et richesse des régions en emplois -- sont aussi des facteurs qui peuvent avoir une forte incidence sur la nature de la politique publique du logement dans les pays de l'OCDE.

### Tour d'horizon des aides au logement en faveur des personnes ayant de faibles ressources

459. Nous ferons dans ce chapitre un tour d'horizon des aides publiques au logement<sup>71</sup>. Nous avons privilégié l'aide offerte aux ménages ayant peu de ressources, bien que certaines mesures soient également applicables à des personnes disposant d'un revenu plus élevé. L'aide au logement se présente sous différentes formes dans les pays de l'OCDE, notamment :

- construction et gestion de logements publics ou sociaux ;
- soutien à la construction privée de logements, généralement destinée à garantir un niveau de qualité raisonnable du logement à coût modéré sur le marché privé ;

---

<sup>71</sup> Ce chapitre est une première recherche sur les conséquences des politiques du logement et des réformes envisagées pour les ménages à faible revenu. Il n'existe malheureusement pas de distinction nette entre politique du logement en faveur des bas revenus et aide au logement applicable à tous. Il serait utile d'obtenir davantage d'informations des pays Membres afin d'avoir une idée plus globale de la nature des aides dans ce domaine.

- mesures destinées à développer la propriété ;
- subventions et aides aux personnes louant leur logement sur le marché privé.

**Tableau 9.1 : Aide au logement en faveur des bas revenus dans les pays de l'OCDE**

460. Le marché global du logement diffère considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre. Par exemple, la proportion de ménages propriétaires de son logement est extrêmement variable, de 80 pour cent en Norvège -- taux très élevé -- à un tout petit peu plus de 30 pour cent en Suisse, autre pays riche. L'ampleur du marché privé locatif et du marché du logement public/social varie aussi. La nature du secteur du logement influe sur la manière dont les pays abordent la question de l'aide aux personnes qui se logent selon l'une ou l'autre de ces modalités, encore que dans certains pays, l'aide au logement serve à favoriser un certain type de choix, comme l'accession à la propriété.

461. En dépit des différences, que le tableau 9.1 met en évidence, les dispositifs d'aide au logement présentent quelques caractéristiques communes :

- la plupart des pays abordent la question de l'aide au logement en faveur des bas salaires sous plusieurs angles, en leur accordant par exemple un complément de ressources et une participation aux frais de logement, auxquels s'ajoute au moins un programme de logement public/social ou d'aide à la construction de logements neufs à bon marché ;
- l'aide est généralement applicable aussi bien aux locataires qu'aux propriétaires occupants ;
- un grand nombre de dispositifs d'aide au logement sont soumis à des conditions de ressources et peuvent cibler des groupes de population spécifiques comme les familles modestes avec enfants, les personnes âgées, les handicapés et les jeunes ;
- les subventions sont ordinairement plafonnées ;
- le loyer des logements publics/sociaux est en général minoré par rapport aux prix du marché.

462. Sur un plan plus général, l'aide au logement peut aussi entrer dans le cadre d'une politique du logement plus vaste, comme celle destinée par exemple à encourager l'accession à la propriété en Irlande ou la rénovation du parc au Portugal. Certains pays ont accompagné les mesures d'aide au logement d'autres éléments de programme, tels que l'aide à la construction de logements bon marché, à côté de subventions et d'encouragements à l'accession à la propriété.

463. Parmi les pays où l'objectif essentiel de la politique du logement est de développer l'accession à la propriété, on peut citer l'Allemagne, la France, la Grèce et la Norvège. Les pouvoirs publics grecs proposent des prêts à faible taux d'intérêt aux personnes disposant de peu de ressources pour qu'elles puissent se loger à un prix acceptable. La France accorde aux célibataires et aux familles des subventions pour l'achat ou la construction d'un logement, dont le plafond varie selon la taille de la famille et le lieu (province ou région parisienne). Ces subventions se présentent soit sous la forme d'un prêt à taux zéro, soit sous celle d'une déduction fiscale des intérêts d'emprunt, et sont calculées en fonction des ressources du ménage.

464. L'Allemagne privilégie aussi l'aide à l'achat du logement, bien que le logement locatif bénéficie aussi d'aides financières considérables, par exemple dans le cadre du programme de logements sociaux. Le dispositif allemand d'aide aux propriétaires occupants se compose de trois éléments : premièrement, un

élément de base représenté par le versement de prestations en espèces pendant une durée maximale de huit ans dans le cas de l'achat d'un logement, ainsi qu'une allocation pour enfants et d'autres types de prestations ; deuxièmement, des allocations aux ménages modestes servies en vertu du programme de logements sociaux ; et troisièmement, des indemnités pour difficultés matérielles en faveur des propriétaires occupants à bas revenus. Cet élément de base est venu remplacer en janvier 1996 un système antérieur d'allègements fiscaux en faveur de l'accession à la propriété qui offrait des avantages plus conséquents aux familles plus favorisées. Le plafond de revenus prévu par le programme de logements sociaux a été relevé de manière que les familles à revenu moyen puissent en bénéficier.

465. En Norvège, où une forte proportion de la population est propriétaire de son logement, une banque nationale du logement a été créée pour l'administration des programmes d'aide au logement. Elle propose des prêts aux personnes disposant de peu de ressources sans exiger de caution, soutient la construction de logements bon marché et sert des allocations logement aux familles avec enfants et aux retraités qui couvrent en partie les loyers ou les intérêts hypothécaires.

466. S'appuyer principalement ou uniquement sur l'accession à la propriété pour aider les personnes ayant peu de moyens à se loger est entaché de certains risques, vu les difficultés que ces ménages peuvent avoir à réunir un apport personnel ainsi que la vulnérabilité financière dans laquelle ils peuvent se trouver si la valeur monétaire de leurs investissements baisse du fait d'une restructuration économique régionale. La démarche peut aussi handicaper les chômeurs qui voudraient déménager dans une région où ils pourraient trouver du travail et partant, porter atteinte à la flexibilité du marché du travail. A l'inverse, une fois le logement payé, les intéressés disposent d'un investissement conséquent (qu'il suffit d'entretenir convenablement pour qu'il garde sa valeur) et n'ont plus ni loyer à payer ni remboursement à effectuer, ce qui est pour eux un bon point dans l'hypothèse d'un licenciement ou au moment de la retraite.

467. Le Japon et la Corée ont, pour leur part, préféré construire des logements sociaux pour les personnes à faible revenu, démarche qui nécessite d'importants investissements initiaux et la mise en place d'un service permanent d'entretien des biens et de collecte des loyers. Au Japon, une coopération entre l'administration nationale et locale s'est établie pour construire des logements à loyer modéré pour ces groupes de population. La Corée a mis en place un important programme public de construction de logements entre 1989 et 1995, visant à construire 190 000 logements locatifs destinés aux personnes sans grandes ressources (soit une augmentation d'environ 1 pour cent du parc de logements). La Corée a cessé de favoriser l'accession à la propriété et lui a préféré un dispositif de prêts à faible taux d'intérêt applicable aux personnes très démunies, au motif que la population très réduite qui relevait de cette aide n'avait pas en général suffisamment de ressources personnelles pour obtenir un prêt dans des conditions commerciales normales. La Corée s'apprête maintenant à créer un dispositif de subvention des loyers dans le cadre d'une nouvelle loi de protection des pauvres.

468. Comme on l'a signalé précédemment, la démarche la plus courante en matière d'aide au logement est une démarche hybride alliant appui à la construction de logements publics/sociaux, allocations loyer pour les personnes disposant de peu de ressources et souvent mesures incitatives en faveur de l'accession à la propriété. Grâce à ces arrangements hybrides, les gouvernements disposent d'une palette d'options pour aider les personnes modestes à se loger ; le financement par l'Etat de l'aide au logement peut être mieux étalé dans le temps et l'aide elle-même mieux adaptée aux caractéristiques du marché du logement (plutôt orienté vers l'accession à la propriété ou vers le locatif privé) et aux défaillances du secteur dans le pays.

469. La République tchèque, quant à elle, s'emploie en même temps à favoriser la construction de logements et à aider les ménages par des allocations en espèces. Un dispositif d'Etat offre des prêts hypothécaires à des taux d'intérêt bonifiés (de quatre points de pourcentage), les collectivités bénéficient

de subventions pour réaliser des équipements et des logements sociaux et depuis juillet 1997, date à laquelle les loyers sont devenus libres, une allocation logement a été instituée. En Hongrie, où les familles peuvent bénéficier d'une aide à l'achat ou à la construction d'un logement, l'Etat s'est également engagé dans un vaste programme de construction de maisons.

470. Au Royaume-Uni, l'aide au logement se présente là aussi sous deux formes : soutien du logement public et social et allocation logement consistant soit en une aide monétaire soit en une ristourne sur loyer pour les locataires d'un logement du secteur privé qui disposent de faibles revenus. De même, la Nouvelle-Zélande verse une allocation en espèces sous conditions de ressources (complément logement) qui peut être utilisée soit pour régler un loyer public ou privé, soit pour couvrir en partie le prix d'achat d'un logement ; le parc de logements publics est quant à lui géré par une entreprise publique "Housing New Zealand" qui loue ses appartements aux prix du marché. Ce système garantit une grande transparence du niveau des subventions accordées aux locataires du parc public tout en évitant quelques-unes des distorsions économiques qui pourraient se produire entre les secteurs locatifs public et privé. En Norvège également, la tendance est à fixer les loyers aux prix du marché, les personnes à faible revenu bénéficiant d'une aide monétaire afin de pouvoir en supporter le coût.

471. Une autre caractéristique de l'aide au logement qui se retrouve dans presque tous les pays de l'OCDE est d'être strictement ciblée, soit du point de vue des ressources exigées pour avoir droit à l'aide, soit du point de vue du montant accordé en fonction des ressources de l'individu ou de la famille. Il en est ainsi même dans les pays où d'autres prestations sociales sont d'application généralisée (par exemple, en Suède un principe de dégressivité de l'allocation au taux de 20 pour cent pour les familles et de 33.3 pour cent pour les jeunes sans enfant s'applique en fonction du revenu) et l'on observe une tendance à orienter davantage les dispositifs d'aide au logement vers les personnes à faible revenu (par exemple, en Norvège, en Irlande et au Royaume-Uni). En Irlande par exemple, la politique générale est d'intervenir sur le marché du logement pour aider les personnes qui n'ont pas de ressources suffisantes pour s'assurer un logement décent.

### **Le rôle de l'Etat dans l'aide au logement**

472. L'une des difficultés que présentent ces programmes de logement, en particulier ceux qui se composent de plusieurs éléments, tient au grand nombre d'acteurs généralement en jeu. Rares sont les cas où un seul niveau de l'administration intervient dans les questions de subventions au logement et de gestion du logement public, sans compter les interventions auxquelles il faut s'attendre de la part du secteur privé du logement, des organismes s'occupant de logement social et du secteur associatif.

#### **Tableau 9.2 : Rôle de l'Etat en matière de politique du logement dans les pays de l'OCDE**

473. En règle générale, c'est à l'Etat qu'il incombe de définir le cadre général de l'aide au logement, à quelques exceptions près, comme celle de pays à régime fédéral tels que l'Australie et l'Allemagne où les administrations des Etats fédérés ont également un rôle à jouer. C'est aussi dans la plupart des cas l'Etat qui finance la totalité des dispositifs d'aide au logement, cette deuxième responsabilité découlant sans doute de la première. Il est néanmoins quelques pays comme l'Allemagne, le Portugal et l'Australie où les collectivités territoriales (les Etats fédérés dans le cas des pays à régime fédéral) assument une importante partie des financements.

474. S'agissant des règles d'exécution du programme, les collectivités territoriales disposent le plus souvent d'une marge de manoeuvre plus importante. Dans certains pays (par exemple, le Royaume-Uni, l'Autriche), les Etats fédérés et/ou collectivités locales peuvent fixer leurs propres règles à l'intérieur des



prescriptions nationales. S'agissant de la mise en oeuvre et de l'administration du programme, le rôle de l'Etat central est beaucoup plus limité, les collectivités territoriales et plus spécialement les organismes locaux responsables du logement et/ou les collectivités locales disposant de l'essentiel du pouvoir en la matière.

475. Vu la multiplicité des dispositifs administratifs, il peut être difficile de parvenir de manière cohérente aux résultats prévus et le risque est grand de voir les différents secteurs se renvoyer la balle tant en ce qui concerne les dépenses que les responsabilités, pour peu que le rôle de chacun ne soit pas parfaitement défini. D'où le risque de résultats médiocres pour les individus et les familles à bas revenu auxquels s'adressaient en premier lieu les interventions ou encore d'une absence patente d'efficacité de l'aide apportée. A l'inverse, une meilleure participation de l'administration locale et des représentants de la population intéressée, qui sont plus au fait de la situation locale et des besoins des individus, pourrait permettre des interventions personnalisées correspondant aux besoins des individus et des familles et venir compléter l'action de l'Etat, ce qui constituerait un avantage sur le plan financier.

### **Evolutions récentes de la politique d'aide au logement**

476. L'aide au logement, comme tant d'autres secteurs de la protection sociale, ainsi qu'on l'a vu dans les précédents chapitres de ce rapport, a connu des changements dans un certain nombre de pays de l'OCDE depuis une dizaine d'années.

#### **Tableau 9.3 : Réforme de l'aide au logement dans quelques pays de l'OCDE**

477. On peut citer, parmi les tendances les plus importantes des réformes de l'aide au logement, les suivantes :

- augmentation des allocations logement apportant directement une aide monétaire aux ménages à faible revenu (par exemple Australie, Finlande, Irlande, Grèce) ;
- plus grande rigueur des conditions de ressources et du ciblage applicables aux prestations (par exemple, Allemagne, Norvège, Pologne) ;
- abandon partiel des mesures directes tendant à accroître l'offre de logements -- "l'aide à la pierre" (par exemple, Norvège, Etats-Unis, Finlande) le Danemark n'ayant pas encore traduit dans les faits son intention de s'orienter dans ce sens ;
- l'aide au logement public/social et/ou à la construction et à l'accession à la propriété conserve une grande importance dans la démarche d'un certain nombre de pays de l'OCDE en matière d'aide au logement (par exemple, Irlande, Pologne, Suisse, Corée et Mexique) ;
- nette évolution vers des loyers aux conditions du marché dans le secteur public/social, complétée dans quelques pays comme la Norvège, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni par l'octroi d'aides aux familles à bas revenu ;
- réduction des allégements fiscaux pour prêt hypothécaire (par exemple, Finlande, Norvège) ;  
et
- le rôle primordial que jouent les communes et les structures administratives locales dans l'administration des mesures d'aide au logement dans la plupart des pays de l'OCDE s'est

encore accentué à la suite des évolutions intervenues au Portugal, en Pologne, au Mexique et en Suède.

478. D'intéressants changements ont été apportés aux modalités de l'aide au logement dans un certain nombre de pays. Dans certains cas, de très profondes réformes ont été engagées.

479. La Finlande a modifié son système d'aide au logement, en particulier l'aide à la construction, il y a peu de temps (1996). Les dispositifs désormais offerts sont un prêt aidé par l'Etat au logement, une bonification d'intérêt sur les prêts d'institutions financières aux particuliers, un nouveau prêt à des conditions de faveur aux entreprises de construction pour les inciter à construire davantage de logements en accession à la propriété et des mesures spéciales pour inciter les jeunes achetant leur premier logement à se constituer préalablement un pécule. Cependant, convaincu désormais que le secteur du bâtiment a été suffisamment aidé par ce type de mesures, le gouvernement a réduit ses aides directes au logement ; les allègements fiscaux sur les intérêts des prêts hypothécaires ont été réduits ces dernières années et l'on s'oriente davantage vers l'allocation logement.

480. La loi de réforme du logement, adoptée en Allemagne en juillet 1997, a posé les principes nouveaux de la politique du logement et des dispositions applicables en la matière à partir de 1999. Le principe de base de la réforme consiste à accorder aux ménages à bas revenus une aide correspondant à leurs besoins, calculée en fonction de leurs revenus et des loyers comparables, aide applicable aux logements aussi bien neufs qu'anciens. L'aide de l'Etat à la construction de maisons sera également modifiée.

481. En Irlande, avant 1991, c'étaient les organismes locaux responsables du logement qui étaient généralement chargés de répondre aux besoins de logements sociaux en mettant à la disposition des populations concernées des logements à louer. L'adoption en 1991 du *Plan pour le logement social* a ouvert de nouvelles possibilités pour compléter la démarche traditionnelle, en prévoyant notamment un rôle accru du secteur bénévole dans la satisfaction des besoins de logements sociaux, et l'entrée en vigueur de diverses formules de copropriété ainsi que d'autres dispositifs. Les mesures appliquées en 1991 dans le cadre du *Plan pour le logement social* ont été revues et actualisées en 1995 puis à nouveau en 1997. En outre, le nombre de personnes bénéficiant d'allocations complémentaires au titre du loyer ou de prêts hypothécaires servies par les services locaux de santé a fortement augmenté ces dernières années.

482. En Italie, les nouvelles propositions approuvées par la Chambre des représentants le 11 mars 1998, mais qui ne l'ont pas encore été par le Sénat, prévoient une aide supplémentaire pour accroître l'offre de logements en faveur des jeunes couples et des familles avec de jeunes enfants et réduire le coût de ces logements. Si ces propositions de loi sont adoptées, ces deux groupes pourront bénéficier d'une aide financière s'ils souhaitent acheter une maison et des incitations financières seront offertes à ceux qui mettront des logements à prix modéré à la disposition de ces populations.

483. Comme on l'a vu précédemment, la Norvège compte un taux de ménages propriétaires de leur logement qui est élevé pour un pays avancé. Ainsi, la Norvège abandonne peu à peu le subventionnement direct destiné à accroître l'offre de logements (du type allègements fiscaux sur les prêts hypothécaires, bonifications d'intérêt sur les prêts) au profit de l'octroi d'une allocation aux locataires ayant de faibles revenus. De ce fait, l'aide au logement relève moins désormais de l'aide sociale généralisée puisqu'elle est davantage soumise à des conditions de ressources. Cependant, l'encouragement au logement à bon marché demeure un important élément de la politique norvégienne. Ces changements d'orientation tendent également à accroître la transparence des aides publiques au logement en faveur des ménages à bas revenu.

## 10. AUTRES QUESTIONS

### Soutien des programmes sociaux par l'opinion

484. Les programmes de sécurité sociale dans les pays de l'OCDE sont destinés à protéger les personnes en situation financière difficile. Les dispositifs de sécurité sociale peuvent aussi avoir d'autres buts, comme de promouvoir l'équité entre toutes les couches de population moyennant une panoplie de mesures d'aide aux familles avec enfants et aux personnes s'occupant d'autres personnes défavorisées, ainsi que d'assurer les transferts de la génération des personnes d'âge actif à celles des enfants et des personnes âgées. On peut aussi considérer que les droits acquis à la sécurité sociale sont un élément important de la rémunération totale des travailleurs en ce qu'ils leur procurent un salaire différé au moment de la retraite, une assurance en cas de chômage ou de longue maladie ainsi que des prestations complémentaires quand ils ont des enfants à charge.

485. Les dispositifs généraux de sécurité sociale ne sauraient perdurer sans un soutien solide de l'opinion et des milieux politiques. Après tout, il s'agit là des principales parties prenantes au financement des dispositifs, ce qui revient à dire qu'il appartient à l'Etat d'assurer un suivi-évaluation rigoureux des dispositifs de sécurité sociale nationaux pour vérifier qu'ils répondent bien aux objectifs retenus, d'engager un débat public sur tout éventuel changement important du régime et de prendre en compte comme il se doit toute proposition raisonnable de changement formulée par la population.

486. Il ressort des réponses apportées par les pays au questionnaire établi dans le cadre de l'Initiative pour un monde solidaire, qu'une multitude de stratégies et de démarches sont mises en oeuvre pour veiller à ce que les programmes sociaux recueillent l'appui et la confiance sans faille de la nation, depuis les grandes consultations sur les projets importants de réforme de la politique sociale, les réunions consultatives officielles au niveau des ministres, les débats parlementaires jusqu'aux campagnes publicitaires et aux sondages d'opinion sur les réformes ou projets de réforme. La nature des politiques elles-mêmes, la mesure dans laquelle elles correspondent à une préoccupation de l'opinion, comme la manière dont les nouvelles mesures seront mises en application -- graduellement ou en protégeant les bénéficiaires du moment au moyen de dispositions transitoires -- peuvent aussi jouer grandement sur la manière dont l'opinion publique réagira aux changements d'orientation.

487. Le gouvernement norvégien a fait paraître en 1994 un Livre Blanc sur la protection sociale *Welfare Towards 2030*, dans lequel étaient exposées les grandes lignes de l'évolution de l'Etat-providence envisagée dans ce pays. Un débat public structuré et éclairé pouvait dès lors s'engager sur la base d'un document énonçant les engagements et les principes de l'Etat-providence en Norvège, énumérant les principales difficultés auxquelles les programmes sociaux étaient confrontés et détaillant avec précision les orientations que le gouvernement se proposait de suivre pour faire face à ces difficultés. Ce document, il importe de le préciser, ne se contentait pas de traiter des problèmes de politique sociale immédiats les plus pressants, il se plaçait également dans une perspective à plus long terme en s'interrogeant sur la viabilité des programmes sociaux dans les décennies à venir et sur les besoins qui se feront jour alors, compte tenu du vieillissement de la population norvégienne.

488. Au Canada, plusieurs consultations publiques de vaste envergure sur les questions de politique sociale ont été menées ces dernières années. La réforme de l'assurance-chômage, devenue assurance-emploi, a fait suite à deux années de consultations publiques, de même que les consultations engagées par le gouvernement fédéral et les autorités provinciales n'ont pas manqué d'influer sur les nouvelles orientations données au Régime de pensions. Un Groupe de travail sur les personnes handicapées a tenu des réunions sur tout le territoire canadien afin de se mettre à l'écoute des populations. Au Mexique, des "conseils de développement municipal" ont été créés pour recueillir l'opinion des représentants locaux, dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté par une large participation publique.

489. L'Autriche a rendu public un rapport d'experts sur la réforme des pensions en juillet 1997 et cette publication, dont les médias se sont largement fait l'écho, a eu un grand retentissement dans l'opinion. Le ministre de la santé et de la protection sociale japonais envisage de même de faire paraître un Livre Blanc sur les retraites ainsi que des propositions assez détaillées sur la réforme du système de santé afin de recueillir l'avis de la population sur la nature des réformes proposées dans ces deux domaines. Aux Etats-Unis, la consolidation de la sécurité financière des programmes de maintien de revenus pour les personnes âgées a été identifiée comme une priorité politique majeure en 1998. Des forums sont organisés au niveau national pour informer le public sur ces questions et définir les paramètres de changement. Les Etats-Unis prévoient de commencer à développer des propositions concrètes de réformes pour la fin de l'année basées sur un large consensus qui se met en place au long des discussions nationales. L'Irlande a mis en place en 1986 un Conseil national sur les retraites composé de représentants de l'administration, des partenaires sociaux et d'autres groupes intéressés, qui est chargé de prodiguer des conseils sur tous les aspects touchant les pensions. Ce groupe a élaboré cinq rapports avant la fin de 1993 et bon nombre de ses recommandations ont été mises en oeuvre ou ont infléchi l'action gouvernementale.

490. Il existe dans plusieurs pays des organes consultatifs permanents ayant pour tâche de formuler, à l'intention des pouvoirs publics, des avis sur les grandes questions de politique sociale. Le Social Security Advisory Council du Royaume-Uni est un organisme consultatif indépendant auprès du Secrétaire d'Etat auquel les ministres peuvent transmettre des dossiers à étudier, qui lance de son propre chef des consultations publiques afin de se former une opinion et dont les rapports sont commentés par le gouvernement devant le Parlement. La Turquie possède un Conseil économique et social dont les conclusions sur les rapports de politique sociale qui lui sont soumis sont rendues publiques. Le Conseil fédéral-provincial-territorial chargé de la réforme des politiques sociales, créé à l'échelon ministériel au Canada en juin 1996, est un organe un peu différent, qui analyse les solutions concrètes à apporter en matière de programmes sociaux. Au Danemark, la Commission sociale a fait une enquête sur la totalité du système des transferts entre 1991 et 1993 et rendu publiques ses conclusions dans toute une série de rapports et de brochures destinées au grand public.

491. On fait parfois intervenir dans ce processus de consultation des groupes d'intérêt importants, comme les syndicats (par exemple, en Pologne) ou les partenaires sociaux (par exemple, en Allemagne ou en Grèce). Des pays comme l'Autriche et le Royaume-Uni font remarquer l'importance de recueillir l'opinion des représentants des groupes de populations touchées par les réformes, y compris parfois des mouvements associatifs. Plusieurs institutions où sont représentés les partenaires sociaux et les organisations non-gouvernementales conseillent en permanence le gouvernement irlandais sur ces questions. Il s'agit notamment du Conseil national pour les questions économiques et sociales, du Forum national sur les questions économiques et sociales, de l'Agence pour la lutte contre la pauvreté, du Conseil national des services sociaux, du Conseil sur les retraites et du Conseil national sur le vieillissement et les personnes âgées.

492. L'extrême importance des débats et des propositions du Parlement en matière de réformes de la politique sociale est également soulignée par un certain nombre de pays (comme le Danemark, la Nouvelle-Zélande, la Pologne, la Suisse). Cela tient essentiellement à la nature du processus de réforme : les réformes doivent en effet être obligatoirement approuvées par le Parlement puisqu'elles nécessitent en général des modifications de la législation. Le débat parlementaire permet aussi à l'opinion de faire entendre ses différences et peut avoir une influence sur le résultat final des réformes. Les gouvernements ne négligent nullement ces réactions à leurs projets, sans pour autant reprendre à leur compte l'intégralité des modifications suggérées qui ne vont pas toutes dans le sens de l'objectif global qu'ils recherchent. La Suisse, où tout projet de loi controversé peut donner lieu à un référendum, a tout intérêt à rechercher le compromis avec les parties intéressées dans le cadre du processus politique.

493. Les réformes, une fois approuvées, donnent souvent lieu à publication dans les médias ou à des campagnes d'information en direction des personnes qui seront touchées par les nouvelles mesures (par exemple, par l'envoi de lettres personnalisées aux allocataires, comme en Nouvelle-Zélande). Les personnalités politiques jouent également un grand rôle par leur apport au débat public sur les questions de politique sociale et la réforme, spécialement en expliquant le sens des réformes à l'opinion et en répondant à ses interrogations et préoccupations. Le ministère japonais de la santé et de la protection sociale se sert de plus en plus de son site Internet pour diffuser des informations sur la politique sociale. L'Allemagne, notamment, publie des brochures spécialisées et a mis en place un service de renseignements téléphoniques spécial pour informer le public sur telle ou telle mesure. Des sondages peuvent être aussi organisés parallèlement pour connaître l'opinion du public sur un projet de réforme. En tant que mesure à plus long terme, la Norvège préconise un suivi-évaluation des réformes, indispensable pour se faire une idée exacte des conséquences des changements, les informations recueillies, y compris sur l'opinion de la population, et l'incidence des réformes sur celle-ci constituant une bonne base pour tout ajustement des réformes engagées.

494. Faire accepter une réforme par la société n'est pas toujours simple et dépend de l'ampleur du changement envisagé et de la nature du groupe touché. La Hongrie fait observer que selon le groupe auquel elle s'adresse, une réforme est plus ou moins facilement acceptée par le public. Elle cite comme exemple les dispositifs en faveur des personnes âgées et handicapées que les Hongrois jugent politiquement plus justifiés que les dispositifs s'adressant aux personnes d'âge actif et à leurs familles. Les Etats-Unis signalent que les grandes réformes de la santé proposées dans ce pays en 1992-93 ont en partie échoué parce qu'elles n'ont pas fait l'objet d'un consensus parmi les groupes de population touchés.

495. D'autres pays remarquent qu'il importe que les mesures de réforme elles-mêmes répondent à des préoccupations de la collectivité car c'est là un moyen de faire naître dans le public un soutien et une confiance accrue à l'égard des programmes sociaux.

496. Dans leur réponse, les Australiens notent que les réformes apportées à l'indemnisation du chômage pour en rendre l'administration plus rigoureuse, répondent à plusieurs soucis : veiller à ce que, conformément aux souhaits de la population, seules les personnes réellement au chômage perçoivent des indemnités ; accroître la confiance en la politique générale de l'immigration en allongeant le délai de séjour exigé des immigrés pour l'ouverture des droits aux prestations de sécurité sociale ; cibler davantage les prestations pour répondre aux critiques de l'opinion, qui dénigre la protection sociale des classes moyennes. Le rôle positif de l'action du gouvernement est également souligné à propos du projet de célébration d'une semaine nationale des jeunes destinée à rassurer l'opinion quant aux potentialités des jeunes, à rendre hommage à leurs succès et à attirer l'attention sur leurs préoccupations.

497. Un certain nombre de pays ont cherché à montrer à l'opinion que les réformes entreprises avaient un caractère global, les réductions opérées dans les dispositifs de sécurité sociale ayant pour pendant un

effort de lutte contre l'exclusion du marché du travail. La Norvège, par exemple, souligne l'importance des initiatives tendant à amplifier les mesures actives du marché du travail si l'on veut faire admettre le durcissement des dispositifs de sécurité sociale.

### **Modifications des pratiques administratives**

498. Comme on l'a précédemment signalé, la tendance est à vouloir diminuer les ressources consacrées à l'administration des programmes sociaux tout en améliorant la qualité des procédures administratives. Ce double souci est l'une des caractéristiques des réformes apportées à l'administration publique dans un certain nombre de pays de l'OCDE, qui se sont employés dans tous les domaines de l'action publique et pas seulement dans celui des programmes sociaux à améliorer les performances, réformer les mécanismes de responsabilité et de contrôle et réaliser des économies budgétaires (OCDE, 1997d).

499. S'agissant des programmes sociaux, deux grandes voies d'amélioration des procédures administratives ont été suivies : amélioration du service à la clientèle sur le modèle des nouveaux principes mis en oeuvre dans le secteur privé et prise de mesures propres à réduire l'étendue de la fraude à l'aide sociale et les paiements indus.

### ***Améliorer la qualité des services***

500. Dans un certain nombre de pays de l'OCDE, l'administration se préoccupe moins d'exercer comme auparavant un contrôle bureaucratique sur les ressources mises en oeuvre que d'obtenir les résultats recherchés. Différentes stratégies ont été employées, comme de définir la qualité des services à rendre au public visé eu égard notamment à ses besoins, d'améliorer la structure de la prestation de service, de mesurer la satisfaction du public et de mettre en place des procédures de suivi et d'évaluation approfondis des résultats.

501. L'une des stratégies utilisées en vue de cette amélioration a été la mise au point de contrats de service (service charters) au Royaume-Uni dans lesquelles est notamment indiquée la qualité du service que les consommateurs sont en droit d'attendre de la part des administrations publiques compétentes. Ces contrats de service, mis en place en 1991 dans le cadre d'une initiative décennale, ont donné lieu à la conclusion de 42 contrats principaux et de milliers de contrats locaux concernant des prestataires de services locaux comme la police, les pompiers et les services collectifs urbains. Dans le milieu du secteur public, où aucune (ou presque) pression du marché ne s'exerce qui puisse pousser à des gains de productivité ou à une meilleure compétitivité des prix, ces contrats de service sont des repères de qualité auxquels les autorités doivent faire référence publiquement et régulièrement. Ces contrats sont aussi partie intégrante des contrats de performance des directeurs d'agences et autres hauts responsables. Les contrats de service sont également un des éléments de la réforme engagée en France et se répandent en Australie. Améliorer la qualité des services est de même une priorité au Canada, en Finlande, en France et en Nouvelle-Zélande (OCDE, 1997d) encore que selon des modalités différentes de celles adoptées au Royaume-Uni.

502. Aux Etats-Unis, la National Performance Review s'est donné pour tâche de parvenir, sous la direction du vice-président Al Gore, à une réduction des dépenses publiques de 108 milliards de dollars sur une période de cinq ans (1995-1999) (Gore, 1993) tout en apportant des améliorations qualitatives. Il s'agit de mettre en oeuvre les recommandations tendant à rationaliser les procédures de l'administration et à donner aux fonctionnaires davantage d'autonomie (tout en conservant une structure parfaitement définie

de délégation d'autorité et de responsabilité devant l'exécutif et le Parlement), en privilégiant la satisfaction des besoins des usagers et l'amélioration des performances de l'action gouvernementale.

503. En France, les réformes du secteur public engagées depuis la fin des années 80 ont surtout cherché à améliorer la performance des programmes publics. L'un des aspects à signaler a été la création de *centres de responsabilité* dans le cadre desquels les gestionnaires locaux disposent d'une plus grande autonomie de fonctionnement et d'une autorité accrue, étant entendu que l'on attend d'eux, en contrepartie, de meilleurs résultats et une prise de responsabilité plus grande à cet égard. L'expérimentation des contrats de service à partir de 1997 pourrait permettre, sur la base des acquis des centres de responsabilité, de faire un nouveau pas en avant.

504. Dans certains pays de l'OCDE, des changements structurels majeurs ont été apportés à l'administration des programmes sociaux. On a ainsi séparé les fonctions d'orientation et de suivi de l'administration des prestations, selon différentes modalités et à différentes époques au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et plus récemment, en Australie. La réforme Next Steps au Royaume-Uni, la séparation de la Social Policy Agency du Département des affaires sociales en Nouvelle-Zélande, la séparation des fonctions d'orientation et de suivi exercées par le Department of Social, Community and Family Affairs de l'administration des prestations (Social Welfare Services Agency) et l'instruction des recours contre des décisions relatives aux prestations (Social Welfare Appeals Office) en Irlande, et l'établissement en Australie du Centrelink, chargé de la sécurité sociale et des autres dispositifs de protection sociale, en complément de la création d'un marché compétitif des services de l'emploi sont autant de formules destinées à offrir aux allocataires des services plus efficaces.

505. Le loi de finances adoptée en Italie en 1997 a institué un fonds social, placé sous l'égide du Ministre des affaires sociales, qui doit rassembler les crédits déjà alloués à diverses catégories de population telles que les toxicomanes et les personnes handicapées. Il servira d'élément central à un fonds pour les politiques sociales (distinct des programmes de sécurité sociale et de santé) dont les ressources seront réparties entre les régions par ce Ministère.

506. Dans son Livre Blanc sur la protection sociale, le gouvernement norvégien souligne l'importance d'améliorer l'administration. Il insiste sur l'intérêt de programmes plus simples, plus accessibles au public et plus faciles à gérer, sur la nécessité d'accroître la compétence de l'administration publique et d'améliorer le contrôle de qualité, ainsi que de mieux coordonner les dispositifs sociaux administrés par différents organismes de manière à ce qu'ils soient mieux adaptés aux besoins des individus.

507. La Grèce met progressivement en place un système de dossiers reposant sur un numéro unique d'immatriculation à la sécurité sociale. En outre, pour permettre la vérification des déclarations des bénéficiaires, elle devrait améliorer la base de données du système et permettre des échanges d'informations entre les différents dispositifs de sécurité sociale (plus de 300 au total). Cette mesure devrait aussi encourager la diffusion des technologies de l'information qui est un autre objectif de l'administration.

### ***Lutte contre la fraude à la sécurité sociale***

508. Tous les pays de l'OCDE se préoccupent désormais davantage de détecter la fraude à la sécurité sociale. Réduire la fraude n'a pas seulement l'avantage de diminuer les dépenses globales et d'aider le gouvernement à respecter l'objectif budgétaire qu'il s'est fixé, elle permet aussi de donner confiance dans la gestion des dispositifs de sécurité sociale et de faire admettre celle-ci par l'opinion. A partir de là, un régime de sécurité sociale qui, aux yeux de l'opinion, est bien géré et relativement peu sujet aux fraudes,

se verra vraisemblablement remettre moins de dossiers mensongers, leurs auteurs -- de toute façon minoritaires -- sachant bien qu'ils courent un grand risque d'être découverts.

509. Un certain nombre de pays indiquent que, compte tenu des contrôles administratifs existants, la fraude ne leur paraît pas constituer un problème (par exemple, Corée, Norvège). La Suisse, qui note que dans l'ensemble la fraude est un phénomène marginal pour ce qui concerne la plupart des secteurs des assurances sociales, signale que l'opinion est beaucoup plus sensible au risque d'abus lorsqu'il s'agit de l'assurance-chômage et de l'aide sociale, ce qui s'explique par l'apparition relativement tardive du chômage de longue durée dans ce pays. L'activité considérable déployée dans de nombreux pays de l'OCDE pour gérer de manière plus stricte les prestations de chômage, ainsi qu'on l'a vu au chapitre 5, donne à penser que la Suisse compte parmi les nombreux pays où l'opinion souhaite une lutte contre toutes les formes de fraude et d'abus en matière d'indemnisation du chômage.

510. En Nouvelle-Zélande, on estime aussi que pour l'essentiel, la fraude à la sécurité sociale a un caractère opportuniste, autrement dit que les gens ne cherchent pas à travestir la vérité au moment de leur inscription, mais qu'ils omettent de signaler un changement de situation -- reprise d'emploi ou changement de situation familiale -- lorsqu'ils touchent des prestations.

511. L'Allemagne impose aussi aux bénéficiaires de l'aide sociale normalement aptes à travailler une obligation de recherche d'emploi et applique un abattement d'au moins 25 pour cent sur le taux normal de la prestation à qui refuse un emploi, toute latitude étant laissée au prestataire d'appliquer des abattements supplémentaires. Le régime d'aide publique japonais contrôle strictement le revenu et le patrimoine des demandeurs et multiplie les mesures destinées à empêcher les gangsters de percevoir illégalement des aides publiques. Il existe aussi un système d'audit renforcé. En Pologne, les bénéficiaires de l'aide sociale sont tenus d'informer le travailleur social responsable de tout changement de leur situation personnelle ou financière et le travailleur social peut exiger une déclaration sur la situation financière de la famille. En Finlande, les droits à prestations des allocataires sont vérifiés à intervalles réguliers et les fraudeurs sont traduits devant les tribunaux.

512. Au Canada, la prévention et la détection des fraudes sont depuis toujours inscrites dans les programmes sociaux, compte tenu en particulier du risque de cumul des prestations servies par des dispositifs dépendant de différents niveaux d'administration. On sait, d'après un certain nombre d'études canadiennes, que la fraude absorbe 3 à 5 pour cent environ des dépenses des programmes d'aide sociale provinciaux et territoriaux. La plupart des provinces canadiennes ont accru le nombre d'agents de la répression des fraudes chargés des programmes d'aide sociale. Au Québec, ces agents ont des pouvoirs étendus et peuvent contraindre les parents, les amis, les voisins de l'intéressé et le clergé local à coopérer sous peine d'amende pouvant aller jusqu'à 1000 dollars canadiens. Les progrès de l'informatique ont permis aux autorités de tous niveaux de comparer les dossiers des allocataires et des accords sont passés entre les provinces pour rapprocher les dossiers de manière qu'un individu ne puisse pas percevoir de prestations dans plus d'une circonscription.

513. Le rapprochement des dossiers grâce à l'informatique se fait aussi en Australie, en Irlande au Japon et en Nouvelle-Zélande, notamment. Au Japon, un numéro d'identification est attribué à tout cotisant à une assurance-retraite, ce qui facilite l'échange d'informations. L'Allemagne est en train de mettre sur pied un système central de comparaison automatique des données qui interdira toute possibilité de cumul des prestations d'aide sociale, permettra de vérifier si la personne exerce un emploi quelconque ou perçoit d'autres prestations fédérales ou indemnités d'assurance-accident. En Suède, un projet de loi est à l'étude sur une meilleure utilisation de l'informatique. Le Income Eligibility Verification System (IEVS), en place aux Etats-Unis depuis les années 80, permet aux Etats et aux administrations locales de consulter



le dossier des bénéficiaires de l'aide sociale. Malheureusement, de nombreux Etats utilisent mal ce système, encore que la situation semble devoir s'améliorer dans la plupart des cas.

514. Au Canada, on tend de plus en plus à procéder aux vérifications au moment de l'inscription. Il est désormais plus difficile à un demandeur d'obtenir une aide avant vérification de sa situation personnelle et financière. La Grèce a également renforcé ses mécanismes de prévention en appliquant en particulier de nouveaux critères et un mode d'évaluation uniforme aux personnes demandant à bénéficier d'une pension d'invalidité. La Pologne, elle aussi, s'oriente nettement vers le principe de la vérification au moment du dépôt de la demande, obligation étant faite aux travailleurs sociaux d'avoir un entretien avec toute personne ou famille déposant une demande d'aide de manière à mieux connaître la situation financière du ménage et à juger si d'autres membres de la famille ne pourraient pas aider l'intéressé. Aux Etats-Unis, tous les Etats ont mis en place des cellules anti-fraude dans les années 80 qui sont principalement chargées des vérifications avant acceptation du dossier, moment où il semblerait que la fraude soit la plus courante.

515. L'Irlande a mis sur pied des unités spéciales d'investigation composées d'inspecteurs du fisc et de la sécurité sociale qui mettent en commun leur expertise et leurs compétences juridiques pour détecter la fraude à la sécurité sociale et l'évasion fiscale ainsi que le non paiement des cotisations de sécurité sociale. D'autres unités spécialisées sont spécialement chargées de certains secteurs industriels, et des systèmes d'indemnisation du chômage dans les régions et de contrôler les abus en faisant appel d'une manière générale à leur connaissance de la région et des conditions existantes. D'une manière générale, des mesures de contrôle plus intensives et mieux ciblées ont permis d'accroître de 27 pour cent les économies découlant des contrôles au cours de la période 1995-97, près de la moitié de ces économies ayant été réalisées au titre de l'indemnisation du chômage.

516. Selon des estimations récentes, le montant des fraudes à la sécurité sociale au Royaume-Uni tournerait autour de 4 milliards de livres par an sur un budget total de 100 milliards de livres environ par an. Pour lutter contre ce phénomène, le gouvernement britannique a mis en place une stratégie d'ensemble à trois volets : prévention, dissuasion et détection/investigation. Au titre de la prévention, des systèmes et procédures ont été mis en place pour réduire l'ampleur possible des fraudes, vérifier les renseignements personnels fournis dans les nouveaux dossiers et procéder au rapprochement des données. Les actions de dissuasion consistent à traduire devant les tribunaux les auteurs de délits répétés et importants et à lancer des campagnes d'information et de publicité contre la fraude. Enfin, les actions relevant du chapitre Détection et investigation, qui font intervenir une forte équipe d'enquêteurs, consistent à améliorer l'information par le rapprochement des données, l'analyse des risques et l'information du public et à intensifier la coopération entre les organismes concernés.

517. La Suède a également adopté en octobre 1996 une nouvelle réglementation qui accroît les pouvoirs d'enquête de l'Office des assurances sociales et lui donne même le droit de se rendre au domicile de l'assuré. L'assuré est en outre tenu de jurer que les informations communiquées à l'Office des assurances sociales sont exactes.

518. Le Portugal multiplie les enquêtes sur les trois catégories d'indemnisation -- indemnités de maladie, pensions d'invalidité et allocations de chômage -- et fait état d'une baisse sensible du nombre de allocataires, de la durée d'indemnisation et également des dépenses. La fraude à la sécurité sociale fait partie des grandes préoccupations des autorités en Grèce, en particulier s'agissant des pensions d'invalidité. Depuis 1993, les conditions à remplir, sur le plan de l'invalidité et sur le plan médical, pour pouvoir prétendre à une pension d'invalidité ont été précisées, et l'on a veillé parallèlement à garantir à chaque demandeur une évaluation objective de son état, grâce à la constitution de conseils d'invalidité composés de personnes compétentes à la mise en place de procédures de recours, etc.

519. Le système de prévention et de détection des fraudes australien est un exemple de système bien au point. Ses éléments principaux sont les suivants :

- un système national de rapprochement des données permettant de vérifier la concordance entre celles communiquées au Département de la sécurité sociale et les renseignements personnels détenus par d'autres organismes publics australiens, comme la Direction des impôts et les services d'immigration ;
- analyse des clients sur la base d'évaluations des risques établies par ordinateur ;
- réexamen des droits des allocataires à intervalles réguliers ;
- inspections par des équipes mobiles des allocataires à leur domicile et enquêtes auprès des employeurs et autres personnes appropriées ; et
- recherche active d'informations sur les allocataires auprès du public en général.

520. Selon certaines estimations, ce programme de détection des fraudes et de dissuasion aurait permis d'économiser 92 millions de dollars australiens grâce au rapprochement des données et 218 millions de dollars australiens grâce à l'action des équipes mobiles. L'une des causes les plus importantes des paiements indus en Australie est la non-déclaration de salaires auprès du Département de la sécurité sociale, le montant du revenu pouvant avoir un effet très sensible sur les droits à indemnisation dans le système australien qui est soumis à conditions de ressources. Les améliorations apportées au système de recouvrement des dettes, notamment la retenue de certaines sommes sur des indemnités à venir, les saisies sur salaires, remboursements de trop-perçus d'impôts ou comptes bancaires, et le recours accru à des officines privées de recouvrement dans le cas de dettes de faible montant, ont permis de récupérer au total 251 milliards de dollars australiens de paiements indus au cours de l'exercice budgétaire 1995-1996.

521. En Nouvelle-Zélande, les peines pour fraude ont récemment été alourdies et de plus en plus de poursuites sont engagées. Parallèlement, des instructions plus claires sur leurs responsabilités ont été publiées à l'intention des clients.

522. La Nouvelle-Zélande a également restructuré son organigramme en séparant la fonction d'enquête de celle des paiements afin d'insister tout spécialement sur les activités de détection des fraudes. En Suède, on espère que la clarification des responsabilités du Conseil national des assurances et des bureaux régionaux des assurances sociales limitera les possibilités de tricherie.

## 11. CONCLUSIONS : GRANDS AXES DES REFORMES ENGAGEES RECEMMENT

523. Les pays Membres ont demandé au Secrétariat de l'OCDE d'évaluer les grands axes des réformes récemment mises en oeuvre dans le domaine de la politique sociale par rapport aux objectifs d'action sociaux suivants :

- accroître l'autonomie économique ;
- réajuster les charges entre les générations ;
- accroître la flexibilité et la croissance économique ;
- réduire la précarité et lutter contre la pauvreté touchant les enfants ;
- améliorer l'efficacité et la qualité des services assurés ;
- assainir les finances publiques ;
- améliorer la cohésion sociale ;
- garantir la satisfaction des besoins sociaux fondamentaux<sup>72</sup>.

### Accroître l'autonomie économique

524. L'accroissement de l'autonomie économique a été l'un des thèmes dominants des réformes récemment mises en oeuvre dans le domaine de la politique sociale, et ce, sous la pression de différents facteurs : la réduction des programmes sociaux du fait de l'assainissement des finances publiques, le souci de réduire la dépendance à long terme à l'égard des régimes de protection sociale et la sensibilisation à la notion de coût de manière à modifier l'utilisation des services de soins de santé et, dans une moindre mesure, des soins de longue durée.

525. La notion d'autonomie économique peut sembler incompatible avec les dispositifs de protection sociale mis en place pour assurer une aide à ceux qui ne sont pas en mesure de subvenir à leurs besoins. Toutefois, l'obtention passive d'avantages (en espèces et en nature) ne peut constituer à long terme une solution au problème de la pauvreté et aux autres grands problèmes que vise la politique sociale. L'autonomie ou la capacité de se prendre en charge dans la dignité est un principe essentiel du système de protection sociale tout comme la solidarité. C'est pourquoi les pouvoirs publics cherchent à instaurer un équilibre raisonnable entre l'octroi de prestations aux personnes dans le dénuement et des mesures incitant à l'indépendance.

---

<sup>72</sup> Les objectifs "réduire la précarité et lutter contre la pauvreté touchant les enfants" et "garantir la satisfaction des besoins sociaux fondamentaux" sont traités ensemble ci-après, les domaines d'action concernés se superposant dans une très large mesure.

526. De manière générale, l'accès aux programmes d'aide sociale a été restreint en définissant de manière plus stricte les critères d'admission, en abaissant le niveau des prestations et en réduisant la durée de leur versement. Ces changements ont indubitablement incité les personnes concernées à compter davantage sur leurs ressources financières propres ou à se lancer plus activement dans la recherche d'un emploi. D'autres, toutefois, se sont repliées sur les filets de sécurité que représentent les systèmes de prestations liés au niveau des ressources. Le contrôle du niveau des ressources a exclu des programmes les personnes disposant de certaines ressources, mais il peut réduire les incitations à travailler de celles qui ont de faibles revenus. On peut se retrouver piégé par la pauvreté ou le chômage (voir également Atkinson 1993, Ingles 1997). Ainsi, les réformes que l'on pourrait qualifier de "traditionnelles" qui sont apportées aux politiques -- modifier, par exemple, les conditions d'admission au bénéfice de programmes d'aide ou les niveaux des prestations -- peuvent, dans certains cas, obliger les intéressés à se prendre davantage en charge, mais dans d'autres, les enfermer dans la dépendance<sup>73</sup>.

527. Pour tenter d'éviter ce dilemme, les personnes d'âge actif qui bénéficient de prestations de sécurité sociale sont de plus en plus orientées vers des programmes actifs du marché du travail tels que des programmes de formation et de recyclage et des programmes de stages professionnels afin d'améliorer leurs perspectives d'emploi. C'est ainsi que les personnes d'âge actif sont de plus en plus tenues de rechercher activement un emploi et d'accepter un emploi convenable pour pouvoir bénéficier des prestations -- les conditions d'admission existantes sont rendues plus rigoureuses pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage (durcissement qui s'accompagne parfois d'un alourdissement des pénalités en cas de non-respect de ces obligations) et de nouvelles conditions sont imposées aux parents isolés et aux bénéficiaires de l'aide sociale. Ces nouvelles mesures sont souvent stipulées dans un contrat ou un accord écrit entre le bénéficiaire et l'organisme public qui définit leurs responsabilités respectives.

528. Dans les pays assurant une couverture médicale à toute la population, les personnes à la recherche d'emploi faiblement rémunéré ont plus de chances d'avoir accès à des soins de santé à un coût abordable. Aux Etats-Unis, pays qui n'a pas de système de santé à couverture universelle, les Etats ont la possibilité d'étendre la couverture assurée par Medicaid aux personnes qui acceptent un emploi. La participation aux coûts est utilisée dans un certain nombre de pays pour réduire la demande de services de santé en transférant une plus grande part de la charge financière sur les patients. La participation aux coûts revêt trois formes : le ticket modérateur forfaitaire, formule qui consiste à demander au patient d'acquitter un montant fixe en contrepartie d'un service ; le ticket modérateur proportionnel, où le patient participe au coût d'un service dans une proportion déterminée ; et la franchise, formule en vertu de laquelle le patient supporte la première partie du coût du service jusqu'à concurrence d'un montant prédéfini. La participation aux coûts ne s'applique généralement pas aux personnes à revenu très modeste qui risqueraient alors d'avoir des difficultés pour avoir accès aux services de santé, et les paiements essentiellement symboliques qui sont exigés n'auraient qu'une influence marginale sur le comportement des ménages disposant de revenus plus élevés.

529. Une importance accrue est accordée maintenant aux systèmes de retraite privés, avec une certaine participation de l'Etat sous forme d'abattements fiscaux et de réglementation financière. Des études consacrées récemment par l'OCDE aux ressources au moment de la retraite donnent à penser qu'il se produit une forte substitution entre les régimes publics de retraite et d'autres éléments du patrimoine réalisable dont disposent les retraités, bien que la part accrue des pensions dans le revenu total des

<sup>73</sup> Le fait d'assortir de plus en plus les prestations familiales de conditions de ressources témoigne également d'une réduction du rôle des pouvoirs publics en matière de soutien aux familles et à la formation de la famille ; dans certains cas cependant, ces mesures se sont accompagnées d'une prolongation de la durée des diverses aides offertes aux familles et d'une amélioration de la qualité de l'aide fournie aux familles à faible revenu.

retraités explique que les groupes à faible revenu bénéficient davantage des prestations. Dans le domaine des soins aux personnes âgées, la nécessité de soins intensifs en milieu hospitalier diminue par suite d'un recul des maladies aiguës ou mortelles et de l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées. De ce fait, les services de soins à domicile et les services de soins de proximité se développent car ils permettent d'aider les personnes âgées à soigner leurs affections chroniques dans un cadre plus familial qui tient compte de leurs besoins en matière d'autonomie et de protection de la vie privée.

530. Du fait du processus d'assainissement des finances publiques, un grand nombre des changements opérés tendent à restreindre l'accès aux prestations ainsi que les dépenses liées aux programmes sociaux. Il est procédé à des choix visant à limiter les dépenses publiques, dans l'espoir que les personnes concernées, soit parviendront à vivre avec des ressources moindres, soit feront appel à d'autres moyens et, par exemple, déploieront des efforts accrus pour travailler ou puiseront dans leur épargne. A ce jour, le processus de réforme a été d'une ampleur relativement faible dans la plupart des pays, situation qui traduit un conservatisme naturel par rapport à la réduction des mesures de protection sociale. En pourcentage du PIB, les dépenses de santé plafonnent depuis un certain nombre d'années, alors que les dépenses publiques sociales (hors santé) continuent de s'accroître dans la plupart des pays, mais à un rythme plus lent qu'auparavant.

### **Réajuster les charges entre les générations**

531. Les politiques sociales s'inscrivent à l'évidence dans une perspective qui recouvre plusieurs générations. En règle générale, c'est surtout au début et à la fin de leur existence que les individus bénéficient des prestations de l'aide sociale. Par exemple, les familles ayant des enfants à charge sont susceptibles de tirer des avantages nets considérables des programmes sociaux en matière d'éducation, et des actions de santé subventionnées en faveur des femmes et des enfants, ainsi que de bénéficier de transferts monétaires directs pour leurs enfants et/ou d'avantages fiscaux. Les personnes d'âge actif apportent en principe, sauf si elles sont économiquement inactives, une contribution nette au système fiscal. Lorsqu'elles prennent leur retraite, il est possible qu'elles redeviennent des bénéficiaires nets des avantages sociaux, puisqu'elles perçoivent des pensions de retraite et risquent d'avoir plus largement recours aux services de santé ainsi qu'aux services d'aide et de soins à long terme<sup>74</sup>.

532. Certains gouvernements craignent de ne pas être en mesure d'assumer les coûts budgétaires liés aux régimes de retraite par répartition en ce qui concerne un nombre croissant de personnes âgées dépendantes, du fait du déséquilibre de plus en plus marqué entre les cotisations que de nombreux régimes publics de retraite paraissent devoir recevoir et les prestations qu'ils devraient verser. Les régimes de retraite ont certes fait l'objet de réformes dans beaucoup de pays au cours des dix dernières années, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer leur viabilité financière et éliminer certaines de leurs dispositions qui dissuadent les travailleurs de prolonger leur activité -- réduction des prestations inférieure au taux actuariel en cas de retraite anticipée, accumulation des droits additionnels à pension très limitée pour les années supplémentaires d'activité et limitation des possibilités de cumul d'une activité rémunérée et d'une retraite. Ces réformes doivent être complétées par des mesures visant à réduire les possibilités et les incitations offertes aux personnes d'âge actif de prendre une retraite anticipée par un accès indu à d'autres prestations de sécurité sociale telles que pension d'invalidité, prestations-maladie et préretraite. A moins que de nouvelles réformes soient entreprises sous peu, compte tenu du délai nécessaire pour qu'elles deviennent pleinement opérationnelles, l'augmentation des dépenses liées aux retraites limitera la

<sup>74</sup> Falkingham et Harding (1996) exposent une tentative d'analyse de la distribution, sur la durée de la vie, des prestations de sécurité sociale et des obligations fiscales en ce qui concerne la Grande-Bretagne et l'Australie.

flexibilité et la capacité d'action dont pourront faire preuve les gouvernements face à de nouveaux problèmes sociaux.

533. Comme le montre l'analyse plus approfondie faite dans le rapport 1998 adressé au Conseil de l'OCDE réuni au niveau des ministres et intitulé *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*, il convient de réévaluer le montant global des crédits publics consacrés aux personnes âgées à la retraite, compte tenu du recul de la pauvreté dans ce groupe de population, et du montant des ressources financières d'origine privée détenues par certaines personnes âgées. Un recentrage des dépenses sociales est nécessaire pour faire face aux nouveaux enjeux sociaux tels que l'accroissement de la pauvreté touchant les familles et la nécessité d'assurer des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie (notamment par des actions en faveur de l'éducation préscolaire et par des mesures destinées à faciliter le passage des jeunes à la vie active). Il est d'autant plus nécessaire de s'attaquer à ces questions que les mesures qu'elles appellent peuvent allonger la durée de vie active d'une population qui, bien qu'elle vieillisse, reste en meilleure santé plus longtemps qu'auparavant. Des transferts publics excessifs en faveur des personnes à la retraite limitent déjà sérieusement la capacité des gouvernements de réorienter les ressources publiques vers ces nouveaux problèmes de politique sociale (Esping-Andersen 1997 a).

534. Comme la majorité des dépenses publiques sont déjà consacrées à des actions intervenant durant les deux dernières années d'existence des individus, des projections récentes concernant l'effet probable du vieillissement des populations sur les coûts de la santé font apparaître un accroissement de l'ordre de 10 à 20 pour cent, ce qui est considérable mais pas alarmant. Si cette tendance est en aucune façon généralisée, certains pays intensifient leurs efforts en faveur de domaines spécifiques de la recherche afin de trouver des traitements permettant d'agir plus efficacement sur certaines pathologies fréquentes chez les personnes âgées (comme la démence sénile). Toutefois, cette tendance va de pair, dans la plupart des pays, avec une vigilance accrue en ce qui concerne l'évaluation des technologies nouvelles et l'évaluation globale des traitements, ce qui témoigne de l'intérêt que porte les pays à l'efficacité des actions de santé, en particulier en faveur des personnes âgées.

535. Un certain nombre de faits encourageants tendent à montrer que non seulement l'espérance de vie s'allonge mais que les personnes âgées sont plus actives et en meilleure santé ainsi qu'en témoignent les données sur l'espérance de vie sans incapacité. Néanmoins, on observe une augmentation des pathologies chroniques incurables qui vont de pair avec le vieillissement des populations. Il faut donc adopter une démarche nouvelle mettant davantage l'accent sur la prévention des maladies elles-mêmes que sur le diagnostic et le traitement de ces dernières. Ce constat, de même que les autres pressions qui s'exercent sur les systèmes de santé ont conduit les pays à élaborer des approches globales en matière de santé qui sont axées sur la population en vue d'encourager des modes de vie sains et partant de réduire la fréquence des maladies chroniques. Ces approches peuvent aussi procurer des avantages substantiels en ce qui concerne l'état de santé des générations futures.

536. Les soins de santé à long terme occupent une place tout à fait justifiée dans les préoccupations des pays qui se préparent à relever les défis posés par l'accroissement de la proportion de personnes âgées dans la population. Si les membres de la famille continuent d'assumer l'essentiel des responsabilités en matière de soins aux personnes âgées, la répartition de ces responsabilités évolue et les pouvoirs publics interviennent de plus en plus. Des mesures sont mises en place pour faire face aux problèmes posés par la nécessité d'avoir accès à des soins à un coût abordable et répondre à la demande accrue émanant des personnes âgées elles-mêmes qui souhaitent bénéficier d'une plus grande autonomie, de choix plus larges et d'un plus grand respect de leur vie privée. Le financement des soins à long terme reçoit une attention considérable dans plusieurs pays et certains d'entre eux ont opté pour la mise en place de dispositifs supplémentaires visant à permettre aux personnes âgées de se procurer les soins dont elles ont besoin.

537. Il est plus facile de définir la stratégie globale requise pour mettre en oeuvre des réformes efficaces que de définir les moyens précis permettant une telle redistribution des ressources. L'augmentation de leur nombre confère aux personnes âgées une influence accrue sur le plan électoral. Ces considérations ont conduit nombre de pays faire preuve de prudence excessive dans la réforme de leur régime de retraite et à ne donner à celle-ci qu'une portée limitée. La population d'âge actif actuelle peut, par ailleurs, s'inquiéter d'avoir à supporter une charge fiscale accrue à l'avenir et de ne bénéficier que de droits à prestations réduits lorsqu'elle atteindra l'âge de la retraite. On a cependant récemment constaté que des programmes de réformes de fond *peuvent* être mis en oeuvre avec succès, en particulier s'ils reposent sur une base rationnelle, s'ils font l'objet d'explications claires et s'ils sont associés à des consultations de grande ampleur de la collectivité.

538. Le vieillissement des populations n'entraîne pas uniquement des charges pour les générations à venir. Les nouvelles cohortes de personnes âgées ont une vie plus longue pendant laquelle elles restent plus valides et en meilleure santé. Nombreuses sont donc celles qui peuvent participer à une activité productive et apporter une aide aux autres bien au-delà de ce que l'on considère actuellement comme l'âge légal de départ en retraite et cette possibilité serait renforcée par l'adoption de mesures positives concourant, par exemple, à mettre en oeuvre l'éducation permanente et à faire changer les mentalités à l'égard des personnes âgées.

### **Accroître la flexibilité et la croissance économique**

539. Une activité soutenue sur le plan de l'emploi et la croissance économique sont indispensables pour préserver la viabilité financière des systèmes de sécurité sociale et de santé. Toutefois, on craint parfois que la simple existence de la protection sociale, et en particulier l'incidence de la dépendance à long terme à l'égard de celle-ci, constituent un obstacle à la croissance économique et limitent la capacité de procéder à des ajustements économiques. Le financement de la protection sociale au moyen de cotisations à la sécurité sociale spécifiques ou sur les recettes fiscales générales accroît les distorsions induites par la fiscalité. Le coût élevé des charges sociales pour les employeurs ainsi que différents coûts de main-d'oeuvre autres que salariaux, peuvent entraîner une baisse de l'emploi, qui sera ressentie, en particulier par les travailleurs non qualifiés percevant un bas salaire. Il semble que des indemnités de chômage et d'autres prestations sociales connexes trop généreuses ainsi que des mesures de contrôle insuffisantes aient entraîné une augmentation des taux de chômage structurel dans beaucoup de pays (Atkinson et Mickelwright 1991, OCDE 1994b, Scarpetta 1996). Qui plus est, les sommes servant à couvrir les coûts administratifs de dispositifs de protection sociale complexes ne peuvent être affectées à d'autres usages.

540. Toutefois, les programmes sociaux peuvent aussi contribuer au progrès économique. Les indemnités de chômage peuvent ainsi constituer un revenu de substitution permettant aux personnes qui les perçoivent de rechercher un emploi correspondant à leurs qualifications. La protection sociale représente une assurance collective destinée à couvrir certains risques auxquels une personne peut être exposée au cours de sa vie (par exemple, le chômage, la maladie, l'invalidité, la maternité), en général pour un coût beaucoup plus faible que si ces risques étaient couverts par des moyens privés, et elle peut favoriser la productivité et la consommation dans la mesure où les travailleurs qui en bénéficient ont moins de préoccupations financières quant à la couverture de ces risques. Des mesures actives tendant à encourager et à faciliter l'intégration dans la population active des personnes en âge de travailler contribuent à la croissance économique en renforçant la flexibilité de la main-d'oeuvre et le potentiel de croissance non inflationniste de l'économie. Les mesures axées sur l'amélioration de l'état de santé et les conditions de sécurité de la main-d'oeuvre peuvent accroître la productivité du travail.

### **Garantir un revenu de base afin de réduire la pauvreté**

541. Par ailleurs, dans un certain nombre de pays, les prestations versées aux familles à faible revenu et les montants forfaitaires des pensions des retraités ont été un peu augmentés. L'aide sociale joue un rôle plus important dans la protection des éléments les plus vulnérables de la société, en particulier les personnes sans antécédents professionnels récents qui ont du mal à établir leurs droits à prestations en matière d'assurance sociale ou dont les droits sont épuisés. Mais il est certain que la détresse et l'exclusion sociales ont augmenté dans beaucoup de pays de l'OCDE, et que les gouvernements réagissent en prenant des initiatives d'ensemble qui cherchent à répondre aux besoins multiples des exclus de la société.

542. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la couverture des systèmes de santé a considérablement été élargie. Ces systèmes permettent à l'ensemble de la population, quels que soient ses moyens financiers, d'avoir accès à des soins de qualité raisonnable. Les ménages à très faible revenu ont également été exemptés de la participation aux frais demandée aux patients pour réduire l'utilisation des soins de santé car on craignait que cette participation ne les dissuade de se faire soigner en cas de maladie grave. En dépit de la couverture universelle des systèmes de santé, il subsiste encore des inégalités dans l'état de santé de l'ensemble de la population et l'utilisation relativement limitée des soins de santé par un grand nombre d'économiquement faibles, dont chacun sait qu'ils sont beaucoup plus sujets que le reste de la population aux maladies, suscite des préoccupations. Ces préoccupations risquent de s'aggraver dès lors que les pays cherchent à limiter la couverture des soins de santé assurés par les services complémentaires en raison de contraintes budgétaires.

543. Améliorer l'adéquation des prestations a un coût budgétaire que les pouvoirs publics estiment de plus en plus difficile d'assumer dans le contexte de l'assainissement des finances publiques. Dans certains cas cependant, il serait peut-être souhaitable de centrer davantage l'attention et les ressources sur les trains de mesures -- concernant les transferts et les services -- en faveur de ceux qui ont le plus de difficultés d'ordre social et sur le marché du travail. Permettre à l'exclusion à long terme de s'installer a des conséquences pour les individus, les familles et la collectivité qui n'apparaissent que trop clairement dans de trop nombreux pays de l'OCDE. Si l'on ne peut dégager de ressources pour s'attaquer à ces problèmes qu'en les prélevant sur les budgets de sécurité sociale existants, il convient de s'y résoudre et de réduire les autres transferts monétaires.

544. La forme que doit prendre l'aide aux défavorisés dépend du profil de ces derniers dans chaque pays. Dans nombre d'entre eux, les familles monoparentales sont très souvent touchées par la pauvreté, mais les taux de chômage des parents isolés diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre, en fonction des conceptions attachées à leur intégration éventuelle sur le marché du travail : possibilités d'accès à des structures d'accueil pour les enfants pour un coût raisonnable ainsi qu'à des services de marché du travail. Un grand nombre de femmes concernées ont parfois également des antécédents professionnels récents limités, un niveau d'instruction et de formation insuffisant et se voient offrir de faibles rémunérations lorsqu'elles obtiennent un emploi. Une absence prolongée sur le marché du travail ne sert ni les intérêts des enfants ni celui des parents et, dans beaucoup de pays, la nécessité de promouvoir l'emploi des parents isolés apparaît comme une priorité.

### **Améliorer l'efficacité et la qualité des services assurés**

545. Les pouvoirs publics doivent répondre aux attentes de la collectivité en ce qui concerne l'amélioration des services, en même temps qu'ils subissent des pressions visant à réduire les coûts des programmes. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la collectivité a pu constater les améliorations considérables dont avaient fait l'objet, au cours des dernières années, les divers services assurés par des



prestataires privés. Il ne fait pas de doute que les idées du public quant à ce que devrait être la qualité des services fournis par le secteur public en ont été influencées.

546. La qualité engendre des coûts supplémentaires, par rapport aux coûts initiaux de services de qualité inférieure. Cela étant, le développement de l'informatisation et des technologies de la communication a permis, dans de nombreux cas, d'administrer les programmes sociaux avec une plus grande efficacité, notamment en assurant une évaluation plus rapide et plus précise des possibilités d'admission au bénéfice des programmes, en réduisant les risques d'erreur dans le versement des prestations, en facilitant la lutte contre la fraude et le recouvrement des prestations indûment perçues et en offrant aux personnes résidant en dehors de grandes agglomérations un plus large accès à l'aide.

547. On se tourne de plus en plus vers le secteur sans but lucratif et associatif afin d'exploiter les réseaux et l'expérience d'autres organismes jouant déjà un rôle important dans le domaine des services sociaux. On a ainsi recours aux pratiques suivantes : versement de dotations globales et rémunération de services spécifiques par les pouvoirs publics ou mise en place de partenariats actifs avec ces derniers. Chacune d'entre elles a été appliquée de manière constructive dans les pays Membres de l'OCDE. Dans certains cas, il a été fait appel à la concurrence afin d'offrir un plus large choix aux consommateurs et de faire baisser des coûts. Néanmoins, il y a des limites au-delà desquelles l'Etat ne peut sous-traiter les activités de protection sociale de base s'il veut assurer un niveau de protection cohérent à l'échelon national.

548. L'amélioration de la qualité des soins et des services de santé est devenue une préoccupation majeure des pouvoirs publics dans un contexte de contraintes budgétaires persistantes. Les pays qui jusqu'ici avaient principalement recours à des mesures de contrôle des prix et de l'offre pour maîtriser leurs dépenses de santé se préoccupent maintenant de plus en plus d'accroître la rentabilité de leur investissement. Premièrement, plusieurs pays ont fait jouer la concurrence ou l'ont renforcée pour inciter les acteurs de la santé à mieux adapter leurs systèmes pour attirer davantage de clients. Deuxièmement, les pays transfèrent les services de santé au niveau des collectivités locales en vue d'accroître la souplesse des prestations. Les services sociaux jouent un rôle de plus en plus important du fait de la diminution des pathologies aiguës chez les personnes âgées. Ce phénomène s'est accompagné de l'apparition de nouveaux besoins résultant d'un accroissement du nombre des affections chroniques, ainsi que d'une plus grande prise en compte de la satisfaction du client car les patients et leur famille se montrent plus exigeants envers les prestataires de services. Une interaction accrue entre les services sociaux et les services de santé est nécessaire pour pouvoir à la fois guérir et prendre en charge ceux qui sont malades et leur assurer parallèlement des services d'aide sociale. A cet égard, il est absolument nécessaire d'évaluer l'efficacité de ces dispositifs et de faciliter la transition vers un équilibre optimal entre les services de soin de santé et les services sociaux.

549. En règle générale, on n'investit pas suffisamment dans la recherche et l'évaluation en ce qui concerne les programmes sociaux, compte tenu, en particulier, du montant total des dépenses encourues à ce titre. Si une analyse et une évaluation globales ne précèdent pas le débat sur les mesures à prendre, les gouvernements risquent de réorienter les ressources publiques très limitées vers des programmes donnant de piètres résultats au lieu de mettre en oeuvre rapidement des changements qui améliorent l'efficacité des divers programmes.

### **Assainir les finances publiques**

550. Dans le contexte de l'assainissement des finances publiques, les gouvernements ont dû modifier les programmes sociaux afin d'atteindre leurs objectifs budgétaires globaux. Toutefois, la rigueur

budgetaire n'a pas, en général, entraîné une diminution du montant brut des dépenses publiques consacrées aux programmes sociaux. De fait, dans beaucoup de pays, les dépenses publiques, en pourcentage du PIB, se sont stabilisées, voire sont en augmentation, mais à un rythme plus lent qu'auparavant. Par exemple, les dépenses de soins de santé qui avaient progressé jusqu'au début des années 90 semblent maintenant plafonner par suite de la mise en oeuvre d'une multitude d'initiatives visant à améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et à modifier les incitations financières concernant l'utilisation des soins. Néanmoins, les pays doivent rester vigilants car le vieillissement de la population et les pressions en faveur de l'application de technologies nouvelles risquent d'entraîner une nouvelle progression des dépenses de santé.

551. Dans les pays européens, les programmes sociaux ont pâti des efforts déployés pour respecter les critères budgétaires imposés par l'entrée dans la future Union économique et monétaire européenne. Dans certains pays, les réalités budgétaires vont à l'encontre des pressions en faveur d'une augmentation de l'aide dans le contexte d'un chômage élevé et persistant. Les taux élevés de chômage et le vieillissement de la population ont remis en cause la viabilité de l'Etat protecteur dans les pays nordiques. Ces dernières années, des réformes y ont été mises en place pour réduire les programmes publics<sup>75</sup>, mais le niveau de la protection sociale n'a pas énormément baissé, grâce à des taux d'emploi relativement élevés.

552. Lorsque les dépenses publiques ont été sensiblement réduites, on a souvent essayé d'éviter que l'effet des réductions soit totalement répercuté sur les dépenses sociales. Cela est dû à la nature même des mesures de protection sociale et aux caractéristiques de leurs bénéficiaires, qui comptent parfois parmi les personnes les plus démunies et les plus déshéritées de la société.

### **Améliorer la cohésion sociale**

553. Préserver la cohésion sociale constitue certainement l'une des préoccupations fondamentales d'un grand nombre de pays européens Membres de l'OCDE. Il s'agit toutefois là d'un concept difficile à définir parce que relativement flou et partant, encore plus difficile à gérer par les pouvoirs publics. Il est peut-être plus simple de décrire les indicateurs qui témoignent de l'absence de cohésion sociale, tels que l'agitation sociale, des taux de délinquance et de suicide élevés ou des signes de forte discrimination à l'égard d'éléments particuliers de la société. La cohésion sociale n'est pas seulement déterminée par les résultats économiques et sociaux, elle est également influencée par le niveau de participation de la collectivité à la prise de décisions et par la confiance générale qu'a celle-ci dans l'activité politique.

554. Les efforts déployés par les pouvoirs publics en faveur des catégories à faible revenu et des enfants souffrant de pauvreté ainsi que les mesures visant à limiter l'ampleur des inégalités de revenus et de l'état de santé peuvent contribuer à assurer la cohésion sociale. La seule existence de programmes sociaux et de dispositifs fiscaux favorisant largement les personnes disposant de faibles revenus par rapport aux apporteurs de revenus élevés devrait contribuer à assurer une plus grande harmonie sociale, en corrigeant certaines des disparités entre les possibilités de gains offertes par le marché. La cohésion sociale est également facilitée par des mesures qui améliorent les perspectives des individus d'obtenir des gains plus importants sur le marché et de réduire leur niveau de dépendance à l'égard de la protection sociale. Parmi celles-ci figurent les mesures (en matière d'éducation, de formation et de santé notamment) qui tendent à améliorer les perspectives d'emploi des demandeurs d'emploi défavorisés ainsi que leurs gains potentiels sur la durée de leur vie.

---

<sup>75</sup> En Suède, les compressions dont ont fait l'objet les dépenses de sécurité sociale ont été partiellement annulées, le budget ayant recouvré son équilibre.

555. La cohésion sociale tiendrait donc à la réalisation d'autres objectifs de politique sociale. Mais elle est également liée au processus d'élaboration de la politique sociale. De nombreuses réformes de la politique sociale supposent une révision des "droits" aux ressources. Pour nécessaire qu'il soit d'apporter des réformes aux régimes de retraite, compte tenu du niveau prévisible des dépenses et d'autres besoins sociaux plus urgents, si la réduction des niveaux de prestations apparaît comme le manquement à une promesse, il n'y aura pas lieu de s'étonner si elle suscite une vive opposition et si les réformes sont mal perçues. Dans ces cas-là, il est souhaitable de sensibiliser le public aux objectifs visés par les réformes.

## ANNEXE 1 : GLOSSAIRE DE TERMES ET ABREVIATIONS

|  |  |
|--|--|
| <b>Affection chronique</b>                 | Affectations très diverses -- arthrite, diabète et maladies respiratoires, par exemple -- qu'on ne sait pas véritablement guérir mais qui, cependant, laissent souvent une espérance de vie assez longue aux personnes qui en sont atteintes. La cause d'une affection chronique peut être le vieillissement, le style de vie, une prédisposition génétique, etc. Les traitements médicaux en cas d'affection chronique visent surtout à atténuer les souffrances et à assurer aux personnes qui en sont atteintes un environnement social protecteur. |
| <b>Age de la retraite</b>                  | Age légal ou âge moyen de la retraite.   |
| <b>Age légal de la retraite</b>            | Age ouvrant droit à une pension de retraite de régime public à taux plein. L'âge légal de la retraite diffère de l'âge moyen de la retraite, généralement beaucoup plus bas dans les pays de l'OCDE.   |
| <b>Aide au titre de la garde d'enfants</b> | Possibilités de garde d'enfants dans des structures d'accueil subventionnées ou aides publiques destinées à réduire les frais de garde pour les parents.   |
| <b>Aide au titre du logement</b>           | Interventions sur le marché du logement au profit des ménages à faible revenu. L'aide au titre du logement peut prendre plusieurs formes : construction et gestion de logements publics ou sociaux, mesures destinées à abaisser le coût du logement dans le secteur privé, et aides diverses au profit des locataires.  |
| <b>Aide aux familles</b>                   | Aide, spéciale ou complémentaire, au profit des familles ayant des enfants à charge. Cette aide peut prendre la forme de versements monétaires ou d'avantages fiscaux. L'objectif est d'améliorer le bien-être des enfants.  |
| <b>Aide sociale</b>                        | Ensemble de prestations et services destinés à garantir un niveau de subsistance minimum aux personnes dans le besoin, sous condition de ressources. L'aide sociale n'englobe généralement pas l'aide aux familles et elle est plus étendue dans les pays où l'assurance sociale n'existe pas ou est peu développée.   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Assainissement budgétaire</b>                       | Processus par lequel les pouvoirs publics s'efforcent d'équilibrer le budget national.   |
| <b>Assurance sociale</b>                               | Système de sécurité sociale dans lequel les droits à prestations sont ouverts par les cotisations versées au régime tant que l'intéressé occupe un emploi. Les prestations sont normalement liées aux gains antérieurs.  |
| <b>AVQ</b>   | Activités élémentaires de la vie quotidienne -- concept permettant de mesurer le degré d'incapacité.   |
| <b>Budget global</b>                                   | Montant global, fixé par avance et généralement sur la base des coûts rétrospectifs, destiné à couvrir le coût total d'un service, généralement pendant un an. Offre souvent une grande souplesse en ce qui concerne l'éventail des services financés, dans les limites de lignes directrices générales et de l'enveloppe globale allouée. |
| <b>Capitalisation</b>                                  | Accumulation d'actifs en prévision des engagements auxquels il faudra faire face à l'avenir. La plupart des systèmes de pension privés sont bâtis sur le principe de la capitalisation. Les systèmes publics de pension par répartition peuvent être partiellement capitalisés.  |
| <b>Cohésion sociale</b>                                | Appréciation du degré de stabilité sociale et politique d'un pays, compte tenu des inégalités économiques et de l' <i>exclusion sociale</i> .  |
| <b>Condition de ressources</b>                         | Les prestations sociales sont ajustées en fonction des revenus de l'individu ou du ménage : plus le revenu est élevé, plus les prestations sont faibles. Il peut aussi être tenu compte du patrimoine de l'individu ou du ménage. Voir aussi la rubrique <i>Aide sociale</i> .   |
| <b>Conventions de l'OIT</b>                            | De nombreux instruments destinés à fixer des normes au niveau international ont été élaborés dans le cadre de l'OIT.   |
| <b>Conventions internationales de sécurité sociale</b> | Accords bilatéraux ou multilatéraux visant à éviter une double couverture sociale et à définir les droits et responsabilités des pays et des personnes qui changent de pays. On parle parfois d'instrument de coordination.  |
| <b>Couverture universelle</b>                          | Les prestations sont servies à toutes les personnes qui remplissent les conditions requises (par exemple, toutes les familles ayant des enfants à charge), quel que soit le revenu de l'individu ou du ménage et sans qu'aient été versées auparavant des cotisations.   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Décentralisation</b>                 | Transfert de compétences aux collectivités locales (provinces, municipalités, etc.). C'est la tendance la plus manifeste dans le domaine des services de santé et services sociaux.   |
| <b>Déconcentration</b>                  | Transfert de compétences des services centraux vers les services extérieurs de l'Etat.  |
| <b>Dépenses sociales</b>                | Prestations servies par des organismes publics et privés et cotisations financières au profit des ménages et des individus pour leur venir en aide dans les situations dans lesquelles leur bien-être est compromis, étant entendu que les prestations et cotisations en question ne constituent ni un paiement direct en contrepartie de biens ou services déterminés, ni une forme de contrat ou de transfert individuel. Les prestations peuvent prendre la forme de transferts monétaires ou de prestations directes en nature (biens et services). |
| <b>Durée d'affiliation requise</b>      | Il est généralement précisé une durée minimale de cotisation ou d'affiliation requise pour pouvoir bénéficier de prestations.   |
| <b>Equité intergénérationnelle</b>      | Equité des transferts entre générations -- équilibre des charges fiscales et transferts publics entre générations.  |
| <b>Espace économique européen</b>       | Pays de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange.   |
| <b>Espérance de vie</b>                 | Nombre moyen d'années de vie escomptées, mesuré souvent à la naissance -- il s'agit alors d'une mesure globale de l'espérance de vie -- ou à l'âge de 60/65 ans -- il s'agit alors d'un indicateur de la longévité de la population âgée.   |
| <b>Espérance de vie sans incapacité</b> | Nombre d'années d'espérance de vie sans limitation fonctionnelle rendant difficile l'accomplissement des activités élémentaires de la vie quotidienne.  |
| <b>Exclusion sociale</b>                | Il y a plusieurs définitions possibles de cette notion à laquelle on se réfère souvent dans les pays européens. Ce n'est pas seulement un indicateur de la pauvreté. La notion recouvre l'idée de pauvreté, mais évoque aussi le dénuement qui résulte de contacts insuffisants avec le courant général de la vie de la société. Une autre définition de l'exclusion sociale renvoie à l'incapacité de s'intégrer sur un plan civique, économique, social ou familial.  |
| <b>Franchise</b>                        | Le patient supporte le coût du service jusqu'à un niveau convenu, après quoi l'assurance maladie commence de jouer.   |

|  |  |
|--|--|
| <b>G7</b>  | Groupe des grands pays industrialisés -- Allemagne, Canada, Etats-Unis, France, Italie, Japon et Royaume-Uni -- qui, avec la Russie, constituent le G8.  |
| <b>Généraliste</b>   | Médecin généraliste (système de santé).  |
| <b>Groupes homogènes de malades (GHM)</b>                              | Méthode prospective de financement des dépenses médicales, les financements étant attribués en fonction des affections diagnostiquées et d'un coût standardisé par type de traitement.   |
| <b>Indexation</b>  | Processus d'ajustement régulier des montants monétaires destiné à leur conserver leur valeur réelle.   |
| <b>Indexation sur le salaire net</b>                                   | Méthode d'indexation des pensions consistant à revaloriser la pension par référence à l'évolution des salaires après déduction des prélèvements fiscaux et cotisations sociales obligatoires.  |
| <b>Initiative pour un monde solidaire</b>                              | Initiative lancée par le Premier ministre du Japon, M. Hashimoto, lors du sommet du G7 tenu à Lyon en juin 1996, pour améliorer la diffusion des données d'information et d'expérience au niveau international afin d'élaborer des dispositifs sociaux plus efficaces bâtis autour de deux axes -- l'autonomie et la solidarité sociale. |
| <b>Instruments destinés à fixer des normes au niveau international</b> | Chartes, codes ou conventions destinés à faire en sorte que soient respectées des normes au niveau international dans le domaine social.   |
| <b>Justice sociale</b>   | Objectif des politiques et dispositifs qui cherchent à encourager une plus grande équité et à offrir davantage d'opportunités aux personnes défavorisées. L'idée qu'on se fait de la justice sociale est extrêmement variable.   |
| <b>Obligation d'entretien de l'enfant</b>                              | Obligation d'aide financière incombant au parent absent pour un enfant dont il n'a pas la garde. Dans certains pays, les pouvoirs publics peuvent effectuer des versements, à titre complémentaire ou à titre de remplacement, lorsque le parent absent est défaillant.  |
| <b>OCDE</b>  | Organisation de Coopération et de Développement Economiques.   |
| <b>OIT</b>   | Organisation internationale du Travail : organisme des Nations Unies regroupant des représentants des gouvernements, des travailleurs et des employeurs.   |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Ouvrier moyen</b>               | On se réfère souvent au salaire et aux prestations perçus par l'ouvrier moyen à des fins de comparaison.   |
| <b>Paiement à l'acte</b>           | Paiements au profit d'un prestataire pour chaque acte ou service dispensé.   |
| <b>Participation au coût</b>       | Disposition d'un système d'assurance maladie ou de tiers payant en vertu de laquelle l'individu couvert doit supporter une partie du coût des soins médicaux qu'il reçoit. Elle peut revêtir la forme d'une <i>franchise</i> ou d'un <i>ticket modérateur</i> , <i>proportionnel</i> ou <i>forfaitaire</i> . |
| <b>Pauvreté</b>                    | On s'efforce de mesurer le nombre de personnes dont les revenus ne sont pas suffisants pour assurer leur subsistance matérielle (pauvreté absolue) ou dont les revenus sont très faibles par rapport à ceux du reste de la population (pauvreté relative).   |
| <b>Pension à taux uniforme</b>     | Prestations de pension sans lien avec les gains antérieurs, encore que le montant accordé peut tenir compte de la composition de la famille.   |
| <b>Pension de base</b>             | La pension de base vise à assurer au moins un niveau de revenu minimum aux personnes âgées ; c'est le "premier pilier" de la retraite. On parle aussi de minimum vieillesse dans certains pays, surtout lorsqu'il y a un lien avec l'aide sociale et que la pension est financée par l'impôt.                |
| <b>Pension liée aux gains</b>      | Prestations de pension liées aux gains antérieurs, dans les limites éventuellement d'un plancher et d'un plafond.  |
| <b>PIB</b>                         | Produit intérieur brut : mesure de la valeur des biens et services produits par une économie.  |
| <b>Plan à cotisations définies</b> | Plan de pension dans lequel les prestations servies sont fonction du montant cumulé des cotisations versées, majoré du rendement des investissements.  |
| <b>Plan à prestations définies</b> | Plan de pension dans lequel les prestations sont déterminées en fonction d'une formule prenant en compte, en règle générale, des facteurs tels que l'âge du bénéficiaire, le montant du dernier salaire, le nombre d'années de cotisations.  |
| <b>Politique sociale</b>           | Dans ce rapport, par politique sociale on entend les politiques gouvernementales dans les domaines de la sécurité sociale, des services sociaux et de la santé. Dans d'autres contextes, la notion peut aussi englober les politiques d'éducation et d'emploi.   |



|  |  |
|--|--|
| <b>Population d'âge actif</b>                        | Ensemble des personnes aptes à travailler. On considère souvent que la population d'âge actif correspond à la tranche d'âge 15-64 ans.   |
| <b>Prestation d'invalidité</b>                       | Prestations de sécurité sociale au profit des personnes qui ne sont pas en état de travailler ou d'assurer leur subsistance en raison d'une invalidité permanente ou de longue durée. On parle parfois de " <i>pension d'invalidité</i> ".   |
| <b>Prestations</b>                                   | Terme générique souvent employé pour désigner des prestations monétaires et des prestations en nature (services sociaux).  |
| <b>Prestations liées à l'exercice d'une activité</b> | Prestations sociales, prenant la forme de transferts monétaires ou d'avantages fiscaux, accordées aux travailleurs occupant des emplois à bas salaire pour inciter les chômeurs à accepter ce type d'emploi. Principalement axées sur les familles de chômeurs ayant des enfants à charge, ces prestations subordonnées à l'exercice d'une activité visent à "valoriser le travail". |
| <b>Prise en charge de longue durée</b>               | Services d'aide et de soins très divers, assurés régulièrement et pendant longtemps, sans que soit précisé un terme, dispensés à une personne dont les capacités sont durablement limitées ou qui est en situation de vulnérabilité.   |
| <b>Privatisation</b>                                 | Vente à des investisseurs privés de biens appartenant à l'Etat.  |
| <b>Protection sociale</b>                            | Expression souvent employée, dans les pays européens, pour désigner la sécurité sociale et les divers services de santé et services sociaux.   |
| <b>Rapport de dépendance économique</b>              | Rapport, en pourcentage, des effectifs qui ne sont pas d'âge actif -- généralement défini comme étant les moins de 15 ans et les plus de 64 ans -- et des effectifs d'âge actif -- 15-64 ans.  |
| <b>Régime ou système de pension de retraite</b>      | Principale source de revenu pour les retraités. On distingue souvent trois piliers : <i>systèmes de pension publics</i> , <i>systèmes de pension professionnels (privés)</i> et plans de pension souscrits à titre personnel.  |
| <b>Répartition</b>                                   | Système en vertu duquel les prestations sont financées sur les recettes courantes, sans que soit constitué un fonds pour faire face aux obligations futures. La plupart des systèmes de pension publics sont bâtis sur le principe de la répartition. Voir aussi la rubrique <i>Capitalisation</i> .   |
| <b>Répartition des revenus</b>                       | Répartition plus ou moins égale ou, au contraire, inégale, des revenus des ménages au sein de la communauté.   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Revenus au moment de la retraite</b>  | Ensemble des ressources auxquelles les familles ont accès au moment de la retraite : il peut s'agir de pensions, de revenus d'activité, de diverses formes d'épargne, de transferts financés par l'impôt, d'un patrimoine immobilier, de transferts au sein des familles, etc.   |
| <b>Santé publique</b>                    | Ensemble des efforts déployés pour prévenir les maladies, prolonger la vie, assurer l'hygiène de l'environnement, lutter contre les maladies transmissibles, encourager le diagnostic précoce et, de manière générale, assurer des conditions de vie propices à un bon état de santé.  |
| <b>Sécurité sociale</b>                  | Recouvre à la fois l' <i>aide sociale</i> et l' <i>assurance sociale</i> .   |
| <b>Soins de proximité</b>                | Services dispensés par les proches ou des organismes locaux qui permettent aux gens qui ont besoin d'un accompagnement de rester dans leur cadre de vie habituel. Voir aussi l'expression <i>Viellir chez soi</i> .  |
| <b>Système de pension contributif</b>    | Système de pension dans lequel les droits à prestations sont fonction des cotisations. Voir aussi la rubrique <i>Assurance sociale</i> .   |
| <b>Système de pension noncontributif</b> | Système de pension dans lequel les droits à prestations ne sont pas fonction des cotisations. Ce type de système est souvent financé par l'impôt et, pour pouvoir en bénéficier, il est souvent exigé une certaine durée de résidence dans le pays.  |
| <b>Système de pension privé</b>          | Systèmes de pension gérés par des organismes privés pour lesquels il n'y a pas de coordination financière au niveau national. On parle aussi parfois de <i>systèmes de pension professionnels</i> , encore que les deux notions ne se recoupent pas exactement.  |
| <b>Système de pension professionnel</b>  | Système mis en place par un employeur ou un groupe d'employeurs pour assurer des prestations à leurs salariés en cas de cessation d'activité, de décès ou de retraite. Voir aussi la rubrique <i>Système de pension privé</i> , encore que les deux notions ne se recoupent pas exactement.  |
| <b>Système de pension public</b>         | Systèmes de pension gérés par des organismes publics ou faisant l'objet d'une coordination financière au niveau national.  |
| <b>Taux de remplacement</b>              | Valeur d'une pension ou d'une prestation en proportion du salaire. Dans le cas des retraités, la comparaison se fait souvent par rapport à une moyenne des salaires antérieurs au cours d'une période donnée. Dans le cas des chômeurs, la comparaison peut s'effectuer par rapport aux gains perçus immédiatement avant l'entrée dans le chômage ou par rapport à une estimation des gains que l'intéressé est susceptible de percevoir à l'avenir. |

|  |  |
|--|--|
| <b>Ticket modérateur proportionnel</b>   | Participation au coût d'un service dans une proportion déterminée.   |
| <b>Ticket modérateur forfaitaire</b>     | Les patients acquittent un montant fixe en contrepartie des services fournis.  |
| <b>Totalisation des droits à pension</b> | Mécanisme de coordination permettant de totaliser les droits à pension des personnes ayant travaillé dans plusieurs pays au cours de leur vie active. Voir aussi la rubrique <i>Conventions internationales de sécurité sociale</i> .  |
| <b>Union monétaire européenne</b>        | Processus de mise en place d'une monnaie unique, l'euro, au sein de la Communauté européenne. Dans un premier temps, onze pays en feront partie à compter de janvier 1999 pour les transactions entre banques et les transactions commerciales, la mise en circulation des billets et des pièces étant prévue pour janvier 2002.   |
| <b>Veillir chez soi</b>                  | L'un des objectifs assigné à l'action des pouvoirs publics lors de la réunion des Ministres des affaires sociales des pays de l'OCDE tenue en 1992. Il s'agit de renforcer la capacité globale de prise en charge des personnes âgées dans le cadre de la communauté et de permettre aux individus de rester dans leur cadre de vie habituel à mesure qu'ils vieillissent.   |
| <b>Veillissement actif</b>               | Possibilité qu'ont les gens, à mesure qu'ils vieillissent, de continuer de mener une vie productive au sein de la collectivité et sur le plan économique. Dans l'idéal, il faudrait qu'il y ait davantage de souplesse dans la façon dont les différents temps de la vie se répartissent -- temps consacré aux études, temps consacré à une activité professionnelle, temps libre et temps consacré à des activités de soin. |
| <b>Veillissement démographique</b>       | Veillissement des populations, dans de nombreux pays de l'OCDE, lié à la baisse des taux de natalité et à l'allongement de l'espérance de vie.   |

## **ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE L'OCDE DANS LE CADRE DU MONDE SOLIDAIRE SUR LES PRIORITES DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE**

### **Note préliminaire**

Lors de la réunion des 27 et 28 février 1997 du Groupe préparatoire, les membres des délégations nationales sont convenus que les réponses des pays au questionnaire refléteront de façon large l' "esprit" des questions qu'il contient. Autrement dit, les réponses doivent rendre compte du problème considéré tel qu'il est perçu dans chaque pays, et non prendre chacune des questions au pied de la lettre. Elles ne doivent donc pas nécessairement toujours suivre la structure de ces questions. Si l'une de ces dernières est sans rapport avec la situation du pays, elle doit être reformulée comme il convient ou laissée de côté. Il serait utile que les répondants précisent pourquoi une question particulière a été reformulée ou n'a pas été prise en compte.

Le questionnaire final a été circulé aux pays membres en mai 1997 avec une demande de réponses à envoyer au Secrétariat de l'OCDE vers août 1997.

Les Membres du Conseil de l'Europe ou les observateurs auprès de celui-ci qui ont rempli le Questionnaire sur les systèmes de sécurité sociale et leur fonctionnement dans un contexte économique difficile [SS-CED(97)1] du Conseil de l'Europe, sont invités à joindre leurs réponses à ce document à leurs réponses au présent questionnaire et à en faire mention le cas échéant dans ces dernières.

## **PRIORITES GENERALES DE LA POLITIQUE SOCIALE**

1. Compte tenu de l'évolution de la situation sociale dans votre pays, quelles sont les questions et les priorités que l'on juge les plus importantes pour la politique sociale ?
2. Existe-t-il une politique nationale concernant le niveau ou le rythme de croissance appropriés des dépenses sociales ou de certaines de leurs composantes ?
3. Quelle influence exercent sur la politique sociale dans son ensemble :
  - a) la rigueur budgétaire,
  - b) le taux de croissance économique ?

## **II. GARANTIE DE REVENU**

### **GARANTIE DE REVENU DESTINEE AUX ENFANTS ET AUX FAMILLES**

1. Par rapport aux couples non mariés, les couples mariés sont-ils favorisés par des allègements fiscaux ou d'autres avantages d'ordre financier ?
2.
  - a) A-t-on pris des mesures dans le but exprès d'infléchir l'évolution des taux moyens de conception ou des taux de natalité chez certaines catégories de personnes (comme les adolescents) ou au sein de la population dans son ensemble ?
  - b) Dans l'affirmative, décrivez brièvement ces mesures.
  - c) Quels ont été leurs effets ?
3.
  - a) Jusqu'à quel point les parents absents sont-ils censés subvenir aux besoins de leurs enfants ?
  - b) Quelles mesures a-t-on prises pour que les responsabilités en matière de prise en charge des enfants soient déterminées de façon équitable et pour assurer l'exécution de ces obligations ?
  - c) Existe-t-il des données concernant l'efficacité de ces mesures ?
4. Quelles dispositions a-t-on prises pour aider les familles – en particulier les familles monoparentales – à concilier vie active et obligations liées à l'éducation des enfants ?

## **II.B. GARANTIE DE REVENU DESTINEE AUX PERSONNES D'AGE ACTIF**

1.

- a) Quels sont les préoccupations actuelles des pouvoirs publics quant à l'octroi de prestations aux personnes ayant moins de l'âge normal de la retraite et non soumises à une obligation de recherche d'emploi (par exemple, pensions pour invalidité permanente, prestations de préretraite, allocations de parent isolé) ?
- b) Quelles dispositions les pouvoirs publics ont-ils récemment prises ou prévoient-ils de prendre pour répondre à ces préoccupations ?
- c) Selon quels critères déterminera-t-on si ces réformes ont réussi ou échoué ?

2.

- a) A-t-on observé un accroissement des prestations servies en cas d'interruption temporaire de l'activité pour cause de maladie (indemnités de maladie) ?
- b) La charge de ces prestations a-t-elle été totalement ou en partie confiée à l'employeur ?
- c) Dans l'affirmative, quelle a été l'incidence de cette mesure sur l'absentéisme sur le lieu de travail ?
- d) Les pouvoirs publics ont-ils pris ou envisagent-ils d'adopter des mesures visant à restreindre le recours aux prestations de maladie ?
- e) Ces mesures comportent-elles des dispositions destinées à amener les bénéficiaires de ces prestations à reprendre leur activité ?
- f) A-t-on pris des mesures en vue de mieux faire respecter les réglementations en vigueur (comme le transfert du contrôle aux employeurs) ?

3.

- a) Des changements ont-ils apportés aux dispositions concernant les prestations et autres formes de soutien offertes aux personnes handicapées mais exerçant un emploi ?
- b) A-t-on observé une augmentation de la proportion de personnes ayant moins de l'âge normal de la retraite qui perçoivent des prestations d'invalidité ?
- c) Dans l'affirmative, cette augmentation a-t-elle tenu à une évolution du marché du travail ?
- d) Les pouvoirs publics ont-ils pris ou envisagent-ils de prendre des mesures en vue de restreindre le recours aux prestations d'invalidité ?
- e) Des mesures ont-elles été prises pour mieux faire respecter les réglementations existantes (renforcement des contrôles médicaux pour l'octroi d'une pension d'invalidité, par exemple) ?

4.

- a) Quelle est la politique des pouvoirs publics en ce qui concerne la retraite anticipée ?
- b) Quelles sont les dispositions prévues au titre des régimes publics de retraite pour les personnes qui partent à la retraite avant l'âge légal ?
- c) Le financement de ces dispositions est-il assuré par les cotisations de sécurité sociale ou par l'impôt ?

## II.C. GARANTIE DE REVENU DESTINEE AUX RETRAITES

L'OCDE a publié plusieurs études sur les incidences budgétaires des régimes de retraite publics. Les moyens d'action possibles sont passés en revue dans le rapport de 1996 qui a été soumis au Conseil de l'OCDE lors de sa réunion au niveaux des Ministres et qui est paru sous le titre *Le vieillissement dans les pays de l'OCDE*. Publié en 1992, le rapport intitulé *Les régimes de retraite privés et la politique gouvernementale* analyse les questions de fond que soulèvent pour les pouvoirs publics les régimes de retraite professionnels et les régimes de retraite personnels par capitalisation, en particulier lorsqu'ils sont encouragés par des avantages fiscaux ou des possibilités de sortir des régimes publics. Ce rapport a été suivi d'une série de monographies sur les régimes de retraite privés existant dans certains pays de l'OCDE (Canada, Irlande, Nouvelle-Zélande, Etats-Unis). Les questions ci-après doivent permettre de recueillir des informations cohérentes sur les mesures prises ou envisagées afin d'étayer, à l'aide de données détaillées, les grandes lignes des stratégies esquissées dans ces publications.

1.

- a) Quelles sont les préoccupations actuelles des pouvoirs publics quant à la garantie d'un revenu aux retraités, et quelles mesures ont-ils récemment prises ou envisagent-ils de prendre pour répondre à ces préoccupations ?
- b) Selon quels critères déterminera-t-on si ces réformes ont réussi ou échoué ?

2. Dans la Convention No. 102 de l'OIT (ratifiée en 1952), il est recommandé que les régimes publics de retraite-vieillesse assurent un taux de remplacement équivalent au moins à 40 pour cent du revenu perçu avant la retraite pour un homme dont l'épouse a atteint l'âge d'ouverture du droit à pension. Une règle semblable a été inscrite dans le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe.

- a) Existe-t-il un taux de remplacement cible dans le cadre du système de retraite de votre pays et, dans l'affirmative, quel est-il et comment est-il fixé ?
- b) Votre pays a-t-il l'intention de modifier le taux de remplacement cible et, si tel est le cas, quelles mesures envisage-t-on de prendre pour faire accepter ce changement à la population ?
- c) Si le système de retraite a été conçu en fonction d'un autre type de critère, décrivez brièvement celui-ci.

3.

- a) Existe-t-il, dans votre pays, une garantie de pension minimum pour les personnes qui n'ont pas cotisé ?
- b) Dans l'affirmative, qui peut en bénéficier et comment le montant en a-t-il été déterminé ?
- c) Est-il prévu d'augmenter les pensions de retraite versées aux travailleurs qui n'ont cotisé qu'un petit nombre d'années ?

4. Votre pays a-t-il appliqué l'une des stratégies suivantes (seule ou associée à d'autres) en vue de réformer le système des prestations destinées à assurer un revenu aux retraités et/ou son financement :

- i) mise en place de régimes à cotisations définies ;
- ii) remplacement du régime par répartition par un régime par capitalisation pouvant être géré par un organisme public ou privé ;
- iii) maintien du régime par répartition existant mais augmentation des taux de cotisation et/ou réduction des prestations ;
- iv) renforcement de l'importance des régimes par capitalisation qui peuvent exister, ou accroissement du niveau de financement des régimes par capitalisation partielle ;
- v) promotion des régimes privés volontaires ; et/ou
- vi) autres stratégies non citées

Quelle est la raison qui a motivé le choix de votre pays ?

5. Votre système de retraite a-t-il été adapté à l'évolution de la structure du marché du travail due, par exemple :

- i) à l'augmentation de l'emploi à temps partiel ou temporaire,
- ii) aux périodes d'interruption de l'activité,
- iii) à la mobilité internationale des travailleurs ?

6.

- a) A quelles catégories de salariés les employeurs doivent-ils normalement proposer des dispositifs complémentaires ?
- b) Quelles sont les catégories de personnes qui sont censées prendre elles-mêmes les dispositions nécessaires pour se constituer une retraite ?
- c) Quelle est la contribution des autres éléments du patrimoine des retraités à leur revenu global ?



7.

- a) De quelle façon l'âge légal du départ à la retraite a-t-il été modifié ou devrait-il l'être dans un proche avenir ?
- b) Les changements ainsi réalisés ont-ils eu une quelconque incidence sur l'âge effectif du départ à la retraite ? Le système de retraite prévoit-il la possibilité pour les travailleurs ayant cotisé pendant un nombre d'années minimum de prendre leur retraite avant d'en avoir atteint l'âge légal ?
- c) Dans l'affirmative, quels changements a-t-on récemment effectués ou envisage-t-on en vue de limiter cette possibilité ?

(La question 4 de la Section II B ci-dessus porte tout particulièrement sur la retraite anticipée. Les répondants peuvent, s'ils le jugent plus commode, choisir d'inscrire dans l'optique de cette section leurs réponses aux questions concernant l'octroi anticipé de la principale pension de retraite).

8.

- a) Des mesures ont-elles été prises pour assouplir les modalités du passage de la vie active à la retraite, consistant par exemple à avancer (ou à retarder) le départ à la retraite moyennant un ajustement actuariel, à permettre aux semi-retraités de percevoir une pension partielle, etc. ?
- b) Le fait de permettre la poursuite de la vie active au-delà de l'âge normal de la retraite constitue-t-il une priorité de l'action gouvernementale ?
- c) Quelles sont les mécanismes institutionnels qui ont actuellement pour effet d'empêcher les personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite d'exercer une activité ou qui, au contraire, les y incitent ?

9.

- a) De quelle façon l'existence de différents types de régimes de retraite (comme les régimes mis en place par l'employeur, les régimes de retraite publics, etc.) influe-t-elle sur les décisions concernant l'exercice d'une activité et le départ à la retraite ?
- b) Ces régimes comportent-ils systématiquement des dispositions de nature à inciter au travail ou au départ à la retraite – ou à les décourager ?
- c) Les pouvoirs publics s'efforcent-ils d'assurer une cohérence entre les incitations/contre-incitations au travail et au départ à la retraite que peuvent contenir les divers types de régimes de retraite ?

Le Mexique, la Hongrie, la Pologne, la République tchèque et la Corée, dont la situation n'a pas été examinée dans les rapports précités, sont invités à fournir des données de base plus détaillées.

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

#### III.A. SOINS DE SANTE

En 1992 et 1994, l'OCDE a publié des études sur les réformes des systèmes de santé entreprises dans les pays Membres, alors au nombre de 24, sous les titres *La réforme des systèmes de santé : analyse comparée de sept pays de l'OCDE* et *La réforme des systèmes de santé : étude de 17 pays de l'OCDE*. Des rapports concernant le Mexique et la République tchèque sont en cours d'élaboration. Ces travaux, qui ont notamment porté sur l'équité, l'efficience et l'efficacité dans la prestation des soins de santé et du point de vue de l'état de santé, ont été examinés lors d'une conférence à haut niveau tenue en 1994 dont les actes sont parus en 1996 sous le titre *La réforme des systèmes de santé : la volonté de changement*. Les réponses aux questions ci-après devront donc porter tout particulièrement sur les mesures prises au cours des années 90 et sur celles qui sont actuellement envisagées.

1.

- a) Quelles sont les préoccupations actuelles des pouvoirs publics en ce qui concerne la politique de la santé, et quelles mesures ont-ils récemment prises ou envisagent-ils de prendre pour répondre ?
- b) Selon quels critères déterminera-t-on si ces réformes ont réussi ou échoué ?
- c) En quoi des domaines tels que l'éducation, les services sociaux, la justice, le logement et l'emploi/le revenu sont-ils intéressés par la politique de la santé ?
- d) Quelles stratégies a-t-on mises en place pour promouvoir le développement harmonieux de l'enfant ? Quelle importance revêt dans ces stratégies le rôle d'autres domaines comme l'éducation, les services sociaux, la justice, le logement et l'emploi/la garantie de ressources liée au revenu familial ?

2.

- a) Quelles stratégies et mesures a-t-on mises en place ou est-on en train d'élaborer pour protéger et améliorer la santé de la population ?
- b) Les dépenses consacrées à la réalisation de ces objectifs et les responsabilités qui s'y rapportent sont-elles déterminées séparément ?
- c) Peut-on distinguer le poids relatif des dépenses afférentes aux soins préventifs et aux soins curatifs ?

3.

- a) Des mesures ont-elles récemment été prises en vue de maîtriser les dépenses de santé ?
- b) Dans l'affirmative, comment est-on parvenu à les faire accepter au grand public ?
- c) Craint-on que le fait de "se décharger" des coûts, c'est-à-dire de faire passer leur prise en charge d'un niveau d'administration à un autre, ou du secteur public au secteur privé, n'influe de façon négative sur le système de santé ?
- d) Quelles mesures a-t-on mises en place pour assurer la distribution de soins de santé de qualité dans la limite des possibilités de financement ?
- e) Indiquez les stratégies qui ont permis de répondre de façon particulièrement satisfaisante au souci d'offrir des soins de santé de qualité malgré de fortes contraintes budgétaires.
- f) Procède-t-on à la mesure des résultats pour l'évaluation de la quantité et de la qualité des services fournis et des progrès réalisés dans l'amélioration de la santé de la population ?

4.

- a) A-t-on observé une dégradation de la qualité et des services de santé après la mise en place de mesures visant à la maîtrise des dépenses ?
- b) Ces effets négatifs ont-ils été particulièrement marqués pour certaines catégories de personnes (comme celles qui ont un faible revenu ou les personnes âgées) ?
- c) Dans l'affirmative, a-t-on trouvé le moyen d'atténuer ces effets ?

5.

Des mesures ont-elles été prises pour instaurer la concurrence entre :

- a) les organismes d'assurance-maladie ;
- b) les prestataires de soins de santé ?

6.

Quelle est l'incidence du vieillissement de la population sur le système de santé ?

- a) La population âgée actuelle de votre pays est-elle considérée comme étant en meilleure santé, en aussi bonne santé ou en moins bonne santé que les cohortes précédentes ?
- b) Comment les changements ou les tendances qui peuvent être observés influent-ils sur la politique de la santé ? Par exemple, dans quelle mesure votre pays soutient-il en priorité la recherche sur les maladies chroniques liées à l'âge ?
- c) Dans quelle mesure pratique-t-on le rationnement en fonction de l'âge pour l'accès aux techniques médicales de pointe ?

7.

- a) Comment les dépenses consacrées à la santé des personnes âgées sont-elles financées ?
- b) Comment cette charge est-elle répartie entre les personnes d'âge actif et les personnes âgées elles-mêmes ?

8. Quelles mesures prend-on ou envisage-t-on de prendre pour que les nouvelles techniques médicales puissent être utilisées de façon plus efficiente, plus efficace et plus équitable ?

9. Quelles mesures a-t-on mises en place pour assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé (par exemple, réduction de la part des frais qui reste à la charge du malade dans le cas des personnes à faible revenu, octroi de l'aide médicale aux personnes qui n'ont pas d'assurance-maladie).

### III.B. SOINS DE LONGUE DUREE

Le rapport intitulé *Protéger les personnes âgées dépendantes*, paru en 1996, fait la synthèse des conclusions des rapports nationaux et des réponses aux questionnaires portant sur ce sujet, qui ont été en grande partie établis en 1991 et 1992, mais il renferme aussi des données plus récentes. Les pays sont donc invités à répondre aux questions ci-après en privilégiant les mesures prises dans les années 90 et les actions envisagées.

1. Quelles sont les préoccupations actuelles des pouvoirs publics concernant la prestation de soins de longue durée et quelles mesures ont-ils prises récemment ou envisagent-ils de prendre pour y répondre ?

- a) Selon quels critères déterminera-t-on si ces réformes ont réussi ou échoué ?
- b) La politique relative aux soins de longue durée vise-t-elle les objectifs suivants et, dans l'affirmative, de quelle façon aborde-t-elle leur réalisation ?
  - i) autonomie
  - ii) protection de la vie privée
  - iii) liberté de choix pour les consommateurs.

2. Lorsqu'un adulte ne peut plus répondre lui-même à tous ses besoins, à qui incombe-t-il légalement au premier chef de prendre les dispositions nécessaires pour qu'une aide lui soit apportée et (le cas échéant) d'assurer le financement de cette aide ?

- i) Son conjoint (s'il est en état de le faire) ;
- ii) Ses enfants ;
- iii) Des membres de la famille plus éloignés (s'il n'y a pas d'enfants en vie) ;
- iv) La municipalité où il habite ;
- v) Des services relevant d'une administration infranationale ;

vi) Des services relevant de l'administration nationale ?

Les membres de la famille qui prennent en charge les soins de longue durée dispensés à leurs proches âgés (parents, mari, épouse, etc.) ont-ils droit à des prestations de sécurité sociale (indemnités d'assurance-maladie, pension) ou à quelque autre prestation sociale ? Les pouvoirs publics envisagent-ils d'apporter des changements à leur action concernant cette question ?

3.

- a) Les personnes âgées (ou leur famille) peuvent-elles être sûres qu'elles seront en mesure d'acheter, ou d'obtenir avec une aide des pouvoirs publics, des soins de longue durée lorsqu'elles en auront besoin ?
- b) Quels sont les organismes publics qui financent les soins de longue durée (collectivités locales, service national de santé, administration chargée de l'assurance-maladie obligatoire, caisses de sécurité sociale) et quelle est la part de chacun d'eux ?
- c) A-t-on pris ou prévoit-on de prendre des mesures expressément destinées à encourager le recours à l'assurance privée pour les soins de longue durée ?

4.

- a) A qui incombe-t-il (hormis la personne concernée et sa famille) de décider du type d'aide ou du mode d'hébergement dont une personne âgée a besoin ?
- b) Quelles mesures a-t-on prises ou envisage-t-on de prendre pour améliorer l'offre de services de qualité qui soient personnalisés et assurent un bon rapport coût-efficacité ?
- c) Quel est le rôle de la concurrence entre prestataires et d'autres mécanismes obéissant à une logique de marché ?

5. Quel est le rôle des services de santé dans le domaine des soins de longue durée ? Existe-t-il des problèmes de démarcation entre protection médico-sanitaire et protection sociale ?

6. Dans le domaine des soins dispensés à domicile et dans celui des soins en établissement, quels sont le rôle ou les responsabilités :

- i) des organismes relevant de l'administration centrale,
- ii) des organismes relevant des administrations locales,
- iii) des organisations sans but lucratif,
- iv) des sociétés privées à but lucratif,
- v) des soignants recrutés individuellement par des particuliers,
- vi) des membres de la famille légalement tenus de dispenser les soins,
- vii) des membres de la famille qui dispensent volontairement les soins.

Quelle a été l'incidence des changements démographiques et de l'évolution de la société (diminution de la taille de la famille et augmentation de l'activité des femmes) sur la répartition de ces fonctions ?

7.

- a) Quelles mesures prend-on ou envisage-t-on de prendre, si tel est le cas, en vue de maîtriser l'ensemble des dépenses, ou des dépenses publiques, consacrées aux soins de longue durée dispensés aux personnes âgées ? Comportent-elles l'application de critères rigoureux pour l'admission au bénéfice des prestations relatives à ce type de soins, une limitation de l'offre, la prise en charge d'une partie des frais par les malades ou d'autres mécanismes ?
- b) L'assurance-maladie gérée par les pouvoirs publics, si tant est qu'elle existe, couvre-t-elle les soins préventifs aussi bien que les soins curatifs ?

Le Mexique, la Hongrie, la Pologne, la République tchèque et la Corée, dont la situation n'a pas été traitée dans le rapport précité, sont invités à fournir des informations de base plus détaillées.

## IV. AUTRES QUESTIONS

### IV.A. EXCLUSION ET AIDE SOCIALE

La Social Policy Research Unit de l'Université d'York a effectué une étude sur les dispositifs d'aide sociale de 24 pays de l'OCDE qui a été publiée par les autorités britanniques sous le titre *Social Assistance in OECD Countries, Volume I: Synthesis Report* et *Volume II: Country Reports*, Department of Social Security Research Reports No. 46 et 47 respectivement, HMSO, 1996. Les autorités britanniques ont remis des exemplaires de ces rapports aux administrations nationales des pays participants. L'OCDE a elle-même procédé à un examen approfondi de l'aide sociale en Australie, en Finlande, en Suède et au Royaume-Uni. Les questions ci-après doivent donc permettre de recueillir des informations actualisées sur certains aspects des dispositifs publics d'aide sociale existant dans les pays Membres.

1.

- a) L'exclusion constitue-t-elle dans votre pays une préoccupation des pouvoirs publics et, si tel est le cas, comment est-elle définie ? Par exemple, la caractérise-t-on par le fait d'être confronté à des obstacles qui empêchent l'obtention d'un logement, d'un emploi, de prestations de maladie et d'autres services sociaux correspondant à des besoins.
- b) Quelles mesures les pouvoirs publics ont-ils récemment prises ou envisagent-ils de prendre pour répondre à ces préoccupations ?
- c) Quels critères appliquera-t-on pour déterminer si ces réformes ont réussi ou échoué ?

2.

- a) Quelle a été l'incidence de la réduction éventuelle du montant des prestations d'assurance sociale ou de la durée de leur versement sur l'aide sociale (censée correspondre à des prestations de "dernier recours" dont l'octroi peut être soumis à condition de ressources mais ne dépend pas des cotisations précédemment acquittées ou des antécédents d'emploi) ?
- b) A qui incombe-t-il de prendre en charge le financement de l'augmentation de la demande d'aide sociale qui peut résulter d'une modification du régime d'assurance sociale ?

3.

- a) Les caractéristiques essentielles des programmes d'aide sociale de base sont-elles définies au niveau national, ou bien les prestations et les conditions de leur attribution sont-elles variables selon les régions de votre pays ?
- b) Les modifications apportées aux normes nationales en matière d'aide sociale s'agissant de la générosité de celle-ci ou de la durée de son octroi ont-elles entraîné une augmentation de l'aide sollicitée à l'échelon local, qu'elle soit financée par des sources publiques ou privées ?

4.

- a) Dans le cadre de l'aide sociale assurée par les pouvoirs publics existe-t-il des mesures particulières qui visent à favoriser l'insertion sur le marché du travail ?
- b) Quels changements a-t-on effectués, si tel est le cas, pour s'assurer que les personnes exerçant un emploi ont un revenu plus élevé que les bénéficiaires de prestations ?

5.

- a) A côté des prestations en espèces servies au titre de la garantie de revenu, quels services a-t-on mis en place pour offrir aux intéressés un accompagnement et leur donner les moyens de devenir plus autonomes dans le but de faire reculer l'exclusion ?
- b) L'équilibre entre les prestations en espèces et les services de cette nature a-t-il changé et, dans l'affirmative, pour quelle raison ?

6.

- a) Quelles dispositions a-t-on prises pour permettre aux personnes non couvertes par un régime normal d'assurance sociale ou n'ayant pas le droit de bénéficier du service national de santé d'accéder aux soins de santé ?
- b) Le désir de pouvoir continuer à bénéficier de cette forme de protection médico-sanitaire constitue-t-il un frein au retour à l'emploi et à la sortie du système d'aide sociale ?
- c) Comment cette aide médico-sanitaire est-elle financée ?
- d) Quelles autres mesures a-t-on adoptées pour assurer l'équité dans l'accès aux soins de santé ?

7. Les prestations servies dans votre pays aux personnes d'âge actif sont-elles conçues de manière à encourager l'établissement de liens avec le marché du travail à travers l'activité à temps partiel, et existe-t-il des prestations liées à l'exercice d'un emploi (qui seraient accordées, par exemple, aux familles à faible revenu) ? Dans la négative, envisage-t-on de prendre d'autres mesures dans le but :

- i) de lutter contre l'exclusion prolongée du marché du travail, ou
- ii) d'aider à concilier les obligations familiales et l'exercice d'une activité, ou
- iii) de faciliter le passage de l'école à la vie active (et, inversement, de l'emploi à la formation) ou du travail à la retraite ?

8. Quelles sont les mesures en vigueur, s'il en existe, concernant l'octroi d'une aide aux immigrés ?

Le Mexique, la Hongrie, la Pologne, la République tchèque et la Corée, qui n'ont pas été couverts par l'étude précitée de la Social Policy Research Unit, sont invités à fournir des données de base plus détaillées.



#### **IV.B. REPARTIR EQUITABLEMENT LA CHARGE DE LA POLITIQUE SOCIALE**

1. Une répartition équitable du fardeau de la protection sociale constitue-t-elle une importante préoccupation pour les pouvoirs publics ?
  - a) Cette préoccupation porte-t-elle aussi sur le niveau approprié du soutien offert et la forme qu'il doit revêtir ?
  - b) Considère-t-on que cette question intéresse les diverses générations ou chaque génération séparément ? Le souci d'y répondre conduit-il à préconiser une refonte du système de protection sociale ?
  - c) Quels allègements fiscaux particuliers sont prévus au seul titre de l'âge ?
2. Les personnes âgées sont-elles assujetties aux mêmes impôts et aux mêmes cotisations sociales que les autres personnes en ce qui concerne :
  - a) le revenu du travail,
  - b) les pensions de retraite des régimes publics financées par :
    - des cotisations ou des taxes spéciales au titre de l'assurance sociale
    - l'impôt en général
  - c) les autres prestations sociales perçues,
  - d) les pensions et rentes servies au titre de régimes privés,
  - e) les divers types de revenu du patrimoine ?
3. Quelles mesures a-t-on prises pour lutter contre la fraude chez les demandeurs de prestations sociales ?
4. Les réformes effectuées dans le domaine de la politique sociale ont souvent des effets "douloureux" pour certaines catégories de personnes en raison de la nécessité de redistribuer la charge que celle-ci représente en fonction des contraintes économiques nationales. Quelles mesures a-t-on prises ou envisage-t-on de prendre pour faire comprendre cette exigence au grand public et obtenir son assentiment général ?
5. Existe-t-il des dispositifs de protection sociale qui font une distinction entre les hommes et les femmes parmi les bénéficiaires (par exemple, en ce qui concerne l'âge auquel une pension de vieillesse peut être perçue) ? Des mesures ont-elles été prises pour atténuer les différences de caractère formel ou informel entre les sexes quant à l'accès aux programmes sociaux ?

#### **IV.C. LOGEMENT**

1.

- a) Quelles dispositions a-t-on prises pour assurer aux personnes à faible revenu l'accès à un logement d'un prix abordable ?
- b) L'aide au logement est-elle administrée et dispensée au niveau central ou sur une échelle plus restreinte ?
- c) A-t-on modifié la forme que revêt ce soutien et la façon dont il est apporté (par exemple, en réduisant "l'aide à la pierre" pour le financement du parc de logements sociaux au profit de l'aide en espèces), ou envisage-t-on de le faire ?

## REFERENCES

### (Indépendamment des réponses des pays au questionnaire de l'OCDE pour le rapport de synthèse)

- ALLEMAGNE - MINISTERE FEDERAL DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES (1997), *Rentenversicherungsbericht 1997* (en allemand), Ministère fédéral du travail et des affaires sociales, Bonn.
- ATKINSON, A B (1993), *On targeting Social Security: Theory and Western Experience with Family Benefits*, Welfare State Programme Discussion Paper No. WSP/99, Suntory-Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, London School of Economics.
- ATKINSON, A B et MICKLEWRIGHT, J (1991), "Unemployment compensation and labour market transitions: a critical review", *Journal of Economic Literature*, vol. XXIX, décembre, pp. 1679-1727.
- BANQUE MONDIALE (1992), *Poland Health System Reform: Meeting the Challenge*, Report No. 9182-POL, Washington, DC.
- BANQUE MONDIALE (1994a) *Poland: Policies for Growth with Equity*, A World Bank Country Study, Washington, DC.
- BANQUE MONDIALE (1994b) *Slovakia: Restructuring for Recovery*, A World Bank Country Study, Washington, DC.
- BANQUE MONDIALE (1995a) *An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries*, Economic Development Institute of the World Bank, Washington, DC.
- BANQUE MONDIALE (1995b) *Hungary: Structural Reforms for Sustainable Growth*, A World Bank Country Study, Washington, DC.
- BARR, N (1992), "Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation", *Journal of Economic Literature*, vol. 30, juin, pp 741-803.
- BERGHMAN, J (1997), "The resurgence of poverty and the struggle against exclusion: a new challenge for social security?", *International Social Security Review*, vol. 50, no. 1, pp 3-22.
- COMMISSION DES COMMUNAUTES EUROPEENNES (1994), *La protection sociale en Europe*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.
- COMMISSION EUROPEENNE (1996), *Evolution des politiques familiales 1995*, Observatoire européen des politiques familiales, Social Policy Research Unit, University of York.

- CONSEIL DE L'EUROPE (1995), *Travaux du Conseil de l'Europe dans le domaine de la sécurité sociale*, Note du Secrétaire général pour la 6ème Conférence des Ministres européens responsables de la sécurité sociale, (tenue à Lisbonne, 29-31 mai 1995), MSS-6 (95) 3-E, Strasbourg.
- DANEMARK, MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS (1995a), *Social Policy in Denmark: Social Pensions and Semiretirement Pension*, Ministry of Social Affairs, Copenhagen.
- DANEMARK, MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS (1995b), *Social Policy in Denmark: Services Offered to People with Disabilities*, Ministry of Social Affairs, Copenhagen.
- DANISH LABOUR MARKET SUPPLEMENTARY PENSION SCHEME (1995), *Supplementary Pensions in Denmark: A description of the future pension system*, The Danish Labour Market Supplementary Pension Scheme, Hillerød.
- DRAPER, M (1997) *Involving Consumers in Improving Hospital care : Lessons from Australian Hospitals*, Australian Government Publishing Service, Canberra.
- DUFFY, K (1997), "Opportunity and risk: Broad perspectives arising from the result of the Initiative on Human dignity and Social Exclusion Phase 1", communication présentée au Colloque "Pour une Europe sans exclusion" de la Commission des questions sociales, de la santé et de la famille du Parlement européen, Bratislava, septembre 1997.
- EARDLEY, T, BRADSHAW, J, DITCH, J, GOUGH, I et WHITEFORD, P (1996a), *Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report*, Department of Social Security Research Report No. 46, HMSO, Londres.
- EARDLEY, T, BRADSHAW, J, DITCH, J, GOUGH, I et WHITEFORD, P (1996b), *Social Assistance in OECD Countries: Country Reports*, Department of Social Security Research Report No. 47, HMSO, Londres.
- ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT (1996), *Country Profile: Mexico*, Londres.
- ESPING-ANDERSEN, G (1997a), "L'Etat protecteur à la fin du siècle : les conséquences de l'évolution du marché du travail, de la famille et de la démographie", dans OCDE (1997), *Familles, marché et collectivité : Equité et efficience de la politique sociale*, OCDE, Paris.
- ESPING-ANDERSEN, G (1997b), "Hybrid or Unique ?: The Japanese Welfare State Between Europe and America" *Journal of European Social Policy*, vol. 7, no. 3, pp 179-189.
- EVANS, R., M.L. BARER, T.R. MARMOR, *Why are some people healthy and others not?* Walter de Gruyter, Inc. Aldine de Gruyter, New York, 1994.
- FALKINGHAM, J et HARDING, A. (1996), *Poverty Alleviation versus Social Insurance Systems: A Comparison of Lifetime Redistribution*, Discussion Paper No. 12, NATSEM, Université de Canberra, Canberra.
- FILER, R K, VEPREK, J, VÝBORNÁ, O, PAPES, Z et VEPREK, P (1995), "Health Care Reform in the Czech Republic", in *The Czech Republic and Economic Transition in Eastern Europe*, Academic Press, Inc., San Diego.

FRANCE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (1996), *Synthèse : les revenus sociaux 1981-1995*, Paris.

FRANCE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (1997), *Synthèse : Suivi annuel des retraites – Résultats 1995*, Paris.

GORE, A (1993), *Creating a Government that Works Better and Costs Less*, The Report of the National Performance Review, Plume Books, New York.

INGLES, D (1997), *Low Income Traps for Working Families*, Centre for Economic Policy Research Discussion Paper No. 363, Australian National University, Canberra.

INSTITUTE OF MEDICINE (1988), *The Future of Public Health*, Committee for the Study of the Future of Public Health, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.

JAPON, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE (1997), *Rapport annuel sur la santé et la protection sociale 1996-1997* (en japonais), Ministère de la santé et de la protection sociale, Tokyo.

KALISCH, D.W. et AMAN, T. (1997), “Système de retraite : le processus de réforme dans les pays de l’OCDE”, Atelier conjoint BIT-OCDE : développement et réforme dans les pays de l’OCDE, DEELSA/ILO(97)4, 15-17 décembre, OCDE, Paris.

LALONDE, M. (1974), *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, Ottawa : Ministère de la santé nationale et du bien-être social, avril 1974.

LUNDQVIST, B. (1997), “Assurer le service des pensions finlandaises après l’an 2000”, *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 50, no. 2/97, pp 72-79.

MARTIN, J.P. (1996), “Indicateurs de taux de remplacement aux fins de comparaisons internationales”, *Revue économique de l’OCDE*, No. 26,1996/I, pp 99-115.

NORDIC SOCIAL STATISTICAL COMMITTEE (1996), *Social Security in the Nordic Countries: Scope, Expenditure and Financing 1994*, NORSOSCO, Copenhagen.

NORWEGIAN MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS (1994), *Welfare Towards 2030*, Summary Version of the Welfare White Paper No. 35 (1994-95), Oslo.

NORWEGIAN MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS (1996), *Report on Public Health in Norway: Statement of the Minister of Health to the Storting*, Oslo.

OCDE (1981), *L’Etat protecteur en crise*, OCDE, Paris.

OCDE (1988), *L’avenir de la protection sociale*, OCDE, Paris.

OCDE (1990), *Perspectives de l’emploi*, OCDE, Paris.

OCDE (1991), *Perspectives de l’emploi*, OCDE, Paris.

- OCDE (1992a), *Les régimes de retraite privés et la politique gouvernementale*, Etudes de politique sociale No.9, OCDE, Paris.
- OCDE (1992b), *La réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Etudes de politique de santé No. 2, OCDE, Paris.
- OCDE (1993a), *Les régimes de retraite privés dans les pays de l'OCDE : Etats-Unis*, Etudes de politique sociale No.10, OCDE, Paris.
- OCDE (1993b), *Les régimes de retraite privés dans les pays de l'OCDE : Nouvelle-Zélande*, Etudes de politique sociale No.11, OCDE, Paris.
- OCDE (1994a), *Les nouvelles orientations de la politique sociale*, Etudes de politique sociale No. 12, OCDE, Paris.
- OCDE (1994b), *L'étude de l'OCDE sur l'emploi, Données et explications Partie II, Possibilités d'adaptation des marchés du travail*, OCDE, Paris.
- OCDE (1994c), *Les régimes de retraite privés dans les pays de l'OCDE : Irlande*, Etudes de politique sociale No.13, OCDE, Paris.
- OCDE (1994d) *La réforme des systèmes de santé : Etude de dix-sept pays de l'OCDE*, Etudes de politique de santé No. 5, OCDE, Paris.
- OCDE (1995a), *A la recherche de mécanismes de marché. Les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni*, Etudes de politique de santé No. 6, OCDE, Paris.
- OCDE (1995b), *Nouvelles orientations dans la politique de santé*, Etudes de politique de santé No. 7, OCDE, Paris.
- OCDE (1995c), *L'étude de l'OCDE sur l'emploi. Fiscalité, emploi et chômage*, OCDE, Paris.
- OCDE(1995d), *Les régimes de retraite privés dans les pays de l'OCDE : Canada*, Etudes de politique sociale No.15, OCDE, Paris.
- OCDE (1996a), *Perspectives de l'emploi*, OCDE, Paris.
- OCDE (1996b), *Le vieillissement dans les pays de l'OCDE*, Etudes de politique sociale No. 20, OCDE, Paris.
- OCDE (1996c), *Protéger les personnes âgées dépendantes : Des politiques en mutation*, Etudes de politique sociale No. 19, OCDE, Paris.
- OCDE (1996d), *La réforme des systèmes de santé. La volonté de changement*, Etudes de politique de santé No. 8, OCDE, Paris.
- OCDE (1996e) *Mexican Health Reform*, DEELSA/ELSA/WP1(96)3, OCDE, Paris.
- OCDE (1997a), *Valoriser le travail : Fiscalité, prestations sociales, emploi et chômage*, OCDE, Paris.

- OCDE (1997b), *Famille, Marché et Collectivité. Equité et efficacité de la politique sociale*, Etudes de politique sociale No. 21, OCDE, Paris.
- OCDE (1997c), *La mise en oeuvre de la Stratégie de l'OCDE pour l'emploi. L'expérience des pays Membres*, OCDE, Paris.
- OCDE (1997d), *En quête de résultats : Pratiques de gestion des performances*, OCDE, Paris.
- OCDE (1997e), *Les régimes de retraite privés dans les pays de l'OCDE : Le Royaume-Uni*, Politique du marché du travail et politique sociale, Documents hors série No.21, OCDE, Paris.
- OCDE (1997f), *Les régimes de retraite privés dans les pays de l'OCDE: Australie*, Politique du marché du travail et politique sociale, Documents hors série No.23, OCDE, Paris.
- OCDE (1997g), *Les régimes de retraite privés dans les pays de l'OCDE: France*, Politique du marché du travail et politique sociale, Documents hors série No.30, OCDE, Paris.
- OCDE (1998a), *Combattre l'exclusion : L'aide sociale en Australie, en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède*, OCDE, Paris.
- OCDE (1998b), *Préserver la prospérité dans une société vieillissante*, OCDE, Paris.
- OCDE (1998c, à paraître), *Combattre l'exclusion : L'aide sociale en Belgique, en République tchèque, aux Pays-Bas et en Norvège*, OCDE, Paris.
- OCDE (1998d), *Systèmes de prestations et incitations au travail*, OCDE, Paris.
- OCDE (1998e à paraître), *Dignité et solidarité sociale*, (version publiée du document "Politiques pour un monde solidaire : Analyse" présenté aux Ministres de la santé et des affaires sociales en juin 1998, à l'OCDE, Paris).
- OCDE (à paraître), *Report on International Comparative Study of Factors of Health Care Expenditure Increases and Control in OECD Member Countries*, OCDE, Paris.
- OCDE (1996-98), *Etudes économiques de l'OCDE, divers pays, diverses années*, OCDE, Paris.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1996), *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*, Bureau régional pour l'Europe, Copenhague.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Séries européennes, No. 72, Copenhague.
- PENSION FUND ASSOCIATION (1996), *Les dispositifs de pensions d'entreprise dans le monde : tendances et évolutions récentes* (en japonais), Social Insurance Research Institute, Tokyo.
- PRESTON, D A (1997), "Welfare benefit reform", *Social Policy Journal of New Zealand*, no. 8, pp.29-36.
- REPUBLIQUE SLOVAQUE, MINISTRY OF LABOUR, SOCIAL AFFAIRS AND FAMILY (1996), *Social Policy*, Socio-Economic Information Department, Bratislava.

ROYAUME-UNI, DEPARTMENT OF SOCIAL SECURITY, *Social Security Statistics 1997*, Government Statistical Service, Londres.

ROYAUME-UNI, HER MAJESTY'S TREASURY (1997), *Pre-Budget Report, Novembre 1997*, The Stationary Office, Londres.

SCARPETTA, S (1996), "Le rôle des politiques du marché du travail et des dispositions institutionnelles concernant le chômage : un comparaison internationale, *Revue économique de l'OCDE* No. 26, 1996/I.

SOCIAL WELFARE AND MEDICAL SERVICE CORPORATION (1995), *Enquête sur les services sociaux pour handicapés dans les pays européens et aux Etats-Unis* (en japonais), Social Welfare and Medical Service Corporation, Tokyo.

SUEDE, NATIONAL SOCIAL INSURANCE BOARD, *Social Insurance Statistics: Facts 1993*, National Social Insurance Board, Stockholm.

TURNER, J, WATANABE, N (1995), *Private Pension Policies in Industrialised Countries*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, Michigan.

UNITED STATES SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION (1995a), *Social Security Programs Throughout the World - 1995*, Office of Research and Statistics Research Report No. 64, US Government Printing Office, Washington DC.

UNITED STATES SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION (1995b), *Annual Statistical Supplement, 1995 to the Social Security Bulletin*, US Government Printing Office, Washington DC.

UNITED STATES SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION (1997), *Social Security Programs Throughout the World - 1997*, Office of Research, Evaluation and Statistics Research Report No. 65, US Government Printing Office, Washington DC.

VINCENZI, C (1996), *Law of the European Community*, Pitman Publishing, Londres.

WILLIAM M. MERCER LIMITED (1995), *International Benefit Guidelines 1995*, William M. Mercer Limited, Bruxelles.



**POLITIQUES DU MARCHÉ DU TRAVAIL ET POLITIQUE SOCIALE - DOCUMENTS HORS SERIE**

Les numéros les plus récents sont :

- No. 32 *THE GROWING ROLE OF PRIVATE SOCIAL BENEFITS* (1998) Willem Adema et Marcel Einerhand
- No. 31 *KEY EMPLOYMENT POLICY CHALLENGES FACED BY OECD COUNTRIES (1998) OECD SUBMISSION TO THE G8 GROWTH, EMPLOYABILITY AND INCLUSION CONFERENCE* - London, 21-22 February 1998
- No. 30 *LES REGIMES DE RETRAITE PRIVÉS DANS LES PAYS DE L'OCDE - FRANCE* (1997) Emmanuel Reynaud
- No. 29 *OECD SUBMISSION TO THE UK LOW PAY MISSION* (1997)
- No. 28 *OECD SUBMISSION TO THE IRISH NATIONAL MINIMUM WAGE COMMISSION* (1997)
- No. 27 *CHILDCARE AND ELDERLY CARE: WHAT OCCUPATIONAL OPPORTUNITIES FOR WOMEN?* (1997) (Susan Christopherson)
- No. 26 *THE CONCENTRATION OF WOMEN'S EMPLOYMENT AND RELATIVE OCCUPATIONAL PAY: A STATISTICAL FRAMEWORK FOR COMPARATIVE ANALYSIS* (1997) (Damian Grimshaw et Jill Rubery)
- No. 25 *MAKING THE PUBLIC EMPLOYMENT SERVICE MORE EFFECTIVE THROUGH THE INTRODUCTION OF MARKET SIGNALS* (1997) (Robert G. Fay)
- No. 24 *TRENDS IN SECRETARIAL OCCUPATIONS IN SELECTED COUNTRIES (1980-95)* (Hilary Steedman) (1997)
- No. 23 *PRIVATE PENSIONS IN OECD COUNTRIES - AUSTRALIA* (1997) (Hazel Bateman and John Piggott)
- No. 22 *LA DEFINITION DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL A DES FINS DE COMPARAISON INTERNATIONALE* (1997) (Alois van Bastelaer, Eurostat; Georges Lemaître, OCDE; Pascal Marianna, OCDE)
- No. 21 *PRIVATE PENSIONS IN OECD COUNTRIES - THE UNITED KINGDOM* (1997) (E. Philip Davis)
- No. 20 *OCCUPATIONAL CLASSIFICATION (ISCO-88): CONCEPTS, METHODS, RELIABILITY, VALIDITY AND CROSS-NATIONAL COMPARABILITY* (1997) (Peter Elias)
- No. 19 *NET PUBLIC SOCIAL EXPENDITURE* (1996) (Willem Adema, Marcel Einerhand, Bengt Eklind, Jørgen Lotz et Mark Pearson)
- No. 18 *ENHANCING THE EFFECTIVENESS OF ACTIVE LABOUR MARKET POLICIES: EVIDENCE FROM PROGRAMME EVALUATIONS IN OECD COUNTRIES* (1996) (Robert G. Fay)

Vous trouverez sur le site Internet : <http://www.oecd.org/els/papers/papers.htm>, une liste complète des documents disponibles et vous pourrez directement accéder aux documents les plus récents. Pour recevoir une copie papier de cette liste ou un de ces documents, veuillez nous envoyer votre nom, celui de votre organisation et adresse complète à :

Documents Hors Série sur les politiques du marché du travail et la politique sociale  
Direction de l'éducation, de l'emploi, du travail et des affaires sociales  
OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16, FRANCE

**Liste des destinataires des Documents gratuits Hors Série sur les politiques du marché du travail et la politique sociale**  
**Veuillez ajouter le nom suivant à la liste des destinataires :**  
**(en majuscules)**

**Nom** -----  
**Organisation** -----  
**Adresse** -----  
-----

**RECENTES PUBLICATIONS DE L'OCDE DANS CE DOMAINE :**

**SERIE "OCDE : ETUDES DE POLITIQUE SOCIALE"**

- No. 21 *FAMILLE, MARCHE ET COLLECTIVITE : équité et efficience de la politique sociale* (1997)  
No. 20 *LE VIEILLISSEMENT DANS LES PAYS DE L'OCDE* (1996)  
No. 19 *PROTEGER LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES : Des politiques en mutation* (1996)  
No. 18 *LA DISTRIBUTION DES REVENUS DANS LES PAYS DE L'OCDE* (1995)

**ETUDES DE POLITIQUE DE SANTE**

- No. 8 *LA REFORME DES SYSTEMES DE SANTE : la volonté de changement* (1996)  
No. 7 *NOUVELLES ORIENTATIONS DANS LA POLITIQUE DE SANTE* (1995)  
No. 6 *A LA RECHERCHE DE MECANISMES DE MARCHE : les systèmes de santé au Canada, en Islande et au Royaume-Uni* (1995)

**DIVERS**

*PRESERVER LA PROSPERITE DANS UNE SOCIETE VIEILLISSANTE* (1998)

*ECO-SANTE OCDE* (1997)

disponible en français et en anglais sur disquettes (Windows 3.11) ou CD-ROM (Windows 95/NT ou 3.11).

*COMBATTRE L'EXCLUSION*

*L'aide sociale en Australie, en Finlande, au Royaume-Uni et en Suède* (1998)

*OCDE : PERSPECTIVES DE L'EMPLOI*, Juin 1998 (publié annuellement)

*SYSTEMES DE PRESTATIONS ET INCITATIONS AU TRAVAIL* (1998)

LA STRATEGIE DE L'OCDE POUR L'EMPLOI :

*Valoriser le travail : Fiscalité, prestations sociales, emploi et chômage* (1997)

LA STRATEGIE DE L'OCDE POUR L'EMPLOI :

*Renforcer l'efficacité des politiques actives du marché du travail* (1996)

*TENDANCES DES MIGRATIONS INTERNATIONALES : SYSTEMES D'OBSERVATION PERMANENTE DES MIGRATIONS (SOPEMI)* (1995)

Pour une liste complète, veuillez consulter le site internet de la librairie de l'OCDE : <http://www.oecd.org> ou nous écrire pour recevoir le catalogue des publications gratuit à l'adresse suivante :

OCDE Service des Publications  
2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16  
ou au distributeur des publications de l'OCDE dans votre pays