10-15 Sept 2007
MOSCOW

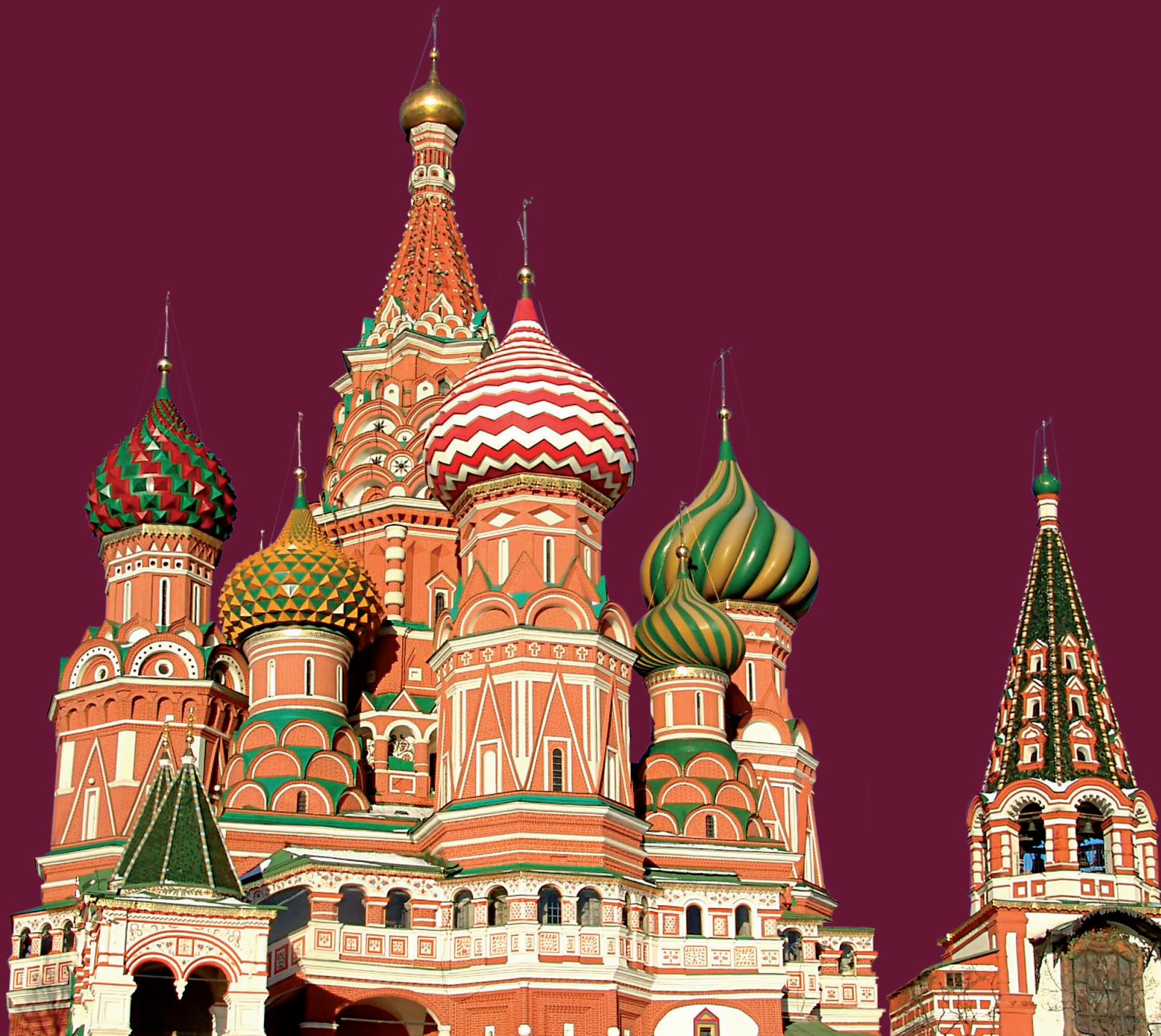
International Social Security Association
Association internationale de la sécurité sociale
Asociación Internacional de la Seguridad Social
Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit

ISSA • AISS • IVSS
1927-2007

FORUM MONDIAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

29e Assemblée générale de l'AISS

DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES: UNE SÉCURITÉ SOCIALE DYNAMIQUE



Remerciements

Préface

Introduction: Une sécurité sociale dynamique 1
Roland Sigg

Maladies professionnelles: des défis nouveaux ou émergents pour l'assurance sociale? 5
Stefan Zimmer

Invalidité: des lignes d'action nouvelles face à l'augmentation de la demande de prise en charge 13
Rienk Prins

Activation et réintégration des chômeurs par le Case Management 19
Alexandra Van Neyen

Le management des risques, instrument de gestion 25
François Kientzler

Les pensions de vieillesse financées par l'impôt dans les pays à faible revenu 31
Roddy McKinnon

Extension de la protection sociale santé par le contrôle des coûts et le regroupement 39
Aviva Ron

Le réexamen des régimes de comptes individuels en vue de l'instauration de systèmes de pensions multipiliers plus intégrés 47
Ariel Pino et Dmitri Karasyov

Le succès des politiques visant à l'allongement de la vie active 53
Roland Sigg et Valentina De-Luigi

Sécurité sociale intégrée, sécurité sociale dynamique? 63
Marie-France Laroque

Copyright © Association internationale de la sécurité sociale 2007.

Les publications de l'Association internationale de la sécurité sociale jouissent de la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits à des fins non commerciales sans autorisation, à condition que leur source soit indiquée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée à l'Association internationale de la sécurité sociale, Publications de l'AISS, Case postale 1, CH-1211 Genève 22, Suisse.

Première édition 2007

Aussi publié en:

Anglais: ***Developments and Trends: Supporting dynamic social security***

Espagnol: ***Evolución y tendencias: Una seguridad social dinámica***

Allemand: ***Entwicklungen und Trends: Für eine dynamische soziale Sicherheit***

Remerciements

Des remerciements sont adressés aux auteurs du rapport, à savoir: Valentina De-Luigi, Dmitri Karasyov, François Kientzler, Marie-France Laroque, Roddy McKinnon, Ariel Pino, Rienk Prins, Aviva Ron, Roland Sigg, Alexandra Van Neyen et Stefan Zimmer.

Pour la rédaction de ce rapport, les auteurs ont fait appel à une grande diversité de sources d'informations, et notamment au Service d'information de l'AISS *Sécurité sociale dans le monde* (www.issa.int/ssw) ainsi qu'au Centre de documentation de l'AISS. Nous sommes grandement redevables à nos institutions membres et à nos correspondants nationaux qui, de diverses manières, nous transmettent des informations pertinentes, des preuves et témoignages ainsi que des exemples d'élaboration de politiques et de bonnes pratiques. Toutes ces sources conjuguées contribuent à la mise à jour et au développement constants des bases de données de l'AISS, et sans elles, la production de ce rapport aurait été une tâche beaucoup plus fastidieuse.

Des remerciements sont également adressés aux membres du Secrétariat de l'AISS qui ont su mener à bien ce rapport, à savoir: le Groupe de pilotage «Développement et Tendances» (Octavio Jiménez-Duran, Richard Levinsky, Roddy McKinnon, Jens Schremmer, Roland Sigg et Patricia Weinert), Birgit Rochet-Jäger, appui administratif et supervision technique, ainsi que Thérèse Goetschmann, assistance technique.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que l'Association internationale de la sécurité sociale souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

Imprimé en France

Préface

Cette publication - *Développements et tendances: une sécurité sociale dynamique* - a été préparée à l'occasion du premier Forum mondial de la sécurité sociale de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), qui se tiendra du 10 au 15 septembre 2007 à Moscou.

Conformément au mandat de l'AISS qui l'engage à participer à la promotion et au développement de la sécurité sociale dans le monde, cette publication met en lumière les faits nouveaux et les tendances notoires observées dans le domaine de la sécurité sociale.

Dans l'optique des objectifs stratégiques les plus larges qui consistent à redéfinir une nouvelle AISS, ce rapport constitue un outil supplémentaire pour faciliter le transfert international des connaissances et l'échange de bonnes pratiques. Soucieux de mieux répondre aux besoins des partenaires de disposer d'une information succincte mais complète, les auteurs se sont attachés à apporter de nombreuses données empiriques, illustrées par des études de cas par pays. Surtout, les conclusions se font l'écho d'une confiance retrouvée dans la sécurité sociale en soulignant le rôle économique et social indispensable que les systèmes de sécurité sociale jouent dans le monde entier.

Les récentes évolutions révèlent notamment que l'administration de la sécurité sociale veille désormais à adopter de manière plus systématique des moyens d'action intégrés, axés sur une démarche proactive et qui s'inscrivent dans une perspective d'avenir. Partout dans le monde, les organisations de sécurité sociale continuent de rechercher des améliorations en matière organisationnelle et financière dans l'optique d'étendre les services de la sécurité sociale à tous. Visant à créer des systèmes de protection sociale accessibles et durables – qui fournissent non seulement une protection mais favorise aussi la prévention et encourage la réinsertion – ces innovations montrent clairement que la sécurité sociale a un rôle majeur à jouer en s'efforçant de promouvoir des sociétés qui soient productives sur le plan économique mais qui ne souffrent aucun laissé-pour-compte sur le plan social.

Toutefois, la nature novatrice de la plupart de ces changements réclame un cadre conceptuel tout aussi novateur de manière à aider les analystes et les praticiens de la sécurité sociale à mieux tenir compte de ses changements. A cet effet, l'AISS a mis au point un nouveau cadre conceptuel intitulé: *une sécurité sociale dynamique*. Ce cadre va non seulement inscrire l'analyse de ce rapport dans un contexte précis, mais il va aussi faciliter le travail actuel de l'AISS qui consiste à définir et à analyser les tendances et à diffuser les connaissances sur les dernières innovations en matière de sécurité sociale.

En mettant à profit les nouveaux outils conceptuels en lien avec le nouveau cadre une sécurité sociale dynamique, l'AISS s'efforce de faire face, dans tous les domaines, aux difficultés souvent complexes auxquelles est confrontée la sécurité sociale. Elle continue donc de développer sa base de connaissances déjà étendue et d'améliorer la diffusion d'informations de qualité à tous ses membres.

Je souhaite vivement que les faits nouveaux et les tendances observés en matière de sécurité sociale et ici présentés apporteront une contribution positive dans ce domaine.

C'est le secrétariat de l'AISS, sous la supervision de Yannick D'Haene, Directeur de l'Observatoire de la sécurité sociale, qui a préparé cette publication. Richard Levinsky a été chargé de la gestion du projet, Birgit Rochet-Jäger y apportant le nécessaire soutien administratif.

Hans-Horst Konkolewsky
Secrétaire général

ISSA • AISS • IVSS
1927-2007

Une sécurité sociale dynamique

Roland Sigg[1]

Des défis surmontables?

La sécurité sociale est confrontée à de nombreux défis à l'échelle mondiale.

Dans le contexte actuel de globalisation de l'économie, de fortes pressions s'exercent sur les gouvernements et les entreprises pour diminuer les coûts du travail, y compris les contributions sociales perçues souvent comme une menace pour la compétitivité. Sur un marché du travail devenu de plus en plus précaire – notamment en raison du développement du travail atypique – la vulnérabilité des travailleurs augmente. Le modèle familial dit traditionnel s'effrite, laissant la place à des structures familiales variées. Les mouvements migratoires s'intensifient et diversifient plus que jamais les sociétés. Enfin le vieillissement de la population du fait de l'accroissement de l'espérance de vie et de la baisse du taux de fécondité est une réalité dans plus en plus de pays. Ces transformations ont un impact incontestable sur la société et sur la vie des individus, contribuant à l'émergence de besoins et de risques nouveaux. D'autre part, elles soulèvent la question de la viabilité de systèmes de sécurité sociale soumis à de fortes tensions et de leur capacité à faire face aux défis actuels.

Dans les pays en développement, la faiblesse de la couverture sociale continue d'être un enjeu majeur. Une grande partie de la population n'est pas couverte et pour ceux qui ont accès à la protection sociale, l'impact des prestations fournies est souvent limité. Les individus ne peuvent plus guère compter sur les réseaux traditionnels de solidarité qui se trouvent remis en cause par l'urbanisation et l'industrialisation. De plus, le phénomène de la globalisation accentue le développement de l'économie informelle dans laquelle une part grandissante de la main-d'œuvre urbaine travaille.

Dans quelle mesure la sécurité sociale est-elle capable de relever ces nombreux défis?

Le rapport présenté lors de l'Assemblée générale de l'AISS en 2004 faisait état d'une confiance retrouvée dans la capacité de la sécurité sociale d'apporter des réponses à ces défis (Sigg, 2005). Il est indéniable que, ces dernières années, de nombreuses réformes ont été déployées dans la plupart des pays et dans toutes les branches de sécurité sociale afin de s'ajuster aux contraintes économiques et budgétaires tout en essayant de répondre mieux aux exigences actuelles et futures de la société. De tels développements, suivis régulièrement par l'AISS dans le cadre du service d'information *Sécurité sociale dans le monde (Social Security Worldwide, SSW)*, montrent que la sécurité sociale a compris qu'il fallait autant que possible anticiper les développements à venir, et que grâce à son dynamisme, elle saura jouer un rôle central afin d'assurer à l'ensemble des populations mondiales le meilleur bien-être possible.

De plus, la sécurité sociale se trouve aujourd'hui de plus en plus intégrée dans les débats visant à éliminer la pauvreté dans le monde, que cela soit dans la définition d'un socle social global – tel que suggéré par l'Organisation internationale du Travail –, ou la mise en œuvre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) par les Nations Unies. Cela donne une nouvelle légitimité à l'action des institutions de sécurité sociale à l'aube de ce XXIe siècle.

[1] L'auteur est membre du Secrétariat général de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS). Il remercie Volahanta Rahaingoarivony pour son assistance dans la rédaction de cette introduction.

Souvent, la sécurité sociale est accusée de ne pas engager les réformes nécessaires à même de mieux garantir la viabilité de ses régimes. Ce rapport est émaillé de nombreux exemples qui montrent que, dans de nombreux pays, les institutions de sécurité sociale au contraire ont pris conscience des nouveaux défis de notre société et s'adaptent à cette nouvelle situation.

Une sécurité sociale dynamique

A la lumière des développements et tendances tels que présentés dans ce rapport, quelques enseignements majeurs peuvent être dégagés.

Partout dans le monde, la tendance est à l'élargissement du concept et du contenu de la sécurité sociale. En effet, celle-ci a changé fondamentalement d'aspect au cours des dernières années dans la mesure où son rôle ne se limite plus à une simple redistribution des revenus, à fournir des prestations pour un bien-être minimum et à assurer l'accès aux besoins essentiels. La portée de la sécurité sociale s'est élargie au profit d'une approche basée, d'une part, sur une conception proactive visant la protection des individus contre les risques de la vie et la prévention de ces derniers et, d'autre part, sur le développement des potentiels et des capacités productives des gens de façon à les rendre moins vulnérables à ces risques et à favoriser leur insertion sociale. Cette approche innovante illustre ce que l'AISS appelle «Une sécurité sociale dynamique» (McKinnon, 2007).

Les caractéristiques principales d'une sécurité sociale dynamique sont celles d'une protection sociale intégrée, proactive et novatrice, dont l'objectif principal est de construire des systèmes durables et accessibles. Dans cette perspective, il s'agit non seulement de fournir une protection, mais aussi d'encourager davantage une approche préventive et la réinsertion afin de favoriser des sociétés socialement inclusives et économiquement productives. Autre point essentiel, seule une sécurité sociale performante sera capable d'assurer la pérennité politique et la légitimité sociale des programmes qui sont indispensables à leur réussite.

Assurer la viabilité de la sécurité sociale. Il s'agit de répondre essentiellement à deux des principaux défis de la sécurité sociale aujourd'hui, le vieillissement démographique et la mondialisation. Un système de sécurité sociale qui n'est pas viable ne pourra répondre aux besoins à long terme des populations et n'aura pas la possibilité d'améliorer ses prestations et d'étendre sa protection. De nombreuses mesures prises dans ce contexte concernent l'adaptation aux nouvelles réalités du marché du travail. Ainsi, favoriser l'allongement de la vie active (voir chapitre 8), en limitant la générosité des systèmes de retraite ou en instaurant des mesures incitatives visant à maintenir les travailleurs âgés en activité, représente une voie privilégiée afin de consolider les régimes de sécurité sociale. De façon générale, encourager la réinsertion professionnelle (voir chapitre 2) de différentes catégories de personnes, qu'elles soient au chômage, bénéficiaires d'allocations maladie ou de pensions d'invalidité, permet d'augmenter l'emploi – ce qui augmente les ressources –, et de diminuer le taux de dépendance vis-à-vis des prestations sociales – ce qui diminue les dépenses. La même démarche est aujourd'hui valable aussi dans le domaine des accidents du travail et maladies professionnelle (voir chapitre 1).

Garantir l'accessibilité à la sécurité sociale. Tous devraient avoir accès à la sécurité sociale, ce qui est loin d'être le cas au niveau mondial. Tel que défini par l'AISS, un objectif prioritaire d'une sécurité sociale dynamique est d'élargir la protection pour l'ensemble des risques. L'introduction de régimes de pensions non contributifs (voir chapitre 5) constitue un moyen privilégié d'élargir la couverture et de lutter en même temps contre la pauvreté des personnes âgées, une des catégories les plus à risque. Si les domaines des pensions et de la santé sont perçus comme prioritaires en ce qui concerne l'extension de la couverture, d'autres branches sont aussi concernées, en particulier l'introduction de l'assurance chômage dans des pays à bas ou moyen revenu. Une sécurité sociale plus accessible requièrent souvent une meilleure intégration des régimes. Une réduction de la segmentation de la couverture peut contribuer à des économies tout en améliorant la qualité du service rendu et l'accessibilité aux prestations (voir chapitre 9).

Améliorer la performance pour garantir l'adéquation des prestations. De nombreux efforts peuvent être constatés dans tous les aspects de la performance des administrations et des régimes de sécurité sociale. Ainsi, le management des risques constitue-t-il un outil incontournable pour améliorer la gouvernance des administrations (voir chapitre 4) en particulier pour faciliter les processus de changement et pour assurer les meilleurs services possibles aux usagers. Dans le domaine de la santé, améliorer l'accessibilité aux soins de santé passe par une utilisation plus efficace de ressources souvent réduites (voir chapitre 6). La rationalisation des dépenses sanitaires va de pair avec la mise en place de méthodes permettant de mesurer les normes de qualité – afin de garantir la meilleure efficacité possible. En matière de pensions, et plus particulièrement dans les pays dont la prévoyance vieillesse repose essentiellement sur des comptes individuels de pensions, l'amélioration des performances et la gouvernance de tels régimes est essentielle pour garantir l'adéquation des prestations (voir chapitre 7). Cela peut amener à reconsidérer l'architecture du système – comme observé dans certains pays latino-américains qui ont procédé à des «re-réformes» afin de consolider à nouveau une assurance vieillesse de base, contributive et/ou non contributive.

Vers une approche préventive et proactive. Une sécurité sociale dynamique ne doit plus être considérée comme un simple moyen d'assurer une protection après l'apparition d'un risque. Elle agit de plus en plus préventivement afin d'investir dans les personnes pour éviter l'apparition des risques et soutenir un meilleur développement du capital humain. La transformation de régimes d'assurance maladie en assurance santé (voir chapitre 6) va dans ce sens, en investissant dans la santé afin de diminuer la fréquence des soins curatifs. Cet investissement est souvent centré sur une promotion de modes de vie plus sains. Il s'agit aussi de renforcer les droits des patients afin de modifier la relation traditionnellement hiérarchique entre le patient et le médecin en une relation de partenariat. En matière de politique d'emploi (voir chapitres 2 et 8), la tendance est de préférer l'insertion professionnelle à l'indemnisation, par la mise en œuvre dès l'apparition de l'incapacité de travail de mesures de réhabilitation et de formation préalablement à l'octroi de toute pension d'invalidité. Ces politiques dites d'activation reposent sur l'idée que le travail est la meilleure façon de se procurer une sécurité de revenu et qu'il est de la responsabilité de tout individu de chercher un emploi. Dans ce contexte, la méthode du Case management (voir chapitre 3) constitue un outil de plus en plus utilisé, notamment en matière de réintégration professionnelle des chômeurs de longue durée et des personnes handicapées.

*

* *

Devant les défis du vieillissement démographique et de la mondialisation, auxquels s'ajoutent les innovations technologiques et les mutations des structures familiales, la sécurité sociale doit s'adapter, comme elle l'a toujours fait. Beaucoup de chemin reste vraisemblablement à parcourir et aucune solution n'est simple, certaines réformes pouvant s'avérer difficiles. Dans ce contexte, où le besoin de sécurité sociale est plus grand que jamais, l'AISS a une contribution unique à apporter pour ce qui est d'améliorer les résultats de la sécurité sociale sur la base de la justice sociale. La conception d'une sécurité sociale dynamique, promue par l'AISS, s'enracine profondément dans la capacité observée des institutions de sécurité sociale d'anticiper les changements sociaux, de répondre aux nouveaux défis, et de gérer de façon efficace et efficiente ses différents programmes. La vision d'une sécurité sociale dynamique constitue un programme pour améliorer l'adéquation de la sécurité sociale et étendre la protection, visant une sécurité sociale pour tous.

La sécurité sociale est un préalable à la réalisation d'un développement plus équitable et plus viable et une condition indispensable pour que les sociétés puissent relever les défis à venir. C'est aussi un facteur essentiel qui contribue à un développement économique national plus équitable dans un contexte de mondialisation et de vieillissement des populations ainsi qu'un facteur essentiel à la cohésion sociale et à la stabilité nationale et internationale.

Suggestions de lecture

AISS. 2007. *Sécurité sociale dans le monde (SSW): Service d'information de l'AISS*. Disponible gratuitement sur www.issa.int/ssw.

McKinnon, R. 2007. «Une sécurité sociale dynamique: orienter le changement et élargir la protection», *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 60, no 2-3.

Sigg, R. 2005. «La sécurité sociale face à son avenir: un plaidoyer pour la confiance», dans Levinsky, R., McKinnon, R. (sous la direction de). *Sécurité sociale: Pour une confiance retrouvée*. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

Maladies professionnelles: des défis nouveaux ou émergents pour l'assurance sociale?

Stefan Zimmer[1]

Introduction

Dans le monde entier, les maladies professionnelles constituent depuis plusieurs décennies un risque couvert par les régimes de sécurité sociale. Elles ne peuvent donc, par définition, être qualifiées de «nouvelles» ou d'«émergentes». On observe toutefois deux nouvelles tendances qui, au niveau mondial, constituent des défis pour les systèmes d'assurance sociale, notamment ceux couvrant les accidents du travail et les maladies professionnelles. La première tendance concerne la recrudescence des maladies «nouvelles» ou de nature controversée, qui sont difficilement imputables au seul milieu de travail (comme les troubles mentaux que présentent certains travailleurs). La deuxième tendance a trait à l'élargissement de la couverture de l'assurance sociale, qui entraîne la prise en charge d'un plus grand nombre de risques liés au secteur informel, non couverts jusque-là. De ce fait, les demandes d'indemnisation pour des maladies de longue latence, présentées par des travailleurs non couverts auparavant, pourraient, dans un futur (relativement proche), générer une lourde charge financière pour les assurances accident, notamment dans les pays en développement.

Définition

La définition légale de la maladie professionnelle varie d'un pays à l'autre. Le terme même de «maladie professionnelle» relève du vocabulaire juridique, et non pas médical (encadré 1).

Encadré 1. *Qu'est-ce qu'une maladie professionnelle?*

En règle générale, on considère comme «maladie professionnelle» toute affection chronique réputée survenir au sein d'un groupe spécifique de travailleurs d'une industrie donnée, dans une proportion significativement plus élevée que dans la population générale. Cette définition englobe également les maladies réputées survenir exclusivement parmi les travailleurs d'une industrie donnée (comme la pneumoconiose des houilleurs). Lorsqu'une pathologie est causée uniquement par des facteurs liés au travail, il n'existe généralement aucun problème pour qu'elle soit reconnue comme maladie professionnelle.

Les causes des maladies professionnelles peuvent être très complexes. Dans de nombreux cas (de plus en plus fréquents), des facteurs liés à l'activité professionnelle se conjuguent à des facteurs externes au milieu de travail pour accroître le risque de morbidité. Il se peut aussi que des facteurs liés au travail aggravent une maladie déjà diagnostiquée. C'est cette multicausalité complexe des maladies professionnelles qui les rendent non seulement difficiles à reconnaître et à recenser, mais aussi très difficiles à prévenir. C'est pourquoi les experts estiment que les maladies professionnelles «nouvelles» ou «de nature controversée» constituent, à l'échelle mondiale, un sérieux défi pour les régimes d'indemnisation des travailleurs.

[1] Fédération allemande des caisses d'assurance contre les accidents du travail dans l'industrie (HVBG), Allemagne.

Données

Selon les dernières estimations du Bureau international du Travail (BIT) relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, on dénombre chaque année dans le monde environ 2,2 millions de décès d'origine professionnelle (BIT, 2005). Les maladies mortelles représentent la part (de loin) la plus importante de ces décès: entre 1,7 et 2 millions de cas par an. Ces statistiques et ces estimations mondiales sont contestables sur le plan méthodologique, mais elles constituent vraisemblablement le seul moyen dont on dispose actuellement pour appréhender un tant soit peu la réalité des maladies professionnelles. Elles permettent au moins de se faire une idée de l'ampleur du problème.

Ce genre de données ne fournit toutefois aucun renseignement sur les types de maladies professionnelles les plus répandues dans les différents pays. Le concept de maladies professionnelles et leur méthode de recensement varient selon les dispositions juridiques et administratives de chaque pays. C'est pourquoi il est difficile, sinon impossible, de comparer des statistiques nationales sur les maladies professionnelles. Ainsi, une maladie très communément reconnue dans un pays A et figurant au premier rang des statistiques nationales peut ne pas être reconnue comme une maladie professionnelle dans un pays B, même si le nombre de victimes y est similaire. A partir d'une comparaison des statistiques nationales des deux pays sur les maladies professionnelles, un lecteur non averti pourrait avoir l'impression que le pays B assure un environnement de travail plus sain en ce qui concerne la maladie spécifique, simplement parce qu'aucun cas n'y a été reconnu ni n'a donné lieu à une indemnisation[2]. C'est pourquoi, selon les chiffres fournis par les organismes d'assurance contre les accidents du travail, on constate que, d'un pays à l'autre, des maladies professionnelles très différentes arrivent en tête des statistiques relatives aux demandes d'indemnisation (tableau 1). Ce serait une grave erreur de vouloir tirer des conclusions hâtives de ces données sur la base de leur prévalence. Le fait qu'un pays reconnaisse relativement plus de cas de perte auditive qu'un autre peut simplement résulter de conditions juridiques et administratives différentes, et non pas du fait qu'un plus grand nombre de travailleurs sont exposés au bruit.

Tableau 1. *Demandes d'indemnisation, pays sélectionnés*

Pays	Premières causes les plus fréquentes des demandes d'indemnisation	Deuxièmes causes les plus fréquentes des demandes d'indemnisation
Allemagne	Maladies de la peau	Maladies du dos/perte auditive
Argentine	Perte auditive	Maladies respiratoires
Chine (République populaire de)	Pneumoconiose (représentant officiellement 80 pour cent de toutes les MP)	Intoxication aiguë ou chronique
Corée (République de)	Troubles musculosquelettiques	Pneumoconiose
Etats-Unis	Entorses, claquages(*)	Blessures/maladies du dos(*)
Portugal	Perte auditive	Maladies dues à d'autres facteurs physiques
Russie (Fédération de)	Maladies respiratoires	Troubles musculosquelettiques
Suède	Troubles musculosquelettiques	Maladies dues à des substances chimiques
Zimbabwe	Pneumoconiose	Sans objet

(*) Les demandes d'indemnisation incluent les accidents du travail.
Sources: Munich Re, 2002; Occupational diseases: How are they covered under workers'compensation systems? Eurogip, 2002: *Les maladies professionnelles dans 15 pays européens.* Paris, Eurogip; AISS, Commission technique d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, 2006: *Compte rendu du IIIe Séminaire sur les maladies respiratoires en Asie.*

[2] Indépendamment du fait qu'une maladie soit reconnue comme liée au travail ou répertoriée comme telle sur une liste nationale, un certain nombre d'autres facteurs sont également à prendre en compte, tels que les sous-déclarations, le manque de moyens diagnostiques adéquats ou des pratiques déficientes en matière de gestion des données (voir Zimmer, 2004).

Premier défi: reconnaître et indemniser les «nouvelles» maladies professionnelles

Le terme «maladie liée au travail» recouvre un champ plus vaste que celui de «maladie professionnelle» puisqu'il se réfère à toutes les maladies dont l'une des causes est le travail (encadré 2). Ce concept englobe à la fois des facteurs liés à l'activité professionnelle et des facteurs exogènes. Selon les estimations du BIT, le nombre de cas de maladies non mortelles liées au travail s'élève à 160 millions par an. Des études sur les maladies professionnelles autodéclarées menées au Royaume-Uni et en Finlande ont montré que, respectivement, 7,3 et 8,3 pour cent des salariés déclarent chaque année au moins une maladie professionnelle entraînant des absences du travail. Si l'on transpose ces résultats à l'échelle de la population mondiale, en supposant que les travailleurs ne sont pas en meilleure santé dans d'autres régions du monde que dans ces deux pays, on en déduit qu'entre 184 et 208 millions de travailleurs souffrent de maladies liées au travail (BIT, 2005).

Encadré 2. *Quelles sont les causes liées au travail?*

D'une manière générale, on peut dire qu'un travailleur qui, sur son lieu de travail, est exposé à des substances susceptibles d'engendrer une maladie pulmonaire, encourt un risque plus élevé si, en plus, il fume. Les facteurs de risque liés à l'activité professionnelle, comme le manque de ventilation, le travail dans un espace confiné ou la chaleur, peuvent accroître le risque de contracter une maladie, au même titre que des éléments externes au milieu de travail, comme la pollution de l'air extérieur ou d'autres facteurs environnementaux. Pour prouver qu'une maladie est liée au travail (comme dans le cas d'une demande d'indemnisation pour maladie professionnelle), il peut s'avérer très difficile, voire impossible, d'identifier et de distinguer les causes liées au milieu de travail et les facteurs exogènes. C'est pourquoi il est très important de définir des doses limites ou des seuils. Etablir de telles valeurs pose toutefois certains problèmes sur le plan scientifique. Le cancer du poumon, par exemple, peut être causé aussi bien par des facteurs liés au travail que par des facteurs exogènes comme le tabagisme ou même une prédisposition génétique. En Allemagne, des seuils ont été définis uniquement pour deux substances reconnues comme causes de cancer du poumon d'origine professionnelle (l'amiante et l'hydrocarbure aromatique polycyclique). Aucun seuil n'a encore été établi pour d'autres facteurs comme la poussière de quartz, l'arsenic, le chrome et le nickel. Le fait que différentes substances carcinogènes puissent avoir des effets concomitants (syncarcinogenèse) complique encore l'identification d'un lien causal entre la maladie et l'exposition au travail. C'est pourquoi cette question fait actuellement l'objet d'études.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que 37 pour cent des cas de douleurs lombaires, 16 pour cent des cas de perte auditive, 13 pour cent des cas de maladie pulmonaire obstructive chronique, 11 pour cent des cas d'asthme et 8 pour cent des blessures sont liés au travail. Les troubles musculosquelettiques et les affections respiratoires comptent au nombre des maladies d'origine professionnelle les plus courantes. Or il est rarement possible de prouver que ces maladies sont causées uniquement par l'activité professionnelle. C'est pourquoi il existe de grandes différences d'un pays à l'autre en ce qui concerne la réponse apportée à ces maladies. Dans de nombreux pays, notamment ceux de l'Union européenne, le tabagisme passif (actuellement reconnu comme maladie professionnelle au Danemark), le syndrome du canal carpien, le stress post-traumatique, la dépression et quelques autres pathologies potentiellement liées au travail sont actuellement au cœur du débat sur les nouvelles maladies professionnelles (tableau 2). Selon les études sur les conditions de travail réalisées par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail *(Eurofound)*, on observe depuis une quinzaine d'années une baisse régulière du nombre de travailleurs européens qui considèrent que leur santé est menacée par leur travail. Mais si l'on s'intéresse à certains risques professionnels spécifiques, notamment ceux qui touchent au bien-être psychologique, on constate que le niveau effectif d'exposition à ces risques soit est resté stable (stress), soit a augmenté (fatigue, maux de tête).

ceux qui touchent au bien-être psychologique, on constate que le niveau effectif d'exposition à ces risques soit est resté stable (stress), soit a augmenté (fatigue, maux de tête).

Tableau 2. *Pourcentage de travailleurs européens dont la santé est affecté par le travail*

	1996 (UE 15) %	2000 (UE 15) %	2001 Pays candidats (PC 12) à l'UE %
Risques généraux en matière de sécurité et de santé au travail	29	27	40
Mal de dos	30	33	34
Stress	28	28	29
Fatigue générale	20	23,2	41
Maux de tête	13	15	20
Problèmes de sommeil	7	7,9	9

Source: www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm.
Union européenne (UE) 15: Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède; PC 12: Bulgarie, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie.

Les spécialistes en sécurité et santé au travail confirment l'accroissement de la part des pathologies liées à la détresse psychologique dans les maladies d'origine professionnelle. Une étude réalisée en Allemagne en 2004 par des experts en sécurité du travail a montré que 31 pour cent des maladies relevées étaient de nature physique et 43 pour cent de nature psychique. Il y a à peine cinq ans, ces pourcentages étaient inversés[3].

En dépit du large consensus sur l'émergence des pathologies psychiques liées au travail, la façon dont elles sont indemnisées en tant que maladies professionnelles varie selon les pays. Les pays qui reconnaissent la détresse psychologique comme une maladie professionnelle (Belgique, Danemark, France, Italie, Portugal et Suède) ont enregistré une hausse des demandes d'indemnisation au cours des dernières années (voir tableau 3). Dans d'autres pays, il n'existe pas de consensus sur la possibilité d'établir un lien causal entre la maladie et l'activité professionnelle.

Tableau 3. *Nombre de pathologies psychiques liées au travail qui sont indemnisées comme maladies professionnelles*

Pays	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Belgique	0	0	0	0	0	0	2	2
Danemark	3	9	8	18	11	38	32	119
France	0	0	0	0	2	6	6	14
Italie	0	0	0	0	0	0	12	12
Portugal	Pas de données	Pas de données	14	24	27	21	19	105
Suède	55	39	39	77	99	148	177	634

Source: Eurogip, 2004: Pathologies psychiques liées au travail: quelle reconnaissance en Europe? Paris.

[3] www.iga-info.de/pdf/reporte/iga_report_5.pdf.

Pour compliquer encore les choses, le débat récemment exacerbé autour des nouvelles maladies professionnelles s'alimente non seulement d'éléments scientifiques, mais aussi d'aspects sociaux et politiques. Les intérêts particuliers des divers acteurs intéressés (syndicats, employeurs, praticiens de la santé, juristes) jouent un rôle très important, tout comme les tendances en matière de style de vie (bien-être) et les possibilités offertes par les médias quant à la diffusion de l'information. Certains spécialistes estiment même que l'émergence de ce que l'on appelle les «nouvelles maladies» est la conséquence directe de l'introduction de nouvelles technologies dans le monde du travail[4]. A partir de là, on est en droit de se demander si l'on doit supposer que ces maladies «nouvelles» ou de nature controversée disparaissent et réapparaissent en fonction des évolutions technologiques.

Le terme maladie professionnelle «nouvelle» ou «émergente» est utilisé pour des types de maladie très différents à travers le monde. Au-delà du contexte européen, nous constatons que, dans les pays développés comme dans les pays en développement, ce sont différentes catégories de maladies d'origine professionnelle qui posent aujourd'hui les plus grands défis. Les résultats d'une étude menée par l'AISS en 2003 montrent que la maladie professionnelle qui représente le principal défi au Zimbabwe est la pneumoconiose, suivie par la maladie du charbon et le saturnisme; au Rwanda, c'est la silicose, maladie qui affecte également 37 pour cent des mineurs d'Amérique latine. En République arabe syrienne, ce sont les cancers qui sont considérés comme le plus grand défi pour la prochaine décennie. Le cancer devrait aussi constituer le plus grand défi en Argentine, tout comme le mal de dos et les maladies professionnelles liées à des facteurs psychologiques. Au Japon, les «karoshi», cas de suicides liés au durcissement des conditions de travail (dans les conjonctures économiques positives comme dans les périodes de crise) sont devenus une source majeure de préoccupation, notamment aux niveaux hiérarchiques les plus élevés (Zimmer, 2004).

Dans les pays de l'Union européenne et au Japon, le débat sur les «nouvelles» maladies semble être focalisé sur les troubles mentaux liés au travail, mais on aurait tort de croire que le stress, l'épuisement professionnel et la dépression ne touchent que les pays hautement industrialisés ou les pays à revenu élevé. Les affections neuropsychiatriques sont en fait les principales causes d'incapacité dans toutes les régions du monde, puisqu'elles représentent 37 pour cent des années de vie saine perdues du fait d'une incapacité (AVI) parmi les adultes de 15 ans et plus. Selon une étude internationale sur les maladies et leurs facteurs de risque couvrant la période 1990-2001, la dépression est, dans le monde entier, la principale cause d'incapacité chez les hommes comme chez les femmes. Cette même étude révèle que «plus de 85 pour cent de la charge de morbidité résultant de pathologies non mortelles est concentrée dans les pays à revenu bas ou moyen et que l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne représentent 40 pour cent de toutes les AVI»[5]. Or, dans la plupart des cas, ces pays sont précisément ceux qui comptent les taux les plus faibles de travailleurs couverts par une assurance accident, ce qui pose un autre défi.

Deuxième défi: couvrir le secteur informel

Sur le plan juridique, le terme «maladie professionnelle» ne s'applique qu'aux maladies liées au travail ouvrant droit à une indemnisation. Pour être indemnisé au titre d'une pathologie d'origine professionnelle, un salarié doit, par définition, être couvert par une caisse d'indemnisation des salariés ou un régime d'assurance accident. En termes d'indemnisation, les maladies liées à une activité économique réalisée dans le secteur informel (et donc non couvertes) ne sont généralement pas incluses dans les statistiques nationales sur la sécurité et la santé au travail. La plupart des travailleurs du secteur informel ne sont pas couverts contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et n'ont donc droit à aucune indemnisation. Ils représentent pourtant, dans de nombreux pays, la part de loin la plus importante de la population active nationale (tableau 4).

[4] Voir Ericson, R.; Doyle, A. 2004: *Uncertain Business. Risk, Insurance, and the Limits of Knowledge.* Toronto, University of Toronto Press. Cette hypothèse conduit à se poser certaines questions intéressantes et quelque peu dérangeantes: par exemple, le syndrome du canal carpien et les douleurs digitales liées à l'usage de la souris d'ordinateur (symptômes concomitants d'un travail assidu sur ordinateur) sont-ils en fait des phénomènes totalement nouveaux? Ne sont-ils pas plutôt une réaction aux nouvelles technologies de l'ère numérique, de la même façon que la »crampe des télégraphistes» pourrait être interprétée comme une réaction aux nouvelles technologies de la fin du XIXe siècle?

[5] Lopez, A. D.; Mathers, Colin D. et coll. 2006: *Measuring the global burden of diseases and risk factors*, 1990-2001, dans Lopez, A. D.; Mathers, Colin, D. et coll.: *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Washington, DC, Oxford University Press et Banque mondiale.

Tableau 4. *Pourcentage de travailleurs couverts par un régime d'indemnisation*

Pakistan	Egypte	Bangladesh	Inde	Venezuela	Chine	Thaïland	Colombie
2,3%	9,11%	10%	10%	12%	12,3%	15,7%	31%

Source: BIT, 2006.

Selon les études internationales, la proportion de travailleurs actifs dans l'économie informelle dépasserait rarement 10 pour cent dans les pays industrialisés, mais pourrait atteindre 70 pour cent dans le monde en développement, où, dans certains cas, ces travailleurs apportent la contribution la plus importante au produit intérieur brut[6].

On lit souvent, et les experts internationaux en sécurité sociale le mentionnent dans presque tous leurs exposés, qu'environ 80 pour cent de la population mondiale vivent sans couverture sociale adéquate. De nombreux pays consacrent de gros efforts à l'extension de leur couverture sociale, y compris dans le domaine de l'assurance contre les accidents du travail. En République populaire de Chine, par exemple, 90 millions de travailleurs (20 millions de plus qu'il y a seulement deux ans) étaient déjà couverts en 2006, et l'objectif national est d'en couvrir 140 millions d'ici à 2010. Parmi les 90 millions de travailleurs officiellement couverts, on compte 19 millions de travailleurs ruraux migrants, ce qui représente une faible part d'une population qui constitue la majorité des travailleurs informels en Chine[7]. Le rapide élargissement de la couverture sociale est une bonne chose pour les travailleurs, du secteur formel comme de l'économie informelle, mais cet accroissement potentiel des futures demandes d'indemnisation constitue un défi pour la capacité financière du système de sécurité sociale. La République populaire de Chine est actuellement confrontée à une hausse du nombre des demandes d'indemnisation au titre de maladies professionnelles, notamment de la part de travailleurs qui, jusqu'à une date récente, n'étaient pas couverts par le système. Etant donné que les affections pulmonaires sont d'ores et déjà les maladies professionnelles les plus fréquentes en République populaire de Chine et que certaines d'entre elles peuvent avoir une longue période de latence (s'étendant même sur des décennies), il est très probable que, dans dix ou vingt ans, les travailleurs actuellement exposés aux poussières dans les mines de charbon ou à l'amiante sur les chantiers navals soient amenés à présenter une demande d'indemnisation au titre d'une maladie professionnelle. Par conséquent, des mesures doivent être prises dès maintenant en vue de constituer des réserves suffisantes pour les futures demandes de prestations.

Le cas de la République populaire de Chine, avec ses millions de travailleurs migrants et informels, n'est qu'un exemple de ce qui, au cours des prochaines décennies, pourrait constituer un défi majeur pour les régimes d'indemnisation des travailleurs sur le plan des maladies professionnelles. Afin de ne pas être prises au dépourvu par la croissance rapide du volume des demandes d'indemnisation, les assurances accident, notamment dans les pays en développement et les pays en transition, doivent prendre les précautions nécessaires, et ce dès maintenant. L'élément le plus important, qui donnera aussi les meilleurs résultats en terme de coûts, est la prévention.

Comment répondre à ces défis?

Prévenir les maladies de longue latence n'est pas chose facile. Il arrive en effet qu'une maladie soit identifiée de nombreuses années après que des personnes l'ont contractée pour la première fois. C'est le cas, par exemple, pour les maladies causées par l'exposition à l'amiante[8] (encadré 3).

[6] Rosenstock, L.; Cullen, M.; Fingerhut, M. 2006: *Occupational health*, dans Jamison, D.T. et coll.: *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC, Oxford University Press et Banque mondiale.

[7] On estime qu'il y a entre 140 et 190 millions de travailleurs migrants ruraux en République populaire de Chine.

[8] Voir Commission spéciale de prévention de l'AISS, 2004: *Déclaration sur l'amiante*, Beijing, www.issa.int/pdf/GA2004/1DeclarationAsbestos.pdf.

Encadré 3. *Amiante*

Les travailleurs exposés à l'amiante encourent un risque accru de contracter deux principaux types de cancer: le cancer du tissu pulmonaire lui-même et le mésothéliome, un cancer qui touche la fine membrane enveloppant les poumons et les autres organes internes. Ces maladies ne se développent pas immédiatement après l'exposition à l'amiante, mais elles apparaissent après plusieurs années. Une trentaine d'années peuvent s'écouler entre l'exposition initiale à l'amiante et l'apparition des premiers symptômes de la maladie, ce qui constitue une véritable bombe à retardement dans tous les pays où les travailleurs ne sont toujours pas protégés contre ce risque. On estime qu'environ 100 000 travailleurs dans le monde meurent chaque année des conséquences de leur exposition à l'amiante sur leur lieu de travail. En dépit de ces conséquences dramatiques pour la santé humaine et des menaces qu'elles font peser sur les économies nationales, on continue de produire 2,5 millions de tonnes d'amiante par an.

A l'heure actuelle, nous savons combien de vies et d'argent pourraient être épargnés si l'on appliquait, plus tôt et de façon plus stricte, des mesures préventives contre l'exposition à l'amiante. Comment pouvons-nous, à l'avenir, repérer et éviter la survenue d'un nouveau problème similaire à celui de l'amiante? Les nanotechnologies renfermeraient-elles des dangers pour les travailleurs, comparables à ceux de l'amiante, mais pas encore mis au jour? L'accroissement de la part des pathologies mentales liées au travail donnera-t-il lieu à une hausse tout aussi importante des futures demandes d'indemnisation? Comme indiqué plus haut, le stress et l'épuisement professionnel sont reconnus comme des maladies professionnelles dans certains pays, mais pas dans d'autres. Cela n'a pas empêché qu'au sein de l'Union européenne, les partenaires sociaux se soient mis d'accord, tant à l'échelon national qu'international, sur l'adoption de mesures destinées à prévenir ces maladies[9].

Dans les pays où certains risques ne sont pas couverts par l'assurance sociale, celle-ci peut néanmoins se donner pour mission de tout faire pour prévenir ces mêmes risques. Cela prouve bien que la prévention «paie» même sur ces marchés, dans la mesure où elle contribue à éviter des dépenses sociales plus élevées. En Allemagne, par exemple, les organismes d'assurance accident sont tenus par la loi de prévenir tous les risques sanitaires d'origine professionnelle, y compris ceux qui ne sont pas reconnus légalement comme des «accidents du travail» ou des «maladies professionnelles»[10]. Une telle mesure bénéficie d'ailleurs aux autres régimes d'assurance, comme l'assurance retraite et l'assurance maladie générale, puisque, grâce à l'efficacité de la prévention organisée par l'assurance accident, moins de travailleurs sont malades ou demandent une retraite anticipée. Les organismes d'assurance accident peuvent aussi recourir à un système de rabais et de primes pour inciter les employeurs à s'impliquer dans les actions de prévention. Lorsqu'un employeur, subventionné au moyen d'une réduction de ses cotisations à l'assurance accident, investit pour une meilleure sécurité sur les lieux de travail, cela peut s'avérer bénéfique autant pour les salariés que pour l'entreprise. Même les régimes d'assurance accident créés ou réformés récemment appliquent cette stratégie, comme le montre l'exemple de la République populaire de Chine. Au final, on constate que le fait de lier la prévention à l'indemnisation par l'assurance accident permet d'instaurer des mécanismes efficaces qui non seulement réduisent les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais aussi incitent les employeurs à renforcer les activités de prévention au niveau de l'entreprise. Ainsi, la prévention «paie» à double titre. C'est la stratégie la plus appropriée pour faire face aux défis grandissants posés par les «anciennes» et les «nouvelles» maladies professionnelles, et ce dans le monde entier.

[9] L'accord-cadre sur le stress lié au travail a été signé en 2004 par les fédérations syndicales et patronales européennes, voir: ec.europa.eu/employment_social/news/2004/oct/stress_agreement_en.pdf.

[10] Les organismes allemands d'assurance accident sont tenus par une loi fédérale de «prévenir les accidents du travail, les maladies professionnelles et les risques sanitaires d'origine professionnelle en utilisant tous les moyens appropriés», voir: www.hvbg.de/e/pages/praev/index.html.

Conclusion

Les maladies «nouvelles» ou de nature controversée constituent dans le monde entier une menace émergente pour les régimes d'assurance accident.

- Les études internationales montrent que la proportion des pathologies psychiques liées au travail est en augmentation.
- De plus en plus de pays autorisent l'indemnisation des pathologies psychiques au titre de maladies professionnelles.
- Les effets concomitants de facteurs d'origine professionnelle et de facteurs externes au milieu de travail sur l'apparition de ces maladies constituent une source de problèmes (établissement d'un lien causal entre la maladie et ces différents facteurs, définition de seuils d'exposition).

L'élargissement de la couverture de l'assurance sociale entraîne l'inclusion de risques qui jusque-là n'étaient pas couverts.

- Dès lors qu'ils sont couverts, les travailleurs du secteur informel exposés à des risques sanitaires peuvent présenter des demandes d'indemnisation au titre d'une maladie professionnelle.
- Les organismes d'assurance accident doivent se préparer dès maintenant en constituant des réserves adéquates et, surtout, en intensifiant les mesures de prévention.

En résumé, la prévention est la meilleure (et peut-être la seule) stratégie permettant de relever les deux défis décrits ci-dessus.

- Les régimes d'assurance accident jouent un rôle important dans la promotion de la prévention au niveau des entreprises.
- Les entreprises qui affichent de bons résultats en termes de sécurité et de santé au travail peuvent se voir accorder des rabais sur leurs cotisations aux organismes d'assurance accident.
- Les organismes d'assurance obtiennent un retour sur investissement sous la forme d'une réduction des sommes à verser au titre des pensions.
- Par conséquent, la prévention est rentable autant pour les employeurs et les travailleurs que pour les organismes d'assurance accident.

Suggestions de lecture

BIT. 2006. Sécurité et santé au travail: profils nationaux. Genève, Bureau international du Travail, www.ilo.org/public/english/protection/safework/worldday/products06/report06_profiles_fr.pdf.

BIT. 2005. «Decent work – safe work», rapport introductif à la XVIIe session du Congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail. Genève, Bureau international du Travail, www.ilo.org/public/english/protection/safework/wdcongrs17/intrep.pdf.

Munich Re Group. 2002. *Occupational Diseases. How are they covered under workers' compensation systems?* Munich, Munich Re. www.munichre.com/publications/302-03056_en.pdf.

Zimmer, S. 2004. «Problèmes et défis auxquels sont confrontés les régimes obligatoires d'assurance contre les accidents concernant les maladies professionnelles: déclaration, enregistrement et statistiques», dans 28e Assemblée générale de l'AISS, 2004: *Comptes rendus,* www.issa.int/pdf/GA2004/1zimmer.pdf.

Invalidité: des lignes d'action nouvelles face à l'augmentation de la demande de prise en charge

Rienk Prins[1]

Introduction

Bien que l'on ne dispose pas de chiffres précis et comparables sur l'invalidité pour tous les pays, on peut affirmer que c'est *un problème qui prend de plus en plus d'ampleur*. Dans les pays développés, les statistiques de la sécurité sociale et les enquêtes montrent une augmentation de la proportion des personnes prises en charge pour cause d'invalidité. Dans les pays en développement, les données très insuffisantes que l'on peut trouver révèlent une sous-estimation de la proportion de la population handicapée. Nul doute que l'amélioration de l'information statistique ne fasse mieux apparaître l'étendue et les divers aspects du problème dans ces pays.

L'invalidité est un problème critique pour la société. Elle ferme plus ou moins l'accès à la vie sociale, à la formation et à l'emploi et engendre une situation de dépendance par rapport aux dispositifs de sécurité sociale et de prise en charge. Longtemps, elle a été considérée avant tout comme un état médical, un problème dont la cause résidait chez les individus. Depuis quelques années, c'est au contraire *une vision sociale de l'invalidité* qui s'est développée. Dans cette optique, la distinction est faite entre l'incapacité physique ou mentale et le handicap que celle-ci constitue sur le plan social, en raison de la difficulté qu'a la société à admettre l'existence, chez les individus, de différences auxquelles il faut faire une place et par l'effet des barrières que construisent les mentalités, les institutions ou le milieu.

Dans les pays en développement, les grandes causes d'invalidité sont d'abord *la pauvreté* et la sous-alimentation. Ce sont aussi les conflits (avec le problème des mines notamment) et les accidents des transports et de la circulation. Un nombre croissant de personnes sont touchées de nos jours par *le VIH-sida*, qui est une cause d'invalidité et qui a d'autre part des effets particulièrement lourds quand il frappe des handicapés. Les personnes atteintes sont très mal informées des mesures de protection à prendre et des services qui peuvent les aider. Dans beaucoup de pays en développement, l'affection prend un caractère invalidant en raison de la discrimination qui s'exerce à l'encontre des personnes concernées (Thomas, 2005). Il est rare que l'on évoque, dans les campagnes antisida, les besoins des handicapés.

La population handicapée souffre dans les pays en développement de multiples désavantages, qu'il s'agisse des possibilités d'instruction dans le cas des enfants, des possibilités de formation ou d'emploi, de l'accès aux services de santé et de réadaptation (y compris l'appareillage), de l'accès à l'information et à la communication. Dans le domaine de la voirie et des transports publics, les besoins des handicapés sont bien souvent négligés. Communément jugés et traités comme des personnes sans nul potentiel, pour qui il n'y a rien à faire, les handicapés se heurtent dans la société à de véritables murs.

[1] AStri Research and Consultancy Group, Pays-Bas.

Importance du problème

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on peut considérer de façon générale que 10 pour cent de la population souffrent de handicaps. Les statistiques et les enquêtes semblent indiquer que la proportion est moindre dans les pays en développement; l'estimation pourrait être faussée cependant par les difficultés d'observation (détection des cas, collecte des données). L'information que l'on possède sur *la prévalence de l'invalidité* comporte de multiples limitations. Les définitions et les classifications utilisées ne sont pas les mêmes dans tous les pays, ce qui se traduit par d'importantes différences dans les chiffres. Dans les pays en développement, il est souvent difficilement possible de recueillir des données précises sur le nombre des cas d'invalidité, leur répartition géographique, les formes d'invalidité, les causes, etc.

Une chose est sûre: *le problème prend une ampleur croissante*. Le monde est entré dans une phase de transition démographique: de plus en plus de gens vont atteindre un âge avancé où les problèmes de santé s'accroissent généralement. Comme le montrent les statistiques dans beaucoup de pays développés, c'est aussi la proportion des personnes prises en charge pour cause d'invalidité qui augmente. Les chiffres et la progression qu'ils révèlent peuvent différer beaucoup selon les pays (Kemp et coll., 2006). Une étude récente portant sur six pays fait apparaître (pour 2002) une augmentation modérée du nombre des personnes attributaires d'une pension d'invalidité (pour mille assurés) en Allemagne, en Belgique, au Canada et en Suisse et une augmentation nettement plus marquée aux Pays Bas et en Suède (Prins, 2006).

C'est un phénomène qui présente un caractère plus ou moins irréversible et qui ne s'explique pas uniquement par la progression du nombre des attributaires de prestations. On constate dans la plupart des pays développés que très peu nombreuses sont les personnes qui, admises à bénéficier d'une prestation, *sortent un jour du système de prise en charge* (OCDE, 2003). Dans beaucoup de pays, on n'enregistre de sorties (en nombre modéré) que dans les groupes d'âge les plus jeunes. La principale cause de cessation de la prise en charge est l'âge, les bénéficiaires de prestations d'invalidité atteignant l'âge légal ouvrant droit à la pension de vieillesse.

Parallèlement à l'augmentation du nombre des personnes frappées d'invalidité, on observe une modification des *formes de l'invalidité*. Dans les pays en développement, le problème majeur devient moins celui des maladies infectieuses que celui des maladies chroniques; ce sont elles, de plus en plus, qui sont une cause d'incapacité et exigent une prise en charge (Thomas, 2005). Dans les pays développés, une évolution se produit aussi. Dans beaucoup, les statistiques montrent que la principale cause d'invalidité est constituée non plus par les troubles musculo-squelettiques mais par les troubles mentaux, problèmes de santé mentale ou troubles qui peuvent avoir notamment leur origine dans la vie professionnelle (organisation du travail, conditions de travail). C'est aujourd'hui l'un des grands problèmes auxquels les régimes d'invalidité et la prévention doivent répondre.

La sécurité sociale et l'invalidité

Face au problème de l'invalidité, la sécurité sociale a un rôle important à jouer, qu'il s'agisse de réduire ou de soulager la pauvreté que l'invalidité risque d'entraîner ou de la combattre sur le plan de la prévention. Les dispositifs mis en œuvre peuvent prendre des formes diverses: régimes classiques comme l'assurance sociale (pensions d'invalidité), filets sociaux de sécurité, prestations financées par l'impôt (prestations familiales par exemple), prestations en nature (comme l'appareillage), aide sociale (Mitra, 2005). Pour les pays en développement, la formule des *filets sociaux de sécurité* est peut-être la plus facile à appliquer. Il s'agit alors de concevoir et de mettre en œuvre des dispositifs qui s'étendent aux personnes handicapées, en prenant en compte de ce point de vue une série de problèmes: problèmes de communication, possibilités physiques et sociales d'accès à la protection, champ d'application, impact sur la pauvreté et l'inégalité.

L'augmentation du nombre des personnes attributaires de prestations d'invalidité pose un *double problème*. D'une part, c'est, pour la société, pour les finances publiques, une lourde charge qui s'accroît de façon déséquilibrée, d'autant plus que les personnes indemnisées touchent les prestations plus tôt et plus longtemps. D'autre part, le phénomène se répercute sur le marché du travail, les travailleurs pris en charge étant autant de travailleurs qui cessent d'exercer une activité avant l'âge légal de la retraite. Face à cette situation, il convient d'appliquer une politique sociale plus active, en conciliant deux exigences qui peuvent s'opposer: compenser d'un côté la perte de la capacité de gain qu'entraîne l'invalidité; assurer de l'autre la réintégration dans l'emploi (Marin et coll., 2004; OCDE, 2003). Selon le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), on ne peut plus se contenter de formules passives d'indemnisation; il faut lier les prestations à des mesures de réinsertion qui encouragent la participation à la vie économique et sociale.

C'est dans ces deux directions que l'augmentation du nombre des personnes durablement prises en charge conduit à agir dans le cadre même de la sécurité sociale, d'une part grâce à des mesures visant *à adapter ou à réformer les régimes d'assurance sociale*, d'autre part grâce à des mesures visant *à mieux assurer le retour au travail*. Une profonde réforme du régime d'invalidité a été ainsi conduite aux Pays-Bas. Jusqu'en 2006, une indemnisation était assurée en cas de perte ou de diminution du revenu professionnel. Avec le nouveau dispositif, elle ne l'est plus qu'en cas d'incapacité totale de travail. Les personnes toujours aptes à exercer une certaine activité n'ont plus droit aux prestations et doivent en principe trouver avec l'employeur le moyen de continuer à travailler, en bénéficiant de mesures d'aide.

Dans les pays nordiques aussi, les réformes sont marquées par le souci *d'appliquer des critères plus stricts et d'élargir l'action de réinsertion dans l'emploi*. La Suède a institué pour les jeunes handicapés une nouvelle prestation qui vise à renforcer leurs capacités de réaction et à les préparer psychologiquement à exercer une activité. En Finlande, la réforme fait une grande place à une intervention précoce, comportant une évaluation des capacités fonctionnelles, et à la réadaptation professionnelle. Ces réformes, comme d'autres ailleurs, privilégient l'idée qu'il faut axer les interventions non sur l'incapacité de travail mais sur les capacités qui demeurent, en s'attachant à les renforcer.

Des actions sont menées depuis longtemps déjà au niveau national, régional ou international pour répondre aux problèmes de l'invalidité dans les pays en développement. Malgré cela, la situation des handicapés n'évolue qu'assez lentement, et la tâche reste immense. Bien que les handicapés soient nombreux parmi la population pauvre, il s'en faut qu'il leur soit toujours fait une place dans les programmes de lutte contre la pauvreté.

Mobilisation des efforts dans les pays en développement

Des voies nouvelles ont été ouvertes dans *les pays en développement*, et des pratiques qui ont fait leurs preuves ont été mises en œuvre. Un grand nombre d'institutions ou d'organisations se sont créées depuis une dizaine d'années, qui s'attachent à répondre aux besoins des personnes handicapées dans les villes ou les zones rurales. Des organisations de handicapés et des comités de coordination se constituent dans beaucoup de pays; des réunions se tiennent; des réseaux régionaux se mettent en place. L'attention se concentre, quant aux voies à suivre, sur les programmes de formation, de réadaptation et d'autonomisation établis au niveau local.

Les *programmes supranationaux* jouent un rôle important. On peut mentionner par exemple celui qui a été lancé dans le cadre de la Deuxième décennie Asie-Pacifique pour les handicapés (2003-2012). L'objectif est de créer, pour ceux-ci, «une société fondée sur des droits, qui ne dresse pas de barrières mais fasse place à tous».

Le programme fixe des principes directeurs pour la région. Il insiste sur le rôle des organisations de handicapés et des associations de parents ou de proches, vues comme des «agents du changement» particulièrement qualifiés pour déterminer les mesures à prendre et veiller à leur application.

La prévention de l'invalidité et l'action en faveur des personnes handicapées doivent avoir pour *cadre général* l'action plus large contre la pauvreté et la faim. Elles passent aussi par la formation, principal moyen de mettre en valeur le potentiel des handicapés. Dans ce cadre, il importe notamment de réduire la mortalité infantile, de lutter contre le VIH-sida et d'autres affections et de promouvoir l'égalité de genre.

Lignes générales d'action

Face à l'augmentation du nombre des personnes qui doivent être prises en charge par la sécurité sociale pour cause d'invalidité, une série de *grandes mesures* ont été adoptées dans les pays développés afin d'enrayer la tendance. Sans vouloir être exhaustif, on indiquera les lignes d'action suivies, dans les pays de l'Union européenne principalement, et les enseignements qu'il est possible d'en tirer.

Il convient de mentionner d'abord deux formes importantes d'intervention: la formation professionnelle et l'adaptation des emplois. *La formation* est un moyen couramment employé pour certaines catégories de handicapés, notamment ceux qui souffrent de déficiences visuelles, auditives ou intellectuelles (difficultés d'apprentissage). Pour d'autres catégories, en particulier pour les personnes souffrant de déficiences mal caractérisées (de troubles mentaux surtout), les programmes spéciaux de formation semblent plus rares. La formation fait souvent partie d'un programme d'accompagnement comprenant différentes interventions. L'*adaptation des emplois* porte le plus souvent sur le régime du travail, l'horaire de travail principalement; elle peut porter d'autre part sur l'aménagement ergonomique des postes, lequel peut être réalisé par les services publics de l'emploi ou par les organismes d'assurance sociale. Les aménagements nécessaires (accessibilité du lieu de travail, moyens de travail) ne sont pas nécessairement très coûteux.

Pour encourager l'emploi des personnes handicapées et prévenir la discrimination, les Etats peuvent agir *sur le plan législatif*, comme l'ont fait les Etats-Unis avec la loi sur les Américains handicapés ou le Royaume-Uni avec la loi sur la discrimination contre les handicapés. La législation et les dispositions visant à favoriser la diversité humaine dans l'entreprise peuvent rendre les employeurs attentifs aux règles à observer quant aux conditions exigées pour les emplois afin de satisfaire à la loi et de ne pas s'exposer à des actions en justice de la part des travailleurs pour discrimination en matière de recrutement, d'emploi ou de promotion. Certains pensent que la législation risque de ne pas avoir par elle même un effet incitatif suffisant et qu'il convient de prévoir, pour améliorer les chances des personnes handicapées sur le marché du travail, des aides ou des primes en faveur des employeurs.

On se préoccupe de plus en plus dans différents pays de l'Union européenne des mesures à adopter face aux invalidités causées par des *troubles mentaux*. Ces mesures, sur lesquelles on travaille encore, sont de trois sortes: détection précoce des cas, réintégration dans l'emploi, dispositions administratives (Prins, 2006). Pour la *détection précoce* des individus ou des groupes à risque, on a mis au point des listes de contrôle à l'usage des médecins du travail et des méthodes d'analyse des données de la sécurité sociale. Pour assurer la *réintégration dans l'emploi*, on a conçu des instruments spéciaux, comme les directives sur le retour au travail à l'usage des employeurs et des salariés aux Pays-Bas. Au Royaume-Uni, des études pilotes ont montré que le *case management* est un moyen particulièrement prometteur d'éviter des prises en charge de longue durée au titre de l'invalidité. Il est pratiqué avec le concours d'un travailleur qui sert d'intermédiaire entre le travailleur atteint de troubles et son supérieur ou l'employeur et qui pilote et facilite la communication. En ce qui concerne les *dispositions administratives* adoptées par les organismes d'assurance sociale, il faut mentionner l'élaboration

de directives pour l'évaluation des troubles mentaux, comme les directives pour l'évaluation du syndrome de fatigue chronique en Belgique. Ces directives doivent souvent servir non seulement à établir le droit à la pension d'invalidité, mais aussi à déterminer la nature des mesures de réadaptation nécessaires.

Dans plusieurs pays, des moyens nouveaux d'intégrer les personnes handicapées dans la vie sociale et l'activité économique sont expérimentés. En Allemagne, en Finlande et en Norvège des *entreprises sociales* ont été mises en place, qui opèrent dans les conditions du marché mais emploient un nombre important de travailleurs handicapés (30 pour cent de l'effectif au minimum en Finlande). Une chaîne de supermarchés a été lancée en Allemagne selon le même principe. Les premiers résultats de ces initiatives, nouvelles encore, se révèlent positifs.

Parmi ces moyens nouveaux, il faut mentionner aussi les *plans autonomes de réadaptation*. Le système consiste à remettre à la personne handicapée un bon de réadaptation ou à lui accorder un crédit et à lui laisser le soin d'établir elle-même son plan de réadaptation et de recherche d'un emploi, de s'assurer elle-même l'assistance nécessaire, l'organisme administratif restant en retrait. Des expériences prometteuses ont été faites aux Etats-Unis avec le «billet pour l'indépendance» et aux Pays-Bas avec le crédit personnel de réinsertion; lancée à l'échelle nationale, la formule a permis d'obtenir dans le second de ces pays des taux de placement supérieurs à ceux auxquels arrivent les programmes classiques de réadaptation.

On peut relever que les *organisations d'auto-assistance* pour les personnes handicapées dans les pays en développement procèdent, dans un contexte plus difficile, de la même démarche. En l'absence de services auxquels les handicapés puissent s'adresser, des associations locales prennent avec eux l'initiative de contacter les employeurs pour trouver des possibilités d'emploi.

Perspectives

Face à l'augmentation du nombre des personnes à la charge de la sécurité sociale pour cause d'invalidité, beaucoup de pays travaillent encore à mettre en place les mesures qu'ils jugent nécessaires. D'autres ont déjà une expérience de plusieurs années, aux aspects positifs ou négatifs. Les mesures qui visent *à réduire le nombre des personnes admises dans le dispositif d'indemnisation*, en resserrant les conditions de prise en charge, par exemple, ou en revoyant les critères d'évaluation de l'invalidité, ont donné des résultats dans des pays tels que les Pays-Bas. Il faut bien voir cependant que les personnes handicapées peuvent devenir alors tributaires, si elles n'ont plus d'emploi, d'autres prestations, chômage ou aide sociale par exemple.

Les mesures qui doivent conduire les personnes prises en charge *à sortir du dispositif d'indemnisation* se révèlent plus complexes. Le réexamen des cas et l'application de nouvelles conditions, plus rigoureuses, peuvent entraîner la cessation de la prise en charge. Les mesures dites d'«activation», comme les mesures axées sur le retour au travail au Royaume-Uni ou la formule des prestations de réadaptation en Finlande, donnent des résultats encourageants. Encore une fois, le resserrement des conditions de prise en charge ou le réexamen des cas selon des critères plus stricts ne règlent pas forcément le problème.

Les personnes qui ne bénéficieront plus alors des prestations d'invalidité devront recevoir, si leur état médical n'évolue pas et si elles n'ont pas d'emploi, des prestations d'une autre source.

Encadré. *Droit aux prestations: réexamen des cas aux Pays-Bas*

Aux Pays-Bas, les cas des bénéficiaires de prestations d'invalidité âgés de moins de 45 ans ont été réexaminés selon des critères plus stricts conformément aux nouvelles dispositions adoptées. Les statistiques indiquent qu'environ 35 pour cent d'entre eux ont vu leur prestation supprimée (pour des cas d'invalidité totale ou partielle). A l'époque, deux tiers des personnes dans ce cas n'avaient pas d'emploi. Une année plus tard, malgré les mesures de réadaptation et de réinsertion, 20 pour cent seulement d'entre elles avaient retrouvé du travail; les autres touchaient le chômage ou l'aide sociale.

Dans les pays de l'Union européenne, les mesures considérées ici s'intègrent dans *la politique générale en faveur de l'emploi et de l'inclusion sociale*. Les dispositions qui doivent encourager l'emploi des personnes handicapées se fondent de plus en plus dans des dispositions qui visent toutes les catégories vulnérables sur le marché du travail, tels les chômeurs d'un certain âge, les mères ou les pères seuls, les immigrés ou les membres des minorités ethniques. C'est le cas par exemple en Belgique ou au Royaume-Uni. Les dispositions prévues le sont alors pour ces autres catégories comme pour les handicapés, ce qui introduit un élément de concurrence et peut en réduire l'étendue d'application ou l'impact pour les handicapés.

Suggestions de lecture

Kemp, P.A.; Sunden, A.; Bakker Taurits, B. (sous la direction de). 2006. *Sick societies? Trends in disability benefits in post-industrial welfare states.* Genève, AISS.

Marin, B.; Prinz, C.; Queisser, M. (sous la direction de). 2004. *Transforming disability welfare policies: Towards work and equal opportunities*, série «Public Policy and Social Welfare», vol. 29. Aldershot.

Mitra, S. 2005. *Disability and social safety nets in developing countries*, Social Protection Discussion Paper, n° 0509. Washington, DC, Banque mondiale.

OCDE. 2003. *Transformer le handicap en capacité*. Paris.

Prins, R. 2006. «Mental health problems and disability pensions: Trends and measures in a cross-national perspective», dans *Journal of Public Health*, vol. 14, n° 6, pp. 371-375.

Thomas, P. 2005. *Disability, poverty and the Millennium Development Goals: Relevance, challenges and opportunities for DFID*. Disability KaR (Knowledge and Research), UK Department for International Development.

Activation et réintégration des chômeurs par le Case Management

Alexandra Van Neyen[1]

Introduction

Bien que le Case Management ne soit pas un concept nouveau, il y a relativement peu de temps que l'utilisation du terme s'est répandue et que cette démarche est appliquée à un large éventail de domaines.

Confrontés à un chômage persistant et de longue durée et à l'augmentation des dépenses d'indemnisation ces dernières décennies, plusieurs pays industrialisés ont engagé de vastes réformes pour proposer des services de l'emploi plus proactifs afin de prévenir le chômage de longue durée. Cette approche individualisée des demandeurs d'emploi, qui met davantage l'accent sur leurs droits et obligations est apparue aux Etats-Unis au début des années quatre-vingt-dix.

Le Case Management a été adapté pour être appliqué à des domaines très divers, tels que les soins communautaires aux personnes âgées, la prise en charge des personnes handicapées ou hospitalisées, les problèmes d'assurance et autres sphères de l'action publique.

Après une définition générale du Case Management, le présent document s'intéressera plus spécifiquement à son application aux régimes d'assurance chômage.

Définition du Case Management

En 2004, la *Case Management Society of America* a donné dans son *National Standards of Practice for Case Management* une définition du Case Management qui, bien que limitée au domaine de la santé, est acceptable à l'échelle internationale: «Le Case Management est un processus collaboratif consistant à évaluer, planifier, faciliter et promouvoir des actions et services qui répondent aux besoins d'un individu (en matière de santé) à travers la communication et l'utilisation des ressources disponibles, et ce afin d'obtenir de bons résultats en termes de qualité et de rapport coût-efficacité».

Le principe qui sous-tend le Case Management est la fourniture de services individualisés sur la base d'une évaluation globale visant à élaborer un plan de «gestion de cas» ou plan d'action individualisé. Ce plan est mis au point en collaboration avec le client et tient compte de ses choix et préférences, l'objectif étant de le responsabiliser et de faire en sorte qu'il s'implique activement dans tous les aspects de la planification et de la fourniture du service. Le Case Management a une autre finalité importante – sur le plan organisationnel – qui est de permettre que les services soient fournis efficacement, dans le respect du principe de responsabilité financière, sur la base de résultats attendus définis.

[1] Office national de l'emploi, *Change Management Team*, Belgique.

Le Case Management se démarque donc très nettement de l'approche «passive» traditionnelle adoptée au sein de la Sécurité sociale, qui privilégie les dispositifs de prestations et l'offre de services classiques sans consultation, ni participation active de l'usager.

Le Case Management appliqué aux chômeurs

Dans la seconde moitié des années quatre-vingt-dix et au début des années deux mille, la majorité des systèmes d'assurance chômage ont commencé à prendre des mesures «d'activation». Outre le fait qu'elles visent à favoriser la réinsertion sur le marché du travail grâce à l'activation et à l'amélioration de l'accompagnement individuel, ces mesures responsabilisent davantage les chômeurs, puisqu'ils ont désormais l'obligation de rechercher activement un emploi. Le suivi de cette recherche active est assuré dans le cadre du Case Management et, lorsque les résultats obtenus ne sont pas suffisants, les services de l'emploi peuvent prendre des sanctions à l'encontre du chômeur (réduction ou suspension temporaire/définitive des prestations). En réalité, cette évolution marque le passage d'une culture reposant sur les prestations à une approche centrée sur les droits et obligations (encadré 1).

Encadré 1. *Une politique active du marché du travail au Royaume-Uni*

Cet extrait de la stratégie de *Jobcentre Plus* – dont le déploiement dans l'ensemble du Royaume-Uni a été achevé en 2006 – est révélateur du changement de cap des politiques du marché du travail.

Notre philosophie consiste à proposer un service unique et intégré à l'ensemble des demandeurs de prestations en âge de travailler – en aidant ceux qui le peuvent à se réinsérer sur le marché du travail et en soutenant ceux qui ne le peuvent pas …

Nos objectifs sont:
- de faire du travail la meilleure forme de bien-être pour la population d'âge actif et d'accélérer le passage de l'assistance au travail;
- de passer d'une culture reposant sur les prestations à une nouvelle approche, centrée sur les droits et obligations;
- de réformer radicalement notre fonctionnement de manière à traiter chaque client comme un individu et à lui proposer un soutien et des services spécifiquement conçus pour répondre à ses besoins; …

Tant que nos clients recherchent un emploi ou ne sont pas en capacité de travailler, nous voulons leur apporter un soutien en:
- veillant à ce que ceux qui restent sans emploi aient accès à toutes les prestations auxquelles ils peuvent prétendre et bénéficient à cet égard d'un service rendu avec rapidité, courtoisie et exactitude;
- coopérant avec des organismes partenaires pour offrir aux clients une passerelle vers des moyens d'aide plus nombreux …

Source: www.jobcentreplus.gov.uk.

Contexte institutionnel

Le Case Management s'inscrit dans un contexte marqué par une tendance au renforcement de la coopération entre les différents acteurs intervenant sur le marché du travail. Le rôle exact de chacun de ces acteurs et la répartition de leurs compétences doivent être clairement définis. Le Case Management suppose certaines adaptations institutionnelles,

par exemple un renforcement du partenariat entre les institutions chargées de l'indemnisation du chômage et celles responsables du placement ou encore la constitution de réseaux avec des parties tierces. Ce renforcement peut revêtir diverses formes.

Certains pays ont réformé leur système d'assurance chômage avant d'introduire le Case Management. Ainsi, en Allemagne, l'entrée en vigueur du deuxième volume du Code de la législation sociale *(Sozialgesetzbuch II)* – mesure plus connue sous le nom de réforme Hartz IV – en janvier 2005, s'est traduite par la fusion de deux systèmes (les systèmes d'aide aux chômeurs et d'aide sociale) et surtout par la création d'un consortium entre les agences locales pour l'emploi et les municipalités.

D'autres pays ont procédé à ce type de restructurations en les regroupant sous le concept de «guichet unique». En général, ces réformes poursuivaient au moins un des objectifs suivants: a) améliorer l'efficience du système en évitant les redondances entre les dispositifs; b) faciliter l'accès des clients aux services; c) permettre une meilleure adéquation entre les services et les besoins des clients. L'expérience des Pays-Bas illustre ce type de réformes (encadré 2).

Encadré 2. *Guichets uniques pour l'emploi aux Pays-Bas*

Aux Pays-Bas, trois institutions interviennent dans le champ du retour à l'emploi:

- le Centre pour l'emploi et le revenu (*Central Organisation for Work and Income, CWI*);
- l'Institut pour les régimes de prestations destinées aux salariés (*Institute for Employee Benefit Schemes, UWV*);
- les municipalités, qui administrent la loi sur l'aide sociale et le travail.

Depuis 2002, ces trois institutions ont mis en place une coopération étroite, qui a la forme d'une chaîne. Dans cette chaîne, le CWI est chargé de l'inscription, jouant le rôle de guichet unique pour toute personne recherchant un emploi ou sollicitant une prestation. Il évalue la situation du client en termes de distance au marché du travail. En général, le CWI est en charge des actions de réadaptation pendant les six premiers mois de chômage. Les chômeurs qui ne retrouvent pas d'emploi et ne bénéficient pas de mesures de réadaptation durant cette période sont orientés vers l'UWV de la municipalité. Le CWI ne sert pas de prestations mais recueille des données pour l'UWV et les municipalités, afin qu'il leur soit ensuite plus facile de statuer sur les droits à prestations. Les bureaux d'accueil de l'UWV et des municipalités sont installés dans les locaux du CWI.

Source: Breeuwsma H. 2006. *Work before Income in the Netherlands.* Etude de *benchmarking* sur le Case Management, Commission technique de l'assurance chômage et du maintien de l'emploi, Association internationale de la sécurité sociale (AISS), Genève.

Il existe également un type de partenariat moins étroit, dans lequel un rôle est assigné à chaque acteur (un partenaire est chargé de l'inscription et de l'évaluation, un autre de la définition du plan d'action, un troisième du suivi, des sanctions …) sans qu'il y ait fusion ni création d'un guichet unique. Chaque intervenant transmet les données en sa possession concernant un dossier via un système de transmission structurée de données de manière à ce que l'autre intervenant dispose de toutes les informations dont il a besoin pour remplir sa mission (données personnelles, expérience professionnelle, efforts accomplis pour trouver un emploi …). C'est le modèle adopté par la France, où l'Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Assédic) évalue le risque de chômage de longue durée au moment de l'inscription en qualité de demandeur d'emploi. Ces éléments sont ensuite transmis à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), qui réalise un entretien individuel sur la base des renseignements communiqués par l'Assédic afin de confirmer ou de corriger le profil du demandeur d'emploi et d'établir ensuite son projet personnalisé d'accès à l'emploi.

Dans certaines formes plus poussées de Case Management, les services publics de l'emploi ont recours à la sous-traitance pour offrir des services appropriés. En Australie, *Centrelink*, agence publique créée en 1998, oriente les clients vers des prestataires du réseau pour l'emploi *Job Network*, qui peuvent être des organismes à but non lucratif ou appartenant au secteur public. Il s'agit d'un système très souple, dans lequel les chômeurs très éloignés du marché de l'emploi sont orientés vers un quasi-marché d'agences de placement en concurrence les unes avec les autres.

Les différents outils mis en œuvre

Quel que soit le domaine auquel elle est appliquée, la démarche de Case Management suppose la mise en œuvre systématique des outils ou étapes ci-après[2]:

1. **Segmentation:** afin d'utiliser les ressources affectées au Case Management avec le plus d'efficience possible, la majorité des pays définissent au préalable des critères objectifs pour sélectionner le ou les publics ciblés. Par conséquent, il est fréquent que la démarche du Case Management ne soit appliquée qu'à un groupe (ou à quelques groupes) sélectionné au sein de la population au chômage dans son ensemble.

   Le Case Management peut, par exemple, cibler exclusivement les chômeurs qui sont déjà indemnisés depuis relativement longtemps ou ont moins de 25 ans.

2. **Evaluation:** l'évaluation consiste à recueillir et à structurer des informations sur la situation du chômeur problèmes, risques, possibilités d'emploi, atouts, objectifs). Au cours de cette étape, le Case Manager procède à une évaluation approfondie afin d'identifier les atouts que peut exploiter le chômeur et les besoins auxquels il faudrait répondre pour l'aider à réintégrer le marché du travail. La qualité de l'évaluation dépend des compétences du Case Manager, de la relation qu'il est parvenu à établir avec le demandeur d'emploi, ainsi que de la qualité et de l'exhaustivité de l'outil d'évaluation. La segmentation et l'évaluation sont souvent regroupées sous le vocable «profilage» (encadré 3).

Encadré 3. *Le recours au profilage pour améliorer la qualité des services*

Le terme profilage est devenu incontournable lorsqu'il s'agit d'évaluer les demandeurs d'emploi pour élaborer les plans d'action individualisés, apprécier leur employabilité et leur motivation à travailler. Il existe certes différentes définitions de ce terme, mais la Commission européenne a défini trois types de profilage, qui sont souvent appliqués ensemble selon différentes combinaisons:

1) Le profilage en tant qu'outil diagnostique permettant d'évaluer les atouts, faiblesses et possibilités d'emploi des chômeurs afin de cibler les politiques de réinsertion:
- il est essentiellement effectué sur la base d'un entretien visant à repérer les compétences techniques et sociales; le Case Manager se réfère à des lignes directrices strictes et utilise des questionnaires types.

2) Le profilage en tant qu'outil permettant de segmenter les clients et de déterminer l'aide individuelle nécessaire (critère: distance au marché du travail et degré d'autonomie dans la recherche d'emploi):

[2] www.freetogrow.org (Free to Grow, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York).

- les méthodes utilisées pour orienter les demandeurs d'emploi vers les différents plans d'action s'écartent des règles administratives (d'ouverture des droits à prestations) et d'une évaluation subjective du Case Manager au profit de procédures personnalisées associées à des procédures de sélection des programmes reposant sur des statistiques.

3) Le profilage en tant qu'outil d'affectation des ressources financières et humaines limitées dont disposent les services de l'emploi:
- des statistiques et des données de profilage des clients sont analysées et utilisées pour procéder à une répartition systématique des ressources; cette approche est complémentaire de la segmentation et du profilage individuel.

Source: Rudolph H.; Konle-Seidl R. 2005. *Development of Profiling Instruments as tools for a Preventive Approach to Long-term Unemployment,* Rapport sur le Séminaire européen sur le profilage, Nuremberg.

3. **Définition des objectifs et élaboration du plan:** une bonne évaluation permet au Case Manager d'aider le chômeur à définir des objectifs et à élaborer un plan d'action détaillé, recensant l'aide et les services nécessaires ainsi que les actions à entreprendre. Cette étape repose sur une coopération entre le Case Manager et le client.

4. **Identification et mise en relation avec les prestataires de services:** cette étape est au cœur du Case Management. Le Case Manager aide le chômeur à entrer en relation avec les différents prestataires d'aide et de services désignés dans le plan d'action (par exemple les agences de placement qui l'aideront à trouver un emploi, les prestataires qui proposent une formation à la recherche d'emploi, les opérateurs privés de formation professionnelle, etc.). En principe, les Case Managers ne sont pas prestataires de services eux-mêmes.

5. **Suivi:** cette étape passe par une coordination des services pour vérifier que le chômeur obtient l'aide dont il a besoin. Elle consiste notamment à aider l'intéressé à évaluer s'il bénéficie des services et de l'aide appropriés et à rectifier un plan d'action s'il n'est plus adapté. Elle suppose également un contrôle régulier destiné à s'assurer que le chômeur respecte les engagements énoncés dans le plan d'action (par exemple concernant son degré de participation au programme, l'amélioration de ses compétences en matière de recherche d'emploi, les résultats concrets de ses recherches d'emploi, le développement de capacités de créateur d'entreprise). S'il ne se montre pas suffisamment coopératif ou ne fait pas assez d'efforts, il s'expose à des sanctions de la part du Case Manager (ou d'un autre service).

6. **Sortie du dispositif:** une fois que le chômeur a atteint les objectifs fixés (qu'il a trouvé un emploi et s'y maintient), le Case Manager l'aide à sortir du dispositif formel d'accompagnement, tout en le soutenant pour construire un projet afin d'inscrire dans la durée les progrès accomplis.

Conclusion – enseignements tirés

L'application du Case Management aux régimes d'assurance chômage étant relativement récente et les approches mises en œuvre étant diverses et encore en évolution, en évaluer les effets est une tâche complexe. L'une des principales difficultés est de définir des indicateurs fiables pour mesurer précisément les résultats de cette démarche. Il n'en demeure pas moins que les pays qui en ont une expérience plus longue, comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas, la considèrent comme un instrument bénéfique. Les avis exprimés par les clients, employeurs, syndicats sont positifs et ces pays affichent certains des taux d'emploi les plus élevés d'Europe[3] (le taux d'emploi des 15-64 ans est de 71,6 pour cent au Royaume-Uni, et de 73,1 pour cent aux Pays-Bas).

L'expérience de différents pays permet de dégager quelques *recommandations* pour garantir l'efficacité du Case Management:

- il est indispensable de définir clairement les rôles et compétences des différents acteurs impliqués et il peut être nécessaire de repenser les structures existantes;

- il faut veiller à un bon équilibre entre droits et obligations. Le chômeur doit être informé dès le départ qu'il a droit à une aide/ un accompagnement individualisé et qu'il est tenu de rechercher activement un emploi (obligation qui doit être assortie de sanctions appropriées);

- le Case Management peut être utilisé pour optimiser les processus opérationnels dans le cadre d'une démarche de qualité totale: des services de meilleure qualité, plus efficients et davantage orientés vers le client; toutefois, elle ne doit pas devenir trop administrative;

- il faut faire une utilisation dynamique du Case Management: une révision des profils et des plans d'action doit être effectuée régulièrement;

- les Case Managers doivent être polyvalents, avoir une connaissance étendue du marché du travail et de la réglementation, entretenir de bonnes relations avec les partenaires, être dotés de compétences sociales et tenir des dossiers sur les chômeurs qu'ils ont en charge.

Mais au final, même si toutes ces recommandations sont suivies, la réussite du Case Management n'est possible que si les outils utilisés sont acceptés par toutes les parties prenantes, qu'il s'agisse du personnel, des demandeurs d'emploi, des employeurs, des syndicats et des responsables politiques.

Suggestions de lecture

AISS. 2006. Papiers et conclusions de l'Atelier international d'experts: *Le Case Management: vers un emploi durable*, Bruxelles, Belgique, 10-11 avril 2006, Commission technique de l'assurance chômage et du maintien de l'emploi, Association internationale de la sécurité sociale, Genève, www.issa.int/meetings.

Eberts, R.; O'Leary, C. 2003. «A New WPRS Profiling Model for Michigan», Upjohn Institute Working paper n° 04-102, www.upjohninstit.org.

Commission européenne. 2006. *Approaches of Public Employment Services to Long Term Unemployment*. Direction générale Emploi, Affaires sociales et Egalité des chances, projet de rapport sur le séminaire organisé à Budapest du 22 au 24 mars 2006, www.europa.eu.

Georges, N. 2006. *Le Profilage : outil statistique et/ou mode de coordination*. Document de travail n°72, Centre d'études de l'emploi (CEE). Paris, www.cee-recherche.fr.

Rudolph, H.; Konle-Seidl, R. 2005. *Development of Profiling Instruments as tools for a Preventive Approach to Long-term Unemployment*, rapport sur le Séminaire européen sur le profilage. Nuremberg, www.iab.de.

UNEDIC. 2006. Délégation aux relations institutionnelles et internationales (dir. pub.). *Evaluer les mesures pour l'emploi. Expériences et pratiques internationales*. Paris, www.assedic.fr.

[3] Commission européenne, *Employment in Europe* 2005.

Le management des risques, instrument de gestion

François Kientzler[1]

Introduction

Le terme de «management des risques», tel qu'employé dans le présent chapitre, doit être compris dans le sens d'un outil de management utilisé par des dirigeants d'entreprises privées ou d'administrations publiques pour mener à bien des projets - aussi appelés initiatives - de transformation fonctionnelle ou organisationnelle. La Commission technique de gestion administrative, d'organisation et des méthodes (OM) de l'AISS, en collaboration avec Accenture, a mené en 2006 une étude sur des pratiques innovatrices en matière de management des risques et de gestion du changement. Il apparaît que les organisations de sécurité sociale intègrent progressivement des approches - management des risques - lors de la mise en œuvre de projets d'innovations. Le constat est que les changements opérés dans les administrations publiques ou dans les entreprises privées sont associés, généralement, à de nombreux risques.

Ce chapitre définit quelques concepts clés pour mieux comprendre ce qu'est le «management des risques»; il donne des exemples de mise en pratique de ce concept. Il traite de plusieurs aspects du management des risques. Une première section donne des éléments de compréhension du concept de management du risque associé à la gestion du changement qui nécessite elle-même une approche stratégique et des objectifs possibles clairement définis. La deuxième section présente quelques risques majeurs associés aux initiatives de changement, plus spécialement dans les pays en développement et lors de mise en œuvre de projets liés aux technologies de l'information et de la communication. La troisième partie illustre quelques étapes clés du processus de management des risques par des exemples basés sur les informations transmises par des organisations membres de l'AISS. La présentation se termine avec quelques propositions d'orientation.

Pourquoi une approche management des risques?

Une approche «management des risques» au sein d'une organisation de sécurité sociale a pour objectif principal d'augmenter les probabilités et les chances de réussite d'un projet, de limiter les erreurs et les échecs ainsi que de faciliter la réorientation, si nécessaire, des étapes précédemment planifiées. On peut définir le «management des risques» comme un processus systématique qui permet d'identifier, d'analyser et de répondre à toute probabilité d'événements prévus ou imprévus, de problèmes pouvant apparaître dans le déroulement de la mise en œuvre d'un projet ou d'une initiative de transformation. Le concept de risque est chargé d'une connotation négative mais, dans le contexte de l'administration et du management dans lequel nous l'employons, il devient positif. Même des situations que l'on pourrait qualifier d'échecs pourront se transformer pour devenir, au final, positives.

L'approche «management des risques» intègre des données qui facilitent la mise en œuvre de toute initiative de changement. Elle permet d'avoir une compréhension globale d'un projet, d'identifier des alternatives possibles dans les méthodes et la mise en œuvre. Des éventualités et des risques sont ainsi considérés d'une façon

[1] L'auteur est membre du Secrétariat général de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS).

structurée et systématique. En établissant les éventualités et les risques, on pourra prévoir leurs implications possibles sur le déroulement d'un projet et ses conséquences sur l'organisation même, à savoir les capacités de fournir un service et de satisfaire les clients, par exemple, dans les délais impartis. Ainsi, durant la révision du Projet lié au paiement des prestations, la Caisse d'assurance sociale du Nigeria (Osei, 2005) a suivi et surveillé les risques en révisant en permanence le déroulement du projet et en impliquant toutes les unités concernées.

Un risque ne devrait pouvoir être considéré et accepté que si les chances de résultat et de succès sont réelles et supérieures aux probabilités d'échec. Il s'agit donc de bien évaluer stratégiquement les conséquences des décisions qui seront prises: pourquoi tel risque sera-t-il pris en compte? Quel va en être le gain? Que pourra être l'impact négatif en cas d'échec? Quelles sont les chances de succès ou les probabilités d'échec? Quels seront les scénarios alternatifs en cas de situation d'échec dans la mise en œuvre? Un plan spécifique de management des risques permettra de s'assurer que tous les risques sont bien recensés et de suivre leur impact tout au long du processus de changement.

Des méthodes d'identification, de suivi et d'évaluation des risques doivent être déterminées par les dirigeants et les chefs de projets; elles permettent de prévoir l'impact des décisions prises ou des scénarios projetés et aident à prendre toute disposition nécessaire pour réorienter un projet. Les activités et les ressources doivent être gérées, planifiées et contrôlées de sorte que l'impact de tous les risques qui ont pu être identifiés reste confiné dans des limites tolérables et acceptables pour toutes les parties prenantes. Le processus de management des risques devrait inclure (voir tableau): l'identification des risques, leur estimation, la réponse à apporter en cas de besoin; le suivi des risques et leur évaluation finale. Chaque organisation de sécurité sociale doit mettre en place ses propres processus pour évaluer, suivre et gérer les risques. Ce processus doit prendre un caractère formel, régulier, et être analysé sur une base de suivi. Tous les partenaires impliqués par un projet de changement doivent être régulièrement informés de sa progression.

Tableau

Etage 1	+	Identification des risques
Etage 2	+	Estimation des risques
Etage 3	+	Evaluation des risques
Etage 4	+	Stratégie de gestion des risques
Etage 5	=	Plan de réponse aux risques

Source: ministère du Développement social, Afrique du Sud (AISS, 2005).

Risques majeurs associés aux initiatives de changement

Les organisations de sécurité sociale se développent dans un environnement qui englobe de nombreux facteurs de risque autant dans le domaine des politiques et des programmes que dans celui lié aux techniques et aux technologies. Des décisions politiques doivent souvent être rapidement mises en œuvre et il ne sera pas facile aux dirigeants de résister aux pressions exercées sur eux-mêmes et leur personnel. Parmi ces risques on peut mentionner:

- **des risques liés aux résultats** souhaités d'un nouveau programme: l'objectif visé n'est pas atteint et les parties prenantes peuvent vite être mécontentes;
- **des risques politiques:** le gouvernement change et, en conséquence, le projet en cours ainsi que sa mise en œuvre doivent être modifiés;
- **des risques opérationnels:** le risque que l'innovation introduite ne produise pas les résultats dans les délais voulus;
- **des risques technologiques:** le risque que la technologie ne fonctionne pas comme souhaité;
- **des risques financiers:** le risque que le coût du projet soit plus élevé que planifié;
- **des risques personnels:** le risque que le développement de carrière d'une partie du personnel ne soit remis en cause.

Encadré. *Risques liés au personnel*

A l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS) de Belgique (AISS/Accenture, Etude OM, 2006), lors du développement du Master Plan Ressources Humaines, le risque personnel a constitué le risque le plus important du projet, étant donné que l'objectif de celui-ci était au premier chef le bien-être des collaborateurs. L'atténuation de ce risque est obtenue par le caractère participatif global du projet à tous les stades (évaluation comprise). La vision centrale de ce plan est que les ressources humaines sont l'élément vital de l'organisation. En effet, le capital humain d'une organisation est son atout majeur et le garant d'un service de qualité d'autant plus important que l'organisation agit dans le domaine de la sécurité sociale.

Dans les organisations de sécurité sociale de certains pays en développement, les risques circonstanciels sont amplifiés par des risques à caractère permanent, affectant la gestion quotidienne des activités. Ainsi les risques dans la fourniture d'un service de qualité sont accrus du fait de la médiocrité de la qualité des données disponibles sur les assurés, par les délais fréquents dans la détermination des droits et les paiements, ainsi que par la fraude et le non-paiement des contributions. Il en résulte un manque de ressources financières, le versement indu de prestations. Les pannes dans les services informatiques et le manque d'expertise pour y remédier sont aussi un mal récurrent difficile à surmonter.

Les projets de développement et de mise en œuvre des technologies d'information et de communication sont aussi confrontés à des risques spécifiques. Un projet, pour réaliser une application, pourra être remis en cause car une technologie plus performante pourra s'imposer par ses nouvelles fonctionnalités. La précipitation dans la mise en œuvre peut apparaître comme un risque dans la mesure où l'on ne prendra pas le temps de modéliser ou de faire un test pilote. Les phases de migration des données sont, en général, des phases dont le risque est évalué élevé et il faudra donc prendre toute mesure pour sauvegarder les données anciennes.

En prenant en compte les avantages qu'offraient les services électroniques, l'Office d'assurance sociale de Trinité-et-Tobago (AISS/Accenture, Etude OM, 2006) a porté beaucoup d'attention aux risques pouvant être encourus. Les risques majeurs identifiés ont été ceux liés à la sécurité et à la protection des données, à la reconnaissance légale de certains documents spécifiques et à l'acceptation culturelle de cette nouvelle façon de transmettre l'information. L'Organisation générale de l'assurance sociale d'Arabie saoudite (AISS/IBM, Etude TIC, 2004) a migré une base de données ADABAS, âgée de 30 ans, dans une base de données Oracle. Les efforts pour réaliser cet objectif ont été considérables dans la mesure où il a fallu tenir compte du nouvel environnement légal de travail, de la structure de la base ancienne et de la nouvelle, de la nécessité d'épurer et de mettre à jour la base de données et de résoudre des problèmes issus de l'utilisation de codes spécifiques de l'ancien système en langue arabe alors que le nouveau système utilise les formats standard ASCII.

Différentes étapes dans le management des risques

L'identification et l'estimation des risques

Lors de l'introduction du *Nouveau projet case management*, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident du travail (AISS/Accenture, Etude OM, 2006) a, dans un premier temps, identifié les risques liés à la mise en œuvre du projet. Un questionnaire a été distribué à toutes les unités qui pouvaient ou non être affectées par le projet, afin d'identifier les risques potentiels. Les risques ont été inventoriés et leurs probabilités d'occurrence mesurées, puis classés par catégories selon leur importance. Des mesures de limitation des risques ont été définies, selon un échéancier, et des personnes ont été désignées pour suivre chaque catégorie de risques.

Management intégré des risques

L'Office national de l'emploi de Belgique (AISS/Accenture, Etude OM, 2006) a introduit, en 2002, un système d'analyse et de management des risques qui est appliqué systématiquement. Les procédures de management des risques sont intégrées dans les outils de gestion existants et chaque personne est responsable pour l'identification des risques dans son secteur particulier. L'estimation du risque est basée sur la probabilité que le risque mentionné devienne une réalité et sur son impact possible sur la réalisation des objectifs.

Le plan de management des risques

L'Unité du suivi de la gestion de l'Institut mexicain d'assurance sociale (AISS/Accenture, Etude OM, 2006), en conformité avec les lignes directrices du Secrétariat de l'Administration publique, a mené différentes études sur l'identification des risques, en mettant l'accent sur deux aspects particuliers. La première approche visait à identifier les risques d'un point de vue opérationnel, basée sur les informations fournies par les unités locales, la deuxième à identifier les risques qui entraîneraient des actes de corruption ou de manque de transparence. Pour la première situation, une liste de 48 risques comprenait tous les risques qui nécessitaient une attention particulière compte tenu de leurs impacts et probabilités. Pour la deuxième situation, une liste de 14 risques a été dressée, et leurs définitions ont été basées sur une enquête menée auprès de toutes les unités locales de l'Institut, la Commission du Secrétariat de l'Administration publique, ainsi que de l'Unité interne du suivi. Ces deux catégories de risques ont été intégrées dans le Plan de travail de 2006.

Le suivi et le contrôle dans le management des risques

Pour la Régie des rentes du Québec, Canada (AISS/Accenture, Etude OM, 2006), dans le cadre de la mise en œuvre du projet de Renouvellement de la prestation de service (RPS), le suivi des risques et leur contrôle sont des phases importantes. La phase du suivi des risques vise à s'assurer que les mesures identifiées sont mises en œuvre en temps voulu et que les risques sont pris en compte par les intervenants concernés. Par cette phase, on recueille les informations afin de mettre à jour les risques identifiés, leur description et leur analyse, et, élément important, on procède à l'identification des nouveaux risques du projet. Durant la phase de contrôle, chaque risque est examiné et l'information recueillie au cours de la phase de suivi est passée en revue dans le but de pouvoir déterminer les actions à entreprendre à son égard.

Quelques propositions d'orientation

Une approche intégrée du management des risques devrait se mettre en place lors de la détermination de tout projet ayant un impact sur la structure et le fonctionnement d'une organisation, de ses processus de travail, ou encore des politiques de personnel, notamment. Les dirigeants doivent définir les niveaux acceptables des risques et les intégrer dans la stratégie générale de l'organisation.

Les risques doivent être analysés au début d'un projet de changement et il faudra assumer le fait que les facteurs de risque pourront évoluer au fur et à mesure de l'avancée du projet et que de nouveaux risques pourraient apparaître.

Non seulement les unités directement concernées par un projet devraient être consultées et tenues en alerte au cours de l'avancée du projet, mais aussi toutes les autres, celles où un impact n'est pas nécessairement attendu. Le plan de suivi des risques devrait donc être largement diffusé au sein de l'organisation.

Les phases d'évaluation et de contrôle du suivi sont des moments essentiels dans le déroulement et la mise en œuvre des projets d'innovation et de changement.

Une mauvaise évaluation des risques pourrait dépasser le cadre de l'organisation et avoir des conséquences néfastes en dehors de l'organisation même, à savoir dans les sphères des instances politiques.

Il est donc indispensable d'avoir un leadership fort pour mener à bien tout projet qui devra intégrer la composante essentielle qu'est devenu le management des risques.

Suggestions de lecture

AISS/Accenture. 2006. *La gestion du changement et le management des risques dans la sécurité sociale*, Etude de la Commission technique «Organisation et méthodes (OM)» de l'Association internationale de la sécurité sociale en coopération avec Accenture. Genève.

AISS/IBM. 2004. *La gestion de projet de technologies de l'information et de la communication (TIC) dans la sécurité sociale*, Guide. Genève.

Daykin, Ch. D. 2005. *La gestion des risques*, document présenté à la Conférence régionale pour l'Afrique «La sécurité sociale dans le contexte africain», 9-12 septembre 2005. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

Gartner Group. 2002. *Strategic Analysis Report*, Gartner Research, juillet 2002.

Osei, K. 2005. *L'expérience de l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale*, document présenté à la Conférence régionale pour l'Afrique «La sécurité sociale dans le contexte africain», 9-12 septembre 2005. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

PMBOK Guide. 2000. *A guide to the Project Management Body of Knowledge*, Project Management Institute, édition 2000.

Selwyn, J. 2005. *Risk Management Strategy*, ministère du Développement social, Afrique du Sud. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

Les pensions de vieillesse financées par l'impôt dans les pays à faible revenu

Roddy McKinnon[1]

Introduction

L'analyse de l'évolution récente des pratiques de sécurité sociale montre une tendance limitée, mais significative, en faveur de l'introduction de programmes de pensions de vieillesse financés par l'impôt dans les pays à faible revenu. Il s'agit en l'occurrence de prestations en espèces octroyées dans le cadre d'une couverture universelle ou sous condition de ressources. En réalité, cette tendance n'est pas nouvelle, puisque ce type de prestations est servi dans certains pays à faible revenu depuis environ une quinzaine d'années. Mais c'est seulement depuis quelques années que l'on dispose de données empiriques précises sur ce phénomène et que l'on peut en mesurer la portée à l'échelon international.

Une tendance significative

La tendance observée en matière d'introduction de programmes de pensions de vieillesse financés par l'impôt dans les pays à faible revenu est significative pour les dix raisons suivantes:

- il s'agit essentiellement d'une tendance impulsée au niveau local et, de ce fait, elle va à l'encontre de l'opinion courante selon laquelle l'introduction de programmes de grande ampleur financés par l'impôt n'est possible sur le plan fiscal et administratif que dans les pays à revenu élevé;

- elle montre clairement que la sécurité sociale peut jouer un rôle moteur dans la réalisation des objectifs liés au développement national, contrairement au point de vue selon lequel un pays ne peut offrir une protection sociale à sa population qu'après avoir atteint un certain niveau de développement;

- elle reflète le consensus international actuel qui a «redécouvert» l'importance du rôle protecteur, proactif et préventif de la sécurité sociale dans la conciliation des différentes exigences du développement économique et social;

- elle conforte le point de vue selon lequel même une prestation en espèces réduite, versée régulièrement, peut avoir un effet positif important sur la qualité de vie des individus et contribuer à combattre l'exclusion sociale;

- elle correspond à la réalité observée, à savoir que les personnes âgées appartiennent aux catégories sociales les plus vulnérables et que, dans les pays en développement en particulier, les formes traditionnelles de solidarité sociale sont en voie de désagrégation, alors que de nouvelles responsabilités incombent

[1] L'auteur est membre du Secrétariat général de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS). Il remercie Maribel Ortiz pour son aide à la recherche d'information sur ce sujet.

fréquemment aux personnes âgées, comme, par exemple, la prise en charge de leurs petits-enfants orphelins du sida;

- elle corrobore le point de vue selon lequel les transferts monétaires ciblant les personnes âgées, notamment dans un contexte de budgets publics restreints, peuvent conduire à l'amélioration globale du niveau de vie des ménages et des familles et au développement des économies locales;

- elle constitue une reconnaissance du fait que le vieillissement des populations est un phénomène mondial et que la population âgée de la planète va être de plus en plus concentrée dans les pays les moins développés, où le taux de couverture des régimes traditionnels de sécurité sociale de type contributif est généralement faible;

- elle correspond aux objectifs établis au niveau international pour réduire les niveaux de pauvreté dans le monde;

- elle s'inscrit dans le droit fil du mouvement normatif qui s'efforce de consacrer le droit à la sécurité sociale comme un droit fondamental de l'être humain, tel que défini par la Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée en 1948 par les Nations Unies;

- à l'ère de la mondialisation galopante, elle remet à l'ordre du jour le principe, établi il y a une soixantaine d'années, selon lequel «la pauvreté, où qu'elle existe, constitue un danger pour la prospérité de tous».

La couverture de la sécurité sociale dans un monde vieillissant

Nous savons que la plupart des programmes de sécurité sociale sont financés grâce aux cotisations prélevées sur les revenus. Nous savons également que la grande majorité d'entre eux sont des programmes d'assurance sociale. Néanmoins, on estime qu'à peine 20 pour cent de la population mondiale bénéficient d'une protection sociale adéquate. Dans certains pays, les niveaux de couverture sociale pourraient même être sur le déclin.

Des études antérieures de l'AISS ont montré que les niveaux de couverture sociale dépendent des effets concomitants de différentes variables liées aux institutions, aux lois et au marché du travail. Une des conclusions qui en est ressortie est que les pays à faible revenu ne parviendront probablement pas, du moins à moyen terme, à offrir à leur population une couverture universelle dans le cadre d'un régime de sécurité sociale de type contributif. Or une telle conclusion est discutable, et ce pour deux raisons essentielles.

Tout d'abord, la grande majorité des millions de personnes qui n'ont pas une couverture sociale adéquate, voire pas de couverture du tout, vit dans des pays à faible revenu. Face à l'augmentation de l'emploi informel, notamment dans ces pays, on voit difficilement comment la couverture sociale pourrait être étendue de manière significative et rapide à travers des programmes de type contributif. Le taux de couverture de ces programmes étant étroitement lié aux niveaux d'emploi formel, il ne peut en être autrement.

La deuxième raison est liée à la baisse des taux de natalité et à l'accroissement de l'espérance de vie. Actuellement, c'est dans les pays les plus développés que l'on observe la plus forte proportion de personnes âgées. Cependant, si l'on considère les tendances à long terme, c'est dans les pays les moins développés que la proportion des aînés dans la population totale augmente le plus vite.

Compte tenu du phénomène mondial du vieillissement des populations, nous allons donc constater au cours des prochaines décennies que l'immense majorité des personnes de 60 ans et plus vivra dans les pays les moins développés et à faible revenu. Cette tendance globale concernera même le groupe d'âge supérieur, à savoir les personnes âgées de 80 ans et plus.

Les conséquences de cette évolution sont claires: au cours des prochaines décennies, les groupes sociaux privés d'une protection sociale adéquate compteront une proportion croissante de personnes âgées, notamment de personnes âgées vivant dans des pays à faible revenu.

Les pensions de vieillesse financées par l'impôt

Les organismes de sécurité sociale ont généralement pour vocation de mettre au point de nouvelles méthodes destinées à améliorer l'efficacité des systèmes de protection sociale. Il peut s'agir d'une meilleure utilisation des ressources budgétaires ou d'une stratégie visant à optimiser le recouvrement des cotisations. Ils s'efforcent également d'améliorer les mécanismes de paiement des prestations et de fourniture des services. Malgré les efforts déployés pour améliorer l'efficacité de nombreux régimes de sécurité sociale de type contributif, la réalité du marché du travail est telle que de nombreux travailleurs et leurs familles ne bénéficient toujours pas d'une protection sociale adéquate.

Il est évident en outre que ce n'est pas en améliorant l'efficacité des régimes sociaux actuels de type contributif que l'on pourra répondre aux besoins immédiats, en termes de revenus en espèces, des personnes qui ne peuvent pas travailler, qui sont exclues du marché du travail ou qui n'ont aucune couverture sociale. Cette remarque concerne tout particulièrement le nombre croissant de personnes âgées vulnérables vivant dans les pays à faible revenu.

En réponse à ce problème spécifique, les responsables politiques s'intéressent de plus en plus aux avantages que présentent les pensions de vieillesse financées par les recettes fiscales.

Compléter les régimes contributifs

Idéalement, les pensions de vieillesse financées par l'impôt devraient intervenir comme complément des programmes de sécurité sociale existants de type contributif. Mis à part quelques exceptions nationales, les programmes financés par les recettes fiscales ont traditionnellement eu pour vocation de garantir un revenu minimum. Dans les pays ne disposant pas d'un régime d'assurance vieillesse de type contributif, les programmes de pensions de vieillesse financés par l'impôt remplissent naturellement une fonction plus importante en tant que source de revenus.

L'introduction d'un programme de pensions de vieillesse financé par l'impôt a rarement un effet neutre sur les régimes sociaux existants de type contributif. Il convient donc de tenir compte d'éventuels résultats non désirés au moment de sa conception politique et de sa mise en œuvre. Cette remarque s'applique particulièrement aux pays où l'emploi formel sur le marché du travail réglementé est réservé à une minorité et où les structures et les pratiques en matière de gouvernance de l'assurance sociale sont généralement vacillantes.

Dans de tels cas, des problèmes peuvent se présenter. Il en va de même pour les pays où les critères d'octroi des pensions de vieillesse financées par l'impôt sont larges (critères liés au statut de résident ou à la citoyenneté) et où le montant des prestations en espèces versées par les régimes contributifs ne diffère guère de celui des prestations financées par l'impôt et accordées sous condition de ressources. Dans de tels cas, l'introduction d'un programme de pensions de vieillesse financé par l'impôt peut s'avérer fort préjudiciable à l'emploi formel

et aux régimes de sécurité sociale de type contributif. En effet, les travailleurs peuvent être tentés d'exercer une activité en dehors de l'économie formelle et réglementée et/ou d'échapper au paiement des cotisations sociales, car ils pensent qu'ils auront droit plus tard à des prestations sous condition de ressources financées par l'impôt d'un montant presque équivalent.

Les programmes financés par les recettes fiscales doivent donc être conçus et mis en œuvre de telle façon que ces écueils puissent être évités. Un autre aspect tout aussi important auquel il convient de veiller est le fait que, dès l'étape de sa conception, un tel programme doit refléter les besoins nationaux en matière de politique sociale et tenir compte des capacités institutionnelles et fiscales nécessaires à la satisfaction de ces besoins. Ce sont ces aspects que nous allons maintenant aborder.

Exemples de programmes mis en œuvre dans des pays à faible revenu

Un certain nombre de pays à revenu moyen mettent actuellement en œuvre un programme de pensions de vieillesse financé par l'impôt. Celui mis en œuvre en Afrique du Sud, qui verse des pensions sous condition de ressources, se distingue à double titre: d'une part, il est le plus ancien, puisqu'il date de 1928, et, d'autre part, il a servi des prestations de façon discriminatoire jusqu'à la fin de l'apartheid en 1994. A Maurice, la décision du gouvernement de verser des pensions universelles financées par l'impôt en complément de l'assurance sociale remonte à 1950. Au Brésil, les programmes de ce type ont vu le jour au début des années soixante-dix, puis ils se sont largement développés à la suite de la réforme constitutionnelle de 1988. Quant au programme à couverture universelle du Botswana, qui est le seul à verser des pensions de vieillesse de la sécurité sociale aux retraités de ce pays, il a été institué en 1996.

On dispose d'une quantité de données relativement importante sur les programmes mis en œuvre dans ces pays à revenu moyen, ce qui n'est pas le cas pour ceux mis en œuvre dans les pays à faible revenu. Notre manque général de connaissance sur les expériences des pays à faible revenu est notamment dû à l'absence relative de données les concernant. Afin de contribuer à pallier ce déficit de connaissance, nous présentons dans la section suivante une série de données concernant les programmes mis en œuvre dans sept pays à faible revenu.

Conception et mise en œuvre des programmes

Selon les approches, fondées sur des bonnes pratiques, qui sont actuellement utilisées pour la conception et la mise en œuvre des politiques de sécurité sociale, il est nécessaire de prendre en compte les spécificités de chaque pays. Lorsqu'on applique cette recommandation, on n'est guère étonné de découvrir qu'il existe des différences significatives, au niveau des méthodes de conception, de gestion et de versement des prestations, entre les programmes de pensions de vieillesse financés par l'impôt mis en œuvre dans sept pays à faible revenu : Samoa, Namibie, Népal, Inde, Bangladesh, Bolivie et Lesotho[2] (voir tableaux 1 et 2).

Dans trois de ces pays, le Népal, l'Inde et Samoa, le programme de pensions financé par l'impôt fonctionne en parallèle avec un fonds national de prévoyance. En Bolivie, par contre, le programme de pensions «Bonosol», qui, après plusieurs années d'existence incertaine, a finalement été institué par la loi en 2002, intervient comme complément du régime obligatoire de comptes individuels établi en 1997. En Namibie, le régime national des pensions est complété par le Fonds des retraites agricoles, de création récente, qui vise à couvrir près de la moitié

[2] Selon la classification de la Banque mondiale, le Bangladesh, l'Inde et le Népal font partie des pays à faible revenu, avec un revenu national brut par habitant de USD 875 ou moins; la Bolivie, le Lesotho, la Namibie et Samoa sont quant à eux considérés comme des pays à revenu moyen inférieur avec un revenu national brut par habitant compris entre USD 876 et USD 3 465.

des travailleurs du pays. Les programmes de pensions de vieillesse mis en œuvre au Bangladesh et au Lesotho présentent la particularité d'être les seuls à servir des prestations aux personnes âgées de ces pays.

Tableau 1. *Programmes de pensions de vieillesse financés par l'impôt dans des pays à faible revenu, 2006*

Pays	Année d'entrée en vigueur de la loi	Âge de la retraite	Population âgée de 65 ans ou plus (%)	Admissibilité	Montant de la prestation mensuelle en espèces (en monnaie locale)	Montant équivalent en USD[a]	Fréquence des paiements	Coût en % du PIB
Samoa	1990	65	4,6	Universelle	100 WST	USD 37,87	Mensuelle	0,3[b]
Namibie	1992 [c]	60	5,3[d]	Universelle	300 NAD	USD 45,04	Mensuelle	1,9[b]
Népal	1994	75	3,7	Universelle	150 NPR	USD 2,03	Mensuelle	0,1
Inde	1995	65	5,3	Sous condition de ressources	75 INR	USD 1,62	Mensuelle	0,01
Bangladesh	1998	65	5,7[d]	Sous condition de ressources	200 BDT	USD 2,90	Trimestrielle	0,03
Bolivie	2002	65[e]	4,5	Universelle[e]	1 800 BOB[f]	USD 226[f]	Annuelle	1,3
Lesotho	2004	70	5,3	Universelle	150 LSL	USD 22	Mensuelle	1,43

Sources: HelpAge International. Disponible à l'adresse www.helpage.org (2006); AISS: *Sécurité sociale dans le monde*, disponible à l'adresse www.issa.int/ssw (2007); Division de la population des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales: *Perspectives démographiques mondiales: la révision de 2004*, base de données démographiques disponible à l'adresse esa.un.org/unpp (2005); Schleberger. E. 2002: *Namibia's Universal Pension Scheme*, document ESS n#6, BIT, Genève.

[a] Basé sur le taux de change du US Treasury (Trésor américain) pour juillet 2006.
[b] Estimation.
[c] Le programme original a été introduit en 1949 à l'époque de la domination sud-africaine.
[d] Population âgée de 60 ans ou plus.
[e] Une des conditions d'octroi est d'être né avant le 1er janvier 1974.
[f] Il s'agit de montants annuels.

Au Népal, à Samoa, en Namibie et en Bolivie, toute personne âgée remplissant les conditions requises perçoit une pension en tant que droit citoyen. Pour cela, elle doit toutefois fournir un document officiel attestant son âge et sa nationalité, ce qui s'avère impossible pour un grand nombre de retraités de ces pays. En Bolivie, par exemple, près de 16 pour cent des personnes âgées remplissant les conditions requises ne perçoivent pas de pension faute de pouvoir fournir une pièce d'identité. Au Lesotho, par contre, parmi les 3,6 pour cent de la population totale admissible à une pension, 96 pour cent perçoivent effectivement des prestations d'assurance vieillesse, ce qui représente 72 000 personnes *(HelpAge International, 2006)*. A Samoa, un mandataire désigné peut encaisser la prestation mensuelle au nom du bénéficiaire, mais il ou elle doit présenter sa propre carte d'identité ainsi que celle du bénéficiaire.

Il est intéressant de noter que la Namibie a envisagé de réformer son programme en soumettant l'octroi des pensions à des conditions de ressources. En Inde et au Bangladesh, il est d'ores et déjà nécessaire de remplir certaines conditions de ressources pour avoir droit à une pension. Dans ces deux pays, les critères d'admissibilité sont déterminés au niveau local. En raison de la forte densité de population du sous-continent indien et des niveaux élevés de pauvreté parmi la population âgée, même les programmes sous condition de ressources mis en œuvre de façon rigoureuse peuvent avoir un grand nombre de bénéficiaires. Au Bangladesh, par exemple, environ 1 pour cent de la population percevait en 2006 l'allocation vieillesse accordée sous condition de ressources, mais cela représentait plus de 1,6 million de personnes.

De façon générale, et surtout dans le cas des pays à faible revenu marqués par un taux élevé de pauvreté parmi les cohortes les plus âgées, la décision de privilégier l'octroi sous condition de ressources au détriment de la couverture universelle est discutable, ne serait-ce qu'en raison des coûts additionnels qu'engendre normalement l'administration du programme.

En ce qui concerne l'âge de la retraite, il varie considérablement entre les sept pays étudiés, puisqu'il est de 60 ans en Namibie, mais de 75 ans au Népal. Cela étant, la proportion de personnes ayant atteint l'âge de la retraite est appelée à s'accroître dans tous les pays au cours des prochaines décennies et, dans certains cas, de façon exponentielle.

Tableau 2. *Programmes de pensions de vieillesse financées par l'impôt: structures administratives*

Pays	Nom du programme	Dispositif de versement des prestations	Administration	Autres programmes nationaux servant des prestations de vieillesse
Samoa	*Senior Citizen Benefit* (prestations aux citoyens âgés)	Points de rencontre indiqués, souvent la maison du chef du village ou du pasteur, ou le bureau du SNPF	Département chargé du *Senior Citizen Benefit (Samoa National Provident Fund)*	Fonds de prévoyance
Namibie	Régime national de pensions	Société commerciale utilisant des distributeurs automatiques de billets «mobiles»; bureaux de poste indiqués; ou transferts automatiques sur un compte bancaire.	Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fonds des retraites agricoles
Népal	Allocation vieillesse	Comités de développement villageois	Ministère du Développement local	Fonds de prévoyance
Inde	Pension de l'assistance sociale	Conseils villageois ou municipaux	Programme national d'assistance sociale	Fonds de prévoyance, régime de pensions et services gratuits
Bangladesh	*Boishka bhata*	Agences locales de la banque d'Etat Sonali Bank	Département des Services sociaux (ministère de la Protection sociale)	Néant
Bolivie	Pension *Bonosol*	Banques affiliées	Gestionnaires de fonds de pensions (AFP)	Comptes individuels obligatoires
Lesotho	Pension sociale	Bureaux de poste	Département des pensions	Néant

Sources: HelpAge International. Disponible à l'adresse www.helpage.org (2006); AISS, *Sécurité sociale dans le monde,* disponible à l'adresse www.issa,int/ssw (2007).

Le coût que représentent ces prestations de base, qu'elles soient universelles ou accordées sous condition de ressources, est dans tous les cas inférieur à 2 pour cent du PIB, mais le ratio impôt-PIB sur lequel repose le financement de ces programmes nationaux est faible. Au Lesotho, par exemple, le coût des pensions représente 1,43 pour cent du PIB, mais ce pourcentage équivaut à 2,4 pour cent du budget national *(HelpAge International, 2006)*. Cela contribue en partie à expliquer que l'âge d'admissibilité aux prestations de vieillesse est généralement élevé (il a été récemment relevé au Bangladesh) et que leur montant est relativement faible. Les gouvernements de ces pays cherchent en effet à assurer la viabilité financière et politique des programmes en contrôlant leurs coûts.

En dépit des inquiétudes concernant l'évolution de leur coût, les prestations de vieillesse financées par l'impôt représentent des transferts monétaires rentables pour les pays à faible revenu. Malgré leur montant modeste, elles jouent un rôle important. En Bolivie, la pension Bonosol est la seule source de revenu en espèces pour la moitié des bénéficiaires (HelpAge International, 2006). En tant qu'instrument de politique sociale, ces prestations permettent d'améliorer non seulement le niveau de vie du retraité, mais aussi celui de sa famille et de son ménage. Par ailleurs, les économies locales bénéficient des effets stimulants engendrés par cette source essentielle de revenu disponible.

Dans chacun des sept pays, le paiement des prestations s'effectue sous le contrôle rigoureux de divers organismes de surveillance et, dans la plupart des cas, en s'appuyant de façon créative sur des structures institutionnelles implantées au niveau local. En Bolivie et au Bangladesh, par exemple, l'Etat utilise un réseau bancaire pour le versement des pensions, alors qu'au Lesotho celles-ci sont payées aux guichets des bureaux de poste. Au Népal, ce sont les comités de développement villageois qui ont la charge de payer les pensions, tandis qu'en Inde ce rôle incombe aux conseils villageois ou municipaux. A Samoa, la plupart des bénéficiaires perçoivent leur pension à des points de rencontre indiqués, qui sont souvent la maison du chef du village ou du pasteur de la paroisse. En Namibie, la majeure partie des prestations est versée par l'intermédiaire d'une entreprise sous-traitante équipée de distributeurs automatiques de billets, qu'elle déplace sur tout le territoire national et qui sont accessibles aux bénéficiaires à des lieux et dates indiqués.

Atouts et défis

L'introduction de programmes de prestations de vieillesse financés par l'impôt constitue un phénomène important dans les pays à faible revenu. Les données actuellement disponibles en ce qui concerne cette tendance montrent:

- la viabilité de ces programmes sur le plan administratif et fiscal; et
- l'importance des structures institutionnelles existantes sur lesquelles ils peuvent éventuellement s'appuyer.

Cela étant, il convient de prendre certaines précautions au moment de la conception de ces programmes, notamment en vue d'atteindre les objectifs suivants:

- renforcer l'emploi dans l'économie formelle; et
- renforcer les régimes de sécurité sociale de type contributif.

Au-delà de ces défis, il ne fait aucun doute que la tendance actuelle au développement des pensions de vieillesse financées par l'impôt va se poursuivre. Dans cette perspective, il pourrait être intéressant de procéder par étapes: d'abord lancer des projets pilotes et évaluer leur impact, puis, dans un deuxième temps, étendre à l'échelon national les projets pilotes qui se sont avérés efficaces. Cette seconde étape pourrait d'ailleurs être menée à bien en partenariat avec des organisations internationales, des organismes gouvernementaux ou des ONG spécialisés dans ce domaine.

Comme en témoigne la Déclaration de Livingstone, adoptée par l'Union africaine en 2006, il existe dans de nombreux pays à faible revenu une réelle volonté politique de mettre en œuvre des programmes de transfert monétaire. Comme, par ailleurs, les pays du Nord ont de plus en plus la possibilité d'affecter leur aide internationale au développement directement au budget général des pays bénéficiaires, un plus grand nombre de pays à faible revenu pourrait maintenant disposer de ressources accrues pour étendre la protection sociale financée par l'impôt aux groupes sociaux les plus pauvres, notamment les personnes âgées.

Pour conclure, évoquons un autre aspect positif des prestations en espèces financées par l'impôt. Le fait d'utiliser ces programmes comme moyen de parvenir rapidement à un élargissement de la couverture sociale peut aussi contribuer à renforcer l'engagement des gouvernements concernés vis-à-vis de la réalisation du premier des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies, qui consiste à réduire de moitié la proportion de la population vivant dans la pauvreté (avec moins d'un dollar par jour) d'ici à 2015.

Suggestions de lecture

AISS. 2007. «L'extension de la sécurité sociale à tous – Numéro spécial à l'occasion du 80e anniversaire de l'AISS», *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 60, n° 2-3, www.blackwellpublishing.com.

HelpAge International. 2006. *Pension watch*, www.helpage.org.

Pal, K. et coll. 2005. *Can Low Income Countries Afford Basic Social Protection? First Results of a Modelling Exercise*. Genève, Bureau international du Travail, www.ilo.org.

Willmore. L. 2001. *Universal pensions in low-income countries*. New York, Initiative for Policy Dialogue, Columbia University.

Extension de la protection sociale santé par le contrôle des coûts et le regroupement

Aviva Ron[1]

Introduction

La maîtrise du coût des prestations et l'amélioration de leur qualité sont les grands défis à relever pour assurer la pérennité des régimes d'assurance maladie, en particulier à l'heure où l'évolution de la démographie et des caractéristiques des pathologies et de la population active fait naître de nouveaux besoins et modifie les préférences des patients. Il est primordial de relever ces défis, tant pour accroître la population couverte que pour améliorer les prestations. Les pays à bas et moyens revenus, prenant conscience du chemin qui leur reste à parcourir pour atteindre leurs objectifs en termes d'universalité de la couverture, ont cherché à couvrir le secteur informel ou des publics qui étaient auparavant exclus du bénéfice de l'assurance maladie.

La volonté de trouver des solutions à ces problèmes s'est traduite par des réformes de systèmes de sécurité sociale établis de longue date et a contribué à définir les caractéristiques des nouveaux régimes. Les nouvelles mesures adoptées pour maîtriser les coûts ont eu pour résultat une augmentation, plutôt qu'une baisse, du nombre de prestations. En outre, des régimes nationaux uniques ont été créés à partir de la fusion d'une multitude ou, parfois, d'un petit nombre de régimes. Enfin, le vieillissement de la population a motivé des réformes de l'assiette des cotisations et des mesures pour rendre les régimes moins dépendants des traditionnelles recettes d'origine salariale.

Maîtriser les coûts en créant de nouvelles prestations

L'augmentation du nombre de prestations est une évolution liée à la fois à la volonté de maîtriser les coûts et à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Plutôt que de limiter les prestations pour diminuer les coûts, nombre de régimes d'assurance maladie ont en effet choisi de créer de nouvelles prestations de promotion de la santé et de prévention; elles s'adressent aux assurés individuels, à la population assurée dans son ensemble ou ciblent des publics fragiles et concernent plus particulièrement les affections chroniques. Cette évolution s'explique par le fait que la prévention et la promotion de la santé ont apporté la preuve de leur efficacité dans les deux domaines dans lesquels elles faisaient partie intégrante des stratégies de soins, en l'occurrence la santé sur le lieu de travail et la prévention des maladies transmissibles.

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) a continué de promouvoir activement cette tendance dans le cadre de l'initiative commune lancée avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2004. A ce jour, les deux organisations ont, dans le cadre de cette initiative, organisé une réunion consultative conjointe

[1] Consultante – assurance maladie sociale, Organisation mondiale de la santé (OMS).

sur la promotion de la santé et l'assurance sociale et conduit une recherche comparative analysant les actions de promotion de la santé mises en œuvre par les régimes d'assurance sociale de cinq pays.

Jusqu'à présent, il ressort des travaux réalisés par l'AISS et l'OMS dans le cadre de cette initiative commune, que les régimes d'assurance maladie ont modifié les prestations qu'ils offrent et les budgets alloués à la promotion de la santé et à la prévention et établi de nouveaux partenariats pour gérer les risques sanitaires. Les actions en direction des assurés individuels ont d'abord été axées sur la prévention secondaire, notamment sous forme d'actions de dépistage des affections chroniques, puis sur la prévention primaire, qui s'attache à réduire le risque d'apparition de ces maladies. Les campagnes d'éducation menées par les régimes d'assurance maladie en Allemagne et en République de Corée étaient ciblées sur la promotion de l'instruction en matière de santé et sur la sensibilisation à la santé. Ces initiatives visaient à réduire les inégalités dans l'accès aux soins et à promouvoir une utilisation plus rationnelle des services en mettant l'accent tant sur l'adaptation des soins que sur l'adaptation des coûts et ont été menées sur la base des informations provenant de la base de données sur l'utilisation des services de santé par la population assurée. L'exploitation de ces informations a également permis de lancer des campagnes ciblées, en direction des publics les plus exposés au risque d'apparition de maladies chroniques.

Au Mexique, la priorité a été accordée à la prévention primaire, à travers la création d'environnements de nature à réduire le risque de développement des maladies. La Finlande et la Thaïlande ont mis l'accent sur la prévention tertiaire, via des mesures de réadaptation et un suivi efficace de la progression de la maladie. Les nouvelles stratégies de promotion de la santé et de prévention comportent des composantes qui visent à responsabiliser les assurés individuels, en les incitant non seulement à se soumettre précocement à des tests de dépistage, mais aussi à diminuer ou à supprimer l'utilisation de substances favorisant certaines maladies et à adopter un mode de vie plus sain, notamment en faisant plus d'exercice physique.

La mise en œuvre de ces actions de prévention présente davantage d'intérêt dans des systèmes de sécurité sociale intégrés que dans les régimes d'assurance couvrant spécifiquement le risque maladie. En effet, les dépenses engagées dans une branche – en l'occurrence la santé – permettent de réaliser des économies dans les autres branches du même système de sécurité sociale, en l'espèce dans les branches invalidité et chômage.

Les enfants et les jeunes n'ont pas été oubliés dans ces efforts de prévention. En Nouvelle-Zélande, un nouveau dispositif, baptisé *Early Years and Family Start*, ciblé sur les parents adolescents et leurs enfants, propose des services conçus pour améliorer la santé et l'éducation des enfants. Ce dispositif s'inspire du programme canadien *Roots of Empathy*, qui vise à lutter contre la violence et les comportements antisociaux chez les jeunes. Ces dispositifs n'ont pas seulement des objectifs sanitaires: leur finalité est également de prévenir le risque de délinquance et de chômage de longue durée à l'âge adulte.

Maîtriser les coûts en agissant sur la rémunération des prestataires de soins

Jusqu'à une période récente, le moyen utilisé par nombre de régimes d'assurance maladie pour maîtriser la consommation médicale consistait à imposer un copaiement aux patients. Ce principe tend aujourd'hui à être moins utilisé, d'autant plus que des études ont démontré qu'il pouvait dissuader les patients de suivre les traitements prescrits jusqu'à leur terme. Désormais, les régimes cherchent à maîtriser la consommation médicale et, partant, les dépenses de santé, à travers des mécanismes de rémunération des prestataires de soins de nature à favoriser une bonne utilisation du système de santé et à réduire le lien entre le volume des soins, en particulier des soins coûteux, et les revenus des prestataires.

En matière de rémunération des prestataires, on observe un intérêt croissant pour la stratégie qui consiste à remplacer le système traditionnel de paiement à l'acte par des mécanismes reposant sur des paiements forfaitaires, tels que la capitation – qui prévoit un forfait pour chaque assuré – ou le paiement à la pathologie – qui prévoit un forfait pour chaque hospitalisation, calculé selon la nomenclature des *Diagnostic Related Groups* (DRG). La plupart des régimes dans lesquels la tarification à l'acte reste le principal mode de paiement des offreurs de soins ont introduit des mécanismes pour encadrer la rémunération de certaines catégories de prestataires. Ainsi, les dispositifs introduits par l'Allemagne et le Canada il y a plus de dix ans, consistant à plafonner la rémunération en fonction de la moyenne des cabinets au sein d'une même spécialité, sont désormais appliqués par le Japon à titre expérimental. Des barèmes d'honoraires ont été négociés entre les organismes d'assurance maladie et les prestataires et des plafonds sont appliqués à la rémunération des prestataires lorsque les revenus provenant des régimes d'assurance dépassent un certain niveau.

Les pays où les régimes d'assurance maladie sont de création plus récente ont opté pour la capitation comme principal mode de rémunération des prestataires de soins; c'est la Thaïlande qui a ouvert la voie en 1991 et elle a été suivie par la Colombie, le Belize et la République démocratique populaire lao ces cinq dernières années. Ce mode de paiement prévoit un prépaiement au titre d'une liste précise de patients et d'un catalogue de soins au cours d'une période donnée. Il nécessite un système de contrôle des demandes de paiement moins sophistiqué que la tarification à l'acte, mais suppose que les systèmes d'assurance qualité soient axés sur la prévention de la carence de l'offre de soins.

Encadré 1.

La tarification à la capitation est un instrument de maîtrise des coûts et de rémunération des prestataires qui suscite un engouement croissant, de la part tant des régimes d'assurance maladie que des prestataires de soins; les prestataires jugent intéressant de disposer de recettes prépayées et régulières pour une liste définie d'assurés, et ce quelle que soit l'utilisation que ces derniers feront réellement de leurs services et sans avoir à s'adresser à chaque patient pour être payés. Au fil du temps, les régimes d'assurance maladie ont procédé à des ajustements de ce mode de tarification, par exemple pour prendre en compte l'évolution de la démographie et du nombre de patients, ainsi que les exigences à satisfaire en termes de systèmes d'information pour promouvoir des modes de rémunération des prestataires plus évolutifs.

Fusion des régimes

Ces dernières années, certains pays jusqu'alors dotés d'un système d'assurance maladie constitué d'une multiplicité de régimes ont procédé à la fusion ou au regroupement de ces régimes. La République de Corée offre la meilleure illustration de cette tendance, la loi de 2000 sur l'assurance nationale ayant entraîné le regroupement de 350 organismes en un seul régime couvrant quelque 48 millions de personnes.

Le Japon procède actuellement au regroupement progressif de tous les régimes d'assurance sociale. Dans ce pays, la première loi sur l'assurance maladie faisait obligation aux entreprises de plus de 300 salariés de créer leurs propres caisses d'assurance maladie, aux côtés du système d'assurance géré au niveau central. De récentes réformes ont permis aux entreprises de regrouper leurs caisses. En 2005, la République du Kirghizistan a décidé d'opter pour un organisme unique et a commencé par un regroupement à l'échelon provincial à mesure de l'extension du système à l'ensemble du pays.

La réduction des frais de fonctionnement observée dans les systèmes organisés sur la base d'un organisme unique est certes pour beaucoup dans la décision de regrouper les régimes, mais ne constitue pas le principal facteur

d'explication. Cette stratégie est en effet principalement motivée par le fait qu'elle favorise une mutualisation maximale et renforce le pouvoir de négociation des régimes vis-à-vis des prestataires de soins.

L'Autriche n'a pas emprunté la voie du regroupement mais a décidé, en 2006, de créer des agences sanitaires publiques régionales agissant en qualité d'acheteurs de soins de santé pour le compte des caisses d'assurance maladie. La finalité de cette mesure était de renforcer le pouvoir de négociation sans que cela ait une incidence sur l'autonomie des diverses caisses d'assurance maladie. Aux Pays-Bas, la loi sur l'assurance maladie entrée en vigueur en 2006 a mis un terme à la fragmentation de la population couverte par les divers dispositifs d'assurance maladie, publics et privés, obligatoires et volontaires. Alors que les salariés les mieux rémunérés ne relevaient auparavant pas du système d'assurance sociale et devaient se tourner vers l'assurance privée pour la majeure partie de leurs soins de santé, tous les résidents sont désormais couverts par un régime obligatoire unique. La liberté de choix de l'assureur, qui était traditionnellement la règle, a été maintenue.

Adoption de nouvelles approches vis-à-vis des recettes

Dans plusieurs pays d'Europe, la question de l'adéquation des cotisations suscite de plus en plus d'inquiétudes, notamment en raison de l'évolution des tendances démographiques et des caractéristiques des maladies. Les cotisations des assurés à la retraite (et de ceux qui n'exercent pas d'activité économique) sont assises sur une pension et non sur un salaire, si bien que le vieillissement de la population assurée se traduit par l'augmentation de la proportion de cotisants versant des cotisations faibles. En outre, nombre de pays ont déjà introduit de nouveaux dispositifs d'assurance pour couvrir les soins de longue durée; or, la population vieillissant, le nombre d'années pendant lesquelles un assuré a besoin de soins aigus augmente. Face à cette situation, les Pays-Bas ont introduit une réforme du mode de financement: alors que les cotisations classiques, assises sur le salaire et partagées entre l'employeur et le salarié, représentaient auparavant l'intégralité des recettes, elles n'en constituent désormais plus que la moitié, l'autre moitié provenant de contributions forfaitaires payées par chaque assuré. Très récemment, l'Allemagne a également adopté des mesures pour réduire la part que représentent les cotisations assises sur les salaires dans le financement. Quant à la France, elle a, dans le but spécifique de financer les soins destinés aux personnes âgées, augmenté les recettes de cotisation en modifiant l'assiette. Les salariés français doivent désormais travailler davantage (7 heures de plus par an); la part patronale de la cotisation d'assurance maladie va augmenter de 0,3 % et le taux du prélèvement sur les produits de placement a été porté de 2 à 2,3 % pour augmenter les ressources finançant les prestations d'aide à l'autonomie pour les personnes âgées.

Extension de la couverture

Dans le monde en développement, la couverture de l'assurance maladie ne s'étend que très lentement et a même diminué ces dernières années dans les pays qui se convertissent à l'économie de marché, comme la République populaire de Chine, la Mongolie et nombre de pays de l'ex-Union soviétique. La rationalisation du service public et la privatisation des entreprises d'Etat se sont soldées par l'apparition d'une nouvelle catégorie d'exclus. Des régimes de sécurité sociale étaient certes en place pour l'économie formelle, mais peu de mesures ont été prises pour promouvoir l'affiliation des travailleurs employés dans l'économie informelle, de sorte que ces travailleurs sont très peu nombreux à être couverts, comme dans nombre de pays développés.

L'intérêt que suscite l'extension de la couverture est motivé par des préoccupations politiques et des objectifs d'équité, ainsi que par la volonté de parvenir à une large mutualisation au sein de chaque système. Tous les gouvernements veulent réduire le risque de pauvreté ; or, il est désormais reconnu que le fait d'avoir à payer leurs soins est une des principales raisons pour lesquelles les familles basculent dans la pauvreté. Les flambées récentes de maladies transmissibles émergentes ont donné naissance à un nouveau problème. Il est bien connu que si les établissements, privés comme publics, imposent aux patients de payer leurs soins, une partie

très significative de la population risque de ne pas utiliser les services proposés par ces établissements ou d'attendre que la maladie ait atteint un stade avancé pour se faire soigner; dans ce cas, des raisons financières peuvent en outre faire obstacle à la poursuite du traitement. Or, la rapidité d'accès aux soins est un élément essentiel au contrôle des nouvelles maladies infectieuses émergentes comme la grippe aviaire et le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Différentes stratégies ont été adoptées pour étendre la couverture; elles ont essentiellement ciblé la population à faible revenu et les travailleurs employés dans le secteur informel. Ces cinq dernières années, plusieurs régimes d'assurance maladie nationaux, par exemple les régimes mexicain, colombien, philippin et vietnamien, ont utilisé les ressources des systèmes d'assistance sociale pour financer des cartes d'assurance maladie en faveur des familles défavorisées. Ces initiatives constituent un changement de cap important par rapport à la pratique consistant à affecter des fonds de l'Etat au paiement direct des prestataires au titre des soins qu'ils dispensent aux patients dispensés du paiement des soins. Permettre aux plus défavorisés d'accéder aux soins en utilisant la même carte d'assurance maladie que les cotisants est un moyen de réduire la stigmatisation et la discrimination.

Une manière simple mais peu utilisée d'étendre la couverture consiste à faire bénéficier les personnes à la charge des actifs ou retraités du système d'assurance. Dans plusieurs pays d'Asie, comme la République populaire de Chine, la Mongolie et le Vietnam, les régimes d'assurance maladie ne couvraient, lors de leur création, que les travailleurs. Dans ces pays, des projets de réformes envisagent la couverture des personnes à la charge des assurés, ce qui aurait immédiatement pour effet d'augmenter de manière importante le nombre de bénéficiaires et de permettre à ces pays de se rapprocher d'une couverture universelle.

Reste à examiner la situation des travailleurs employés dans le secteur informel, dont les revenus ne sont sans doute pas stables mais se situent au-dessus du seuil de pauvreté. Les Philippines se mobilisent pour étendre la couverture aux travailleurs du secteur informel employés dans des coopératives et des associations de la société civile susceptibles de se charger de l'affiliation et du recouvrement des cotisations pour le groupe. Le Vietnam a accru ses efforts pour affilier les non-salariés et les travailleurs de petites entreprises en renforçant les agences régionales du régime national et en introduisant davantage de souplesse en matière de paiement des cotisations. Ces dernières années, la République populaire de Chine s'est en priorité attachée à remettre en place une assurance maladie pour la population rurale et a utilisé le budget de l'Etat pour subventionner l'accès à l'assurance maladie de cette population.

Plusieurs pays en développement favorisent la mise en place de deux systèmes parallèles: l'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel par l'intermédiaire des régimes de sécurité sociale existants et l'assurance maladie communautaire volontaire pour le secteur informel. Ce modèle, actuellement adopté par l'Inde, la République démocratique populaire lao et de nombreux pays africains, tient compte des difficultés que rencontrent les systèmes de sécurité sociale pour couvrir les travailleurs employés dans le secteur informel, qui n'ont pas d'employeur pour partager le coût des cotisations.

Encadré 2.

Promouvoir les régimes d'assurance maladie communautaires présente également l'intérêt de faciliter la couverture de la population des zones rurales, où les régimes couvrant le secteur formel n'interviennent pas. La viabilité de petits régimes communautaires n'est certes pas toujours garantie, mais cette démarche présente au moins l'intérêt de permettre à la population couverte d'accéder aux soins et sensibilise aux avantages du prépaiement ou de l'assurance maladie. Il est important de veiller à ce qu'il y ait des liens et une coordination entre les différents régimes d'un même pays, car un soutien technique, une coordination et une réglementation appropriés de la part de l'Etat, peuvent leur permettre de se regrouper pour former un

système national ou de fusionner avec un tel système. L'étude conjointe menée par l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) et l'Association internationale de la mutualité (AIM) sur les liens possibles entre les régimes de sécurité sociale obligatoires et les mécanismes communautaires de protection sociale mettra en évidence des moyens qui permettraient d'assurer une telle coordination.

Conclusions

Réformer les régimes d'assurance maladie est parfois une tâche difficile du fait de l'insuffisance de données sur l'impact des changements et parce que le processus de réforme doit être mis en œuvre dans des institutions complexes, fonctionnant sur la base d'une représentation tripartite. Une fois que le débat interne a eu lieu, l'introduction de réformes d'envergure suppose généralement l'adoption de lois, parfois au terme d'un long processus parlementaire. Il n'en demeure pas moins que des réformes sont effectivement mises en œuvre, généralement avec des résultats positifs. En outre, d'importants changements peuvent être apportés aux prestations et aux relations avec les prestataires de soins à travers la recherche, l'analyse et le débat avec des partenaires internes ou extérieurs à l'institution, sans qu'il soit besoin d'amender la législation. Le panorama des tendances brossé par le présent rapport montre combien il est important que les régimes d'assurance maladie disposent d'un forum – comme celui que l'AISS cherche à promouvoir – pour suivre ces développements dans un contexte permettant des discussions transparentes, tant sur les problèmes que sur les solutions.

Suggestions de lecture

Carrin, G.; James, C. 2004. *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Health System Financing, Expenditure and Resource, www.who.int/health_financing/atteindre_la_couverture_universelle_par_dp_f_04_2.pdf (également disponible en anglais: www.who.int/health_financing/discussion_papers/en/index.html).

Goldman, D.P.; Joyce, G.F.; Lawless, G.; Crown, W.H.; Willey, V. 2006. «Benefit Design and Specialty Drug Use», *Health Affairs*, sept./oct. 2006, vol. 25, n° 5, rand.org/publications et www.healthaffairs.org.

Henke, K.D. ; Schreyögg, J. 2005. *Towards sustainable health care systems*, www.issa.int/pdf/publ/henkeed2.pdf.

James, C.; Schremmer, J. 2005. «Politiques récentes en matière de soins de santé: une stratégie élargie pour des systèmes durables?», *Sécurité sociale: Pour une confiance retrouvée*, Association internationale de la sécurité sociale, 2005, www.issa.int/pdf/publ/1DT.pdf, (également disponible en anglais, espagnol, allemand et japonais: www.issa.int).

Ron, A.; Bayarsaikhan, D.; Than S. (sous la direction de). 2005. *Social Health Insurance: Selected Case Studies from Asia and the Pacific*, Bureaux régionaux du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, ISBN 92 9022 239 5.

Wagstaff, A. 2007. *Social Health Insurance Reexamined*, Groupe de recherche sur le développement, Banque mondiale, World Bank Policy Research Working Paper 4111, Washington, DC, Etats-Unis.

Liens utiles

Association internationale de la sécurité sociale: www.issa.int.

European Network for Workplace Health Promotion (Réseau européen pour la santé sur le lieu de travail): www.enwhp.org.

Organisation internationale du Travail: www.ilo.org et www.ilo.org/step, Consortium OMS/BIT/GTZ: www.socialhealthprotection.org.

Organisation mondiale de la Santé: www.who.int/health_financing.

Le réexamen des régimes de comptes individuels en vue de l'instauration de systèmes de pensions multipiliers plus intégrés

Ariel Pino et Dmitri Karasyov[1]

Introduction

En s'appuyant sur des données publiées par l'Association internationale de la sécurité sociale (Schremmer, 2005), le présent article vise à rendre compte des tendances récentes en matière de régimes de comptes individuels, observées en Amérique latine et dans les pays d'Europe centrale et orientale (ECO) et de l'ex-URSS. Dans certains pays, les développements récents ne font que confirmer la tendance, relevée dans de précédentes études, à un ajustement du mode de fonctionnement des régimes de comptes individuels. L'objectif de ce processus de mise au point est généralement d'améliorer la performance et la gouvernance de ces régimes, afin qu'ils soient mieux en mesure de garantir un revenu de retraite adéquat aux assurés.

Plus intéressant, en revanche, les tendances récentes observées dans un nombre appréciable de pays latino-américains révèlent l'émergence d'un phénomène hautement significatif, qui sera le thème central du présent article. De manière générale, il s'agit d'un processus de réexamen en profondeur du rôle que les régimes de comptes individuels peuvent et doivent jouer, en tant que partie intégrante de stratégies gouvernementales visant à instaurer des systèmes de pensions multipiliers de plus en plus intégrés. Au-delà des spécificités nationales qui imposent de ne pas généraliser à l'excès, on assiste indéniablement à un réexamen de questions fondamentales concernant la capacité des régimes privés de comptes individuels, comparée à celle des régimes publics d'assurance sociale, à fournir des prestations adéquates à tous les groupes sociaux, dans des conditions d'équité et de viabilité satisfaisantes.

Les réformes mises en œuvre jusqu'à présent

Dans le sillage de la réforme en faveur du modèle substitutif mise en œuvre au Chili en 1981, un certain nombre de pays latino-américains se sont attelés, pendant les années quatre-vingt-dix, à éliminer progressivement leur régime public par répartition à prestations définies (Bolivie, 1997; Mexique, 1997; El Salvador, 1998; et République dominicaine, 2006) ou à le compléter par un régime obligatoire de comptes individuels (Argentine, 1994; Uruguay, 1996; Costa Rica, 2001). D'autres pays de la région (Pérou, 1993; et Colombie, 1994) ont instauré un système au sein duquel un régime d'assurance sociale à prestations définies et un régime obligatoire de comptes individuels se disputent le marché des cotisants (Mesa-Lago, 1996; Müller, 2003, p.22).

Les réformes votées par les législateurs n'ont cependant pas toujours été mises en œuvre, comme cela a été le cas en Equateur (2001) et au Nicaragua (2002). En Equateur, la loi promulguée a été déclarée contraire à la Constitution

[1] Les auteurs sont membres du Secrétariat général de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS).

par la Cour suprême, tandis que celle adoptée au Nicaragua a finalement été abrogée en février 2006, après que la date de son entrée en vigueur ait été différée. Cette décision a été prise par crainte que le déficit résultant de la mise en œuvre du nouveau régime de pensions ne mette en péril la stabilité macro-économique du pays.

Dans les pays d'ECO et de l'ex-URSS, des réformes instaurant un régime obligatoire d'épargne retraite individuelle en tant qu'élément clé d'un système de pensions multipiliers ont été mises en œuvre en Hongrie (1998), en Pologne (1999), en Lettonie (2001), en Estonie (2002), en Bulgarie (2002), en Croatie (2002), dans la Fédération de Russie (2002), en ex-République yougoslave de Macédoine (2004), en Ouzbékistan (2005), en Slovaquie (2005) et en Roumanie (2007). De ce fait, ces différentes réformes nationales s'inscrivaient dans la lignée de celles mises en œuvre pour la première fois en Argentine et en Uruguay. Par contre, la réforme entreprise au Kazakhstan en 1998, axée sur une privatisation complète des pensions, semble avoir été davantage inspirée par le modèle chilien. Quant à la Lituanie, faisant figure d'exception parmi les pays de l'ex-URSS ayant réformé leur système de pensions, elle a introduit en 2004 un régime par capitalisation à participation facultative.

A l'heure actuelle, trois pays (l'Ukraine, l'Arménie et l'Azerbaïdjan) prévoient d'introduire avant la fin de la présente décennie un régime de pensions obligatoire reposant sur des comptes individuels.

Au-delà des différences existant entre les pays latino-américains, d'ECO et de l'ex-URSS sur le plan socio-économique, géographique et politique, il est possible d'identifier un certain nombre de problèmes communs à tous en matière de sécurité sociale, qui sont à l'origine des réformes de leurs régimes publics de pensions et ont facilité leur mise en œuvre. Ces problèmes communs sont notamment les suivants:

- le manque de viabilité et l'insolvabilité financière des programmes d'assurance sociale;
- les changements démographiques;
- les inquiétudes sur l'adéquation du niveau des pensions;
- les faibles niveaux de couverture des régimes publics;
- l'évasion en matière de cotisations;
- l'augmentation de l'emploi informel;
- les mutations des marchés du travail.

Selon un argument couramment avancé en Amérique latine et dans les pays d'ECO et de l'ex-URSS pour justifier la réforme du système des pensions, l'introduction d'un régime obligatoire d'épargne-retraite individuel devait avoir pour effet non seulement d'améliorer la protection sociale des populations couvertes, mais aussi de stimuler la croissance économique et de développer le secteur financier, ce qui permettrait en retour de créer des emplois et de réduire les niveaux inacceptables de pauvreté.

La nécessité de réexaminer les réformes

Cela fait plus de vingt-cinq ans que le Chili a réformé son système des pensions et plus de dix ans que d'autres pays latino-américains l'ont fait à leur tour. Un laps de temps suffisamment long s'est donc écoulé pour que, dans un certain nombre de pays, on s'intéresse maintenant aux faiblesses perçues des résultats de ces réformes. D'un côté, les gouvernements se heurtent au problème persistant du faible taux de couverture des régimes obligatoires d'assurance vieillesse et, de l'autre, ils font face à des pressions croissantes pour élargir la portée des programmes existants d'assistance sociale financés par l'impôt et mieux les intégrer aux régimes de pensions contributifs, afin de lutter contre la pauvreté des personnes âgées. Comme conséquence de la réalité socio-économique de ces pays, notamment marquée par l'augmentation de l'emploi informel, la réforme des pensions figure de nouveau dans leur agenda politique.

Les ajustements postérieurs aux réformes

Face aux défis qu'il reste encore à relever pour assurer un niveau adéquat des pensions de vieillesse, un consensus a peu à peu émergé parmi les acteurs sociaux et politiques de certains pays latino-américains. Ainsi sont-ils de plus en plus nombreux aujourd'hui à reconnaître que, lorsque le système national des pensions englobe un régime d'épargne-retraite individuel, l'Etat doit intervenir de façon vigoureuse pour assurer une bonne intégration et une complémentarité des différents piliers obligatoires. C'est la raison pour laquelle on assiste actuellement à un réexamen des réformes des pensions menées à bien dans certains pays au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix.

Le Chili et l'Argentine sont les premiers pays à s'être engagés sur cette voie, ce qui revêt une importance significative en raison de leur rôle de précurseurs en matière de réforme des pensions[2]. Dans chacun de ces pays, un comité d'experts a évalué le système de pensions «réformé» et a proposé des alternatives. Fait intéressant, et pas seulement pour des raisons historiques, le dialogue social a joué dans les deux pays un rôle capital dans ce processus, en permettant à tous les acteurs sociaux de participer aux discussions

En avril 2007, l'Argentine a donc entrepris de «revisiter» la réforme de son système de pensions. Il s'agit là du premier pays au monde à procéder à une réforme majeure de son régime de pensions basé sur des comptes individuels. Cette réforme est l'aboutissement d'un processus qui avait débuté en 2003[3], avec la présentation d'un projet de réforme visant essentiellement à étendre la couverture des pensions à travers une meilleure répartition des rôles incombant aux différents éléments du système de sécurité sociale. Ce projet de réforme a ensuite été complété en 2005[4] par une évaluation actuarielle complète du système.

Les principaux aspects de la réforme entreprise en 2007 en Argentine, à l'issue d'un long processus de consultation, sont les suivants:

- la mise en concurrence du régime d'assurance sociale et du régime d'épargne-retraite individuel. Les assurés ont dorénavant la possibilité, tous les cinq ans, de passer d'un régime à un autre;
- le plafonnement à 1 pour cent du salaire de la commission prélevée aux assurés par les gestionnaires des fonds de pensions;
- le transfert automatique vers le régime d'assurance sociale des assurés n'ayant pas accumulé sur leur compte individuel un capital suffisant pour avoir droit à une pension adéquate au moment de la retraite. Ce transfert s'opère à partir de 55 ans pour les hommes et de 50 ans pour les femmes.

Au Chili, le processus formel de «réforme de la réforme» du système des pensions a débuté fin 2005, lorsqu'un comité d'experts a présenté au gouvernement une proposition de réforme[5]. Celle-ci a ensuite fait l'objet d'un projet de loi de réforme[6], qui a été soumis à l'examen du Parlement.

Selon les termes de la proposition de réforme, le système de pensions chilien sera restructuré en un système à trois piliers: un pilier solidaire, un pilier contributif basé sur des comptes individuels et un pilier volontaire. Les principaux objectifs de cette réforme sont: i) assurer la couverture universelle du système des pensions; ii) élever le taux de remplacement moyen des pensions; iii) éliminer le risque de pauvreté pour les retraités; et iv) garantir la réalisation de ces objectifs sur le long terme.

[2] Pour plus d'informations sur les réformes réalisées dans ces pays et dans d'autres, veuillez consulter le système d'information en ligne de l'AISS «Sécurité sociale dans le monde», notamment la base de données «Réformes» (accès libre) sur www-ssw.issa.int/.

[3] Secretaría de Seguridad Social de Argentina. 2003. Libro blanco de la previsión social. Buenos Aires.

[4] Secretaría de Seguridad Social de Argentina. 2005. *Valuación Financiera Actuarial del SIJP 2005/2050*. Buenos Aires, Argentine.

[5] Consejo Asesor Presidencial para la Reforma Previsional (Conseil consultatif présidentiel pour la réforme du système de protection sociale). 2006. *El Derecho a una Vida Digna en la Vejez. Hacia un Contrato Social con la Previsión en Chile*. Santiago, Chili.

[6] Gouvernement du Chili, Projet de loi de réforme *(Mensaje)* n° 558-34 du 15 décembre 2006.

Les principaux changements proposés dans le cadre de cette réforme sont les suivants:

- la création d'un pilier solidaire;
- la couverture obligatoire des travailleurs indépendants;
- le renforcement des mesures d'incitation à l'épargne;
- l'adoption de dispositions en faveur de l'égalité des genres;
- l'amélioration du système des pensions en termes d'efficacité, de transparence et de sécurité et sur le plan de la gestion des investissements.

Trois autres pays latino-américains ont également engagé des discussions sur l'avenir de leur système national des pensions.

Au Pérou, un rapport sur la situation du régime de pensions basé sur des comptes individuels, élaboré en 2005 par la Superintendance des banques et assurances et les gestionnaires de fonds de pensions, a mis en évidence le faible niveau de couverture du système national des pensions et son incapacité à répondre aux besoins de la majorité des travailleurs du pays en matière de protection sociale. Un processus de dialogue social a alors été engagé sur ce dossier et le texte final de la proposition de réforme est actuellement en cours d'élaboration. Comme au Chili, la réforme envisagée prévoit la création d'un nouveau pilier solidaire au sein du système existant.

Les principaux objectifs du projet de réforme péruvien sont les suivants:

- l'élargissement de la couverture du système;
- l'adoption de mesures destinées à accroître l'efficacité du système et à réduire ses coûts de fonctionnement;
- l'amélioration des prestations.

Une des premières mesures concrètes adoptées dans le cadre de la réforme du système péruvien concerne certains assurés du régime obligatoire privé basé sur des comptes individuels, qui, depuis mars 2007, ont la possibilité de réintégrer le régime public d'assurance sociale.

La réforme du système des pensions est aussi à l'ordre du jour en Bolivie. En avril 2007, le gouvernement de ce pays a amorcé un processus de dialogue social visant à créer un consensus autour d'un projet de réforme, qui prévoit la nationalisation du régime de pensions obligatoire basé sur des comptes individuels. Si cette réforme aboutit, les caisses de pensions privées ne seront plus administrées par des gestionnaires de fonds, comme c'est le cas actuellement, et passeront sous contrôle du Trésor national.

En Uruguay aussi, le gouvernement envisage de réformer le système national des pensions. Les principaux enjeux de ce projet de réforme sont l'extension de la couverture du système et la fourniture de prestations adéquates. Il met également l'accent sur la nécessité de renforcer le principe de solidarité et de laisser une plus grande liberté aux assurés dans le choix de leur fonds privé d'épargne-retraite individuel. On prévoit que le processus formel de réforme sera enclenché en 2007 et inclura une réforme paramétrique du régime public d'assurance sociale.

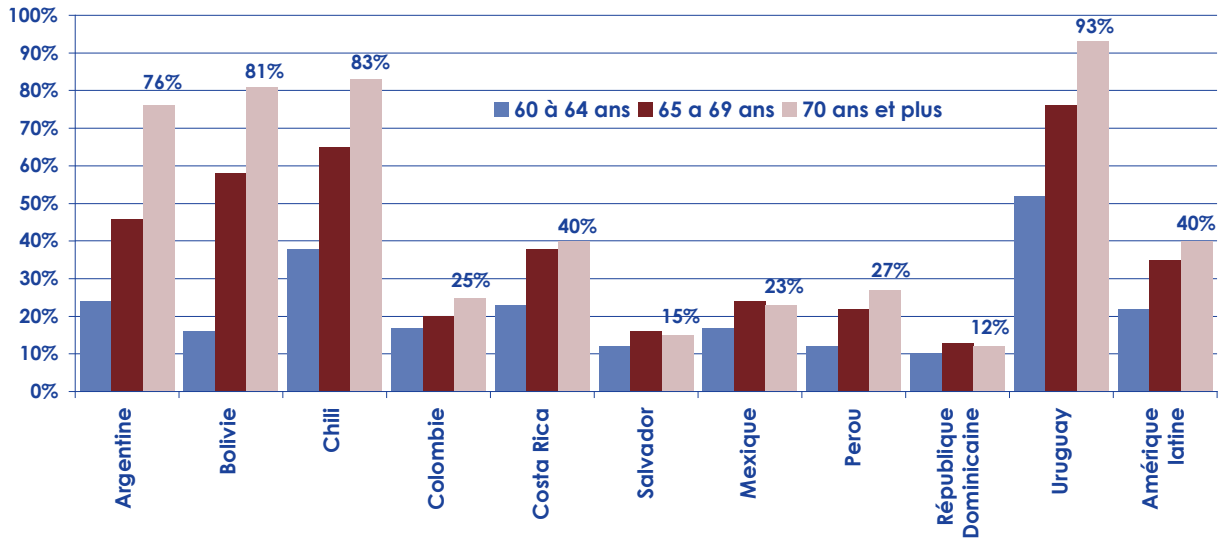
Il est important de souligner que dans tous ces projets de réforme, y compris celui de «réforme de la réforme» mis en œuvre en Argentine, l'objectif visé n'est pas de supprimer les régimes de pensions basés sur des comptes individuels, mais de mieux définir leur rôle et leur poids relatif au sein du système global d'assurance vieillesse.

En se plaçant dans une perspective plus large, on peut dire que ces réformes (ou projets de réforme) visent à assurer un meilleur équilibre entre les rôles incombant aux différents régimes contributifs et non contributifs, afin de favoriser l'extension de la couverture de la sécurité sociale à tous les travailleurs et leurs personnes à charge.

L'un des autres objectifs clés de ces réformes est d'augmenter le montant des prestations à un niveau qui soit accessible et viable pour les finances publiques du pays concerné.

Comme le montre le graphique ci-dessous, le faible niveau de couverture du système des pensions demeure un problème majeur pour les pays latino-américains qui ont instauré un régime de pensions basé sur des comptes individuels. Si rien n'est fait pour améliorer le niveau de couverture des régimes contributifs et, dans le même temps, relever le niveau des prestations servies aux assurés, les gouvernements de ces pays se verront contraints d'assumer le coût du financement de prestations adéquates dans le cadre de programmes de sécurité du revenu à l'intention des personnes âgées. C'est pourquoi il est dans l'intérêt de toutes les parties prenantes d'améliorer l'efficacité et la rentabilité de tous les régimes contributifs de sécurité sociale, qu'ils soient publics ou privés.

Graphique. *Couverture du système des pensions par tranche d'âge*



Source: CEPAL, 2006. La protección social cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad; Santiago de Chile.

Conclusion

Les réformes et les «réformes de réformes» des pensions menées en Amérique latine constituent de précieuses études de cas pour les autres pays qui ont entamé une réflexion sur ce sujet, notamment les pays d'ECO et de l'ex-URSS qui ont généralement introduit plus tardivement un régime obligatoire d'épargne-retraite individuel dans le cadre de la réforme de leur système de pensions. De fait, les données actuellement disponibles sur les processus de réforme menés à bien dans ces pays montrent qu'ils continuent d'ajuster le mode de fonctionnement et la structure de leurs régimes de comptes individuels. La Pologne par exemple centre ses réflexions sur la libéralisation des investissements et le plafonnement des frais de gestion, l'Estonie sur la libéralisation des investissements, la Fédération de Russie sur la libéralisation des investissements et le Kazakhstan sur l'introduction d'une allocation supplémentaire au minimum vieillesse versée par l'Etat à tous les retraités. Ce processus d'ajustement se poursuit également dans les pays latino-américains, soit au niveau des dispositifs de prestations en Bolivie en 2005, soit au niveau des pratiques en matière d'investissement au Pérou et au Mexique en 2005. De ce point de vue, la coopération au sein de l'Association internationale de la sécurité sociale permet aux membres affiliés de cette région de partager leurs connaissances concernant les bonnes pratiques.

Les acteurs politiques et sociaux sont parvenus ces dernières années à un consensus sur le rôle des régimes de comptes individuels. Il est désormais largement admis que, pour atteindre leurs objectifs sociaux, les régimes de comptes individuels doivent être complétés de façon adéquate par des prestations versées par les régimes publics de pensions de type contributif et/ou non contributif. C'est précisément dans ce but qu'ont été entrepris les principaux processus de «réforme de la réforme» où les régimes de comptes individuels sont perçus comme une source de revenu de retraite appréciable, mais pas suffisante.

Suggestions de lecture

Callund Consulting. 2004. «Protecting individual rights in privately managed retirement schemes: an international study». Genève, Association internationale de la sécurité sociale. (Rapport de l'Initiative de l'AISS «Pour une sécurité sociale plus forte», disponible seulement en anglais), www.issa.int/engl/initiative/projects/2callund.pdf.

Mesa-Lago. C. 2006. «Private and public pension systems compared: an evaluation of the Latin American experience», dans *Review of Political Economy*, vol. 18, n° 3, pp. 317-334.

Mesa-Lago. C. 1996. «Las reformas de pensiones de seguridad social en América Latina: Sistemas públicos, privados, mixtos y paralelos». *Estudios de la Seguridad Social n° 80*, Genève, AISS (disponible seulement en espagnol).

Müller, K. 2003. *Privatising Old-Age Security: Latin America and Eastern Europe Compared*, Cheltenham, Edward Elgar.

Schremmer, J. 2005. «Tendances récentes des politiques en matière de retraite privée: quelle protection pour les individus?», dans Levinsky, R.; McKinnon, R. (sous la direction de), *Sécurité sociale: Vers une confiance retrouvée*,Genève, AISS.

Le succès des politiques visant à l'allongement de la vie active

Roland Sigg[1] et Valentina De-Luigi[2]

Introduction

Après plusieurs décennies où un consensus a régné sur l'encouragement de la retraite anticipée, le défi qu'actuellement se posent les pays industrialisés est de réussir à garder les travailleurs âgés de plus de 50 ans sur le marché du travail. L'allongement de la vie professionnelle est devenu un objectif stratégique, notamment pour faire face au vieillissement de la population. L'Union européenne (UE) et l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) se font porteuses de cette nouvelle tendance, en publiant des rapports, en faisant des recommandations et en imposant parfois des objectifs précis (voir encadré 1).

Encadré 1.

L'augmentation de la participation des seniors au marché du travail fait partie intégrante de la stratégie européenne pour l'emploi. En mars 2001, le Conseil européen de Stockholm a établi l'objectif de porter le taux d'emploi des travailleurs entre 55 et 64 ans à 50 pour cent dans l'Union européenne. En 2005, 8 pays sur 25 avaient franchi le seuil.

La première raison de ce changement de politiques reflète les préoccupations budgétaires auxquelles doivent faire face les pays industrialisés dans le contexte de la globalisation. La sécurité sociale, et notamment le secteur des retraites et des préretraites, est l'un des domaines dans lesquels les pays ont le plus de dépenses: dans une situation de compétitivité internationale, la stabilisation de ces coûts devient un objectif crucial. La deuxième raison est liée à la durabilité des régimes de retraite. L'espérance de vie ne fait qu'augmenter depuis cinquante ans, tandis que le taux de natalité tend à diminuer. D'ici à 2050, selon les prévisions des Nations Unies, dans les pays les plus développés, 26 pour cent de la population totale auront plus de 65 ans, et il n'y aura que deux travailleurs pour un retraité (en 1950 ce rapport était encore de 10 à 1, aujourd'hui de 4 à 1). Des réformes sont donc essentielles pour faire face à une situation qui verra plus de retraites à financer plus longtemps. Enfin, il y a la question de la croissance économique. Dans un contexte de mondialisation, afin de maintenir et stimuler la croissance, il est nécessaire d'augmenter le taux d'emploi. Les pays ont compris que le vivier constitué par les inactifs de 55 à 64 ans était très important: en 2005, dans la zone de l'OCDE, seulement un senior sur deux était en emploi.

Les travailleurs âgés ont été identifiés comme la cible des interventions publiques: favoriser l'embauche et le maintien des plus âgés dans l'emploi améliore la situation des finances publiques (les dépenses publiques liées aux préretraites diminuent, tandis que les recettes fiscales augmentent), aide à compenser l'impact négatif du vieillissement sur la croissance économique et accroît la population active.

[1] L'auteur est membre du Secrétariat général de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS).

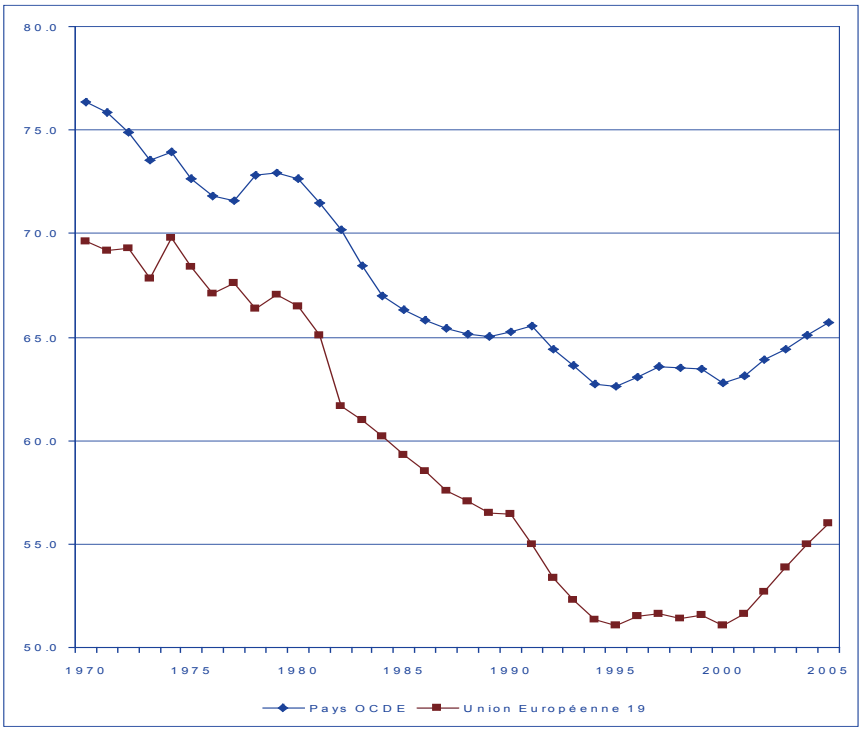
[2] Collaboratrice scientifique à l'Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, Suisse et Consultante à l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS).

Renversement de tendance

Dans les années 1970, presque 80 pour cent des hommes entre 55 et 64 ans, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, étaient en emploi. Depuis, le taux d'activité des seniors hommes[3] n'a fait que diminuer (graphique 1), et il a touché le point le plus bas en 1995 (62,7 pour cent). La chute de l'activité après 55 ans constitue un phénomène très marquant de ces dernières 25-30 années, pour tous les pays de l'OCDE (graphiques 2a et 2b). L'explication principale de cette diminution réside dans l'utilisation massive des possibilités de départ précoce: à partir des années 1970, la retraite anticipée a été perçue comme l'une des solutions aux problèmes de l'emploi (notamment le chômage des jeunes) et elle a été acceptée par les différents partenaires sociaux. Dans certains pays d'Europe continentale, où les régimes de sécurité sociale se sont montrés particulièrement généreux, le taux d'activité des hommes entre 55 et 64 ans a pratiquement été divisé par deux.

La diminution de l'activité chez les seniors paraissait inexorable. Toutefois, à partir de la moitié des années quatre-vingt-dix, un renversement de tendance significatif peut être observé. Le changement est évident si l'on analyse l'ensemble des pays de l'OCDE (graphique 1): vers 1995, le taux recommence faiblement à augmenter et il évolue de manière plus stable à partir de 2000. Plus précisément, 21 pays de l'OCDE sur 30 ont réussi à augmenter le taux d'activité des travailleurs âgés de 55 à 64 ans entre 1995 et 2005 (graphique 3). Le renversement de tendance est particulièrement marquant pour certains pays (Pays-Bas, République slovaque, Hongrie, Finlande et République tchèque) qui accroissent leur taux d'activité de plus de 10 points en dix ans, mais il est aussi important du côté de certains pays d'Europe continentale, qui avaient connu de fortes diminutions depuis vingt-cinq ans (France, Allemagne, Belgique, Espagne). Pour quelques autres pays connaissant des taux élevés (Islande, Japon, Suisse), ce renversement de tendance ne s'est pas opéré, bien que leur taux soit encore le plus élevé parmi les pays de l'OCDE (graphiques 2a et 2b).

Graphique 1. *Taux d'activité 55-64 ans hommes, 1970-2005, pays de l'OCDE et Union européenne (19 pays)*

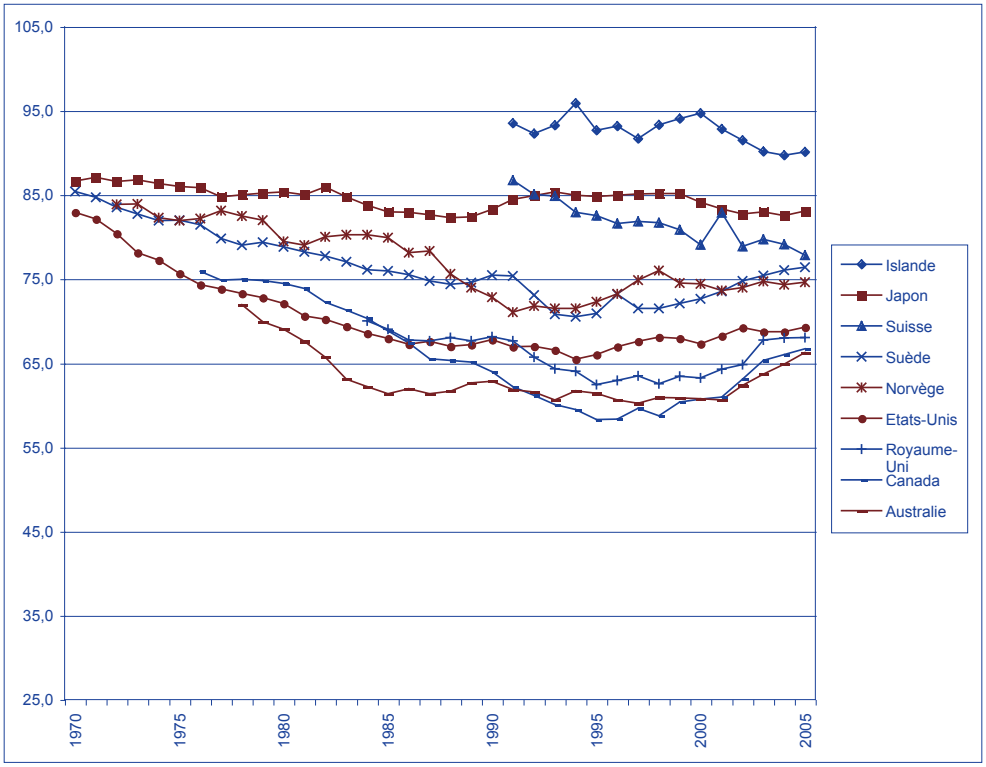


Source: OCDE: Base de données sur la population active.

[3] On prend ici comme référence le taux d'activité des hommes car le taux d'activité des femmes seniors, depuis les années soixante-dix, ne fait qu'augmenter. Pour les femmes, le phénomène de la sortie anticipée intervient conjointement à l'entrée sur le marché du travail des nouvelles générations de travailleuses. L'interprétation de l'évolution du taux d'activité féminine (et de celui, global, qui comprend les deux) est donc plus compliquée.

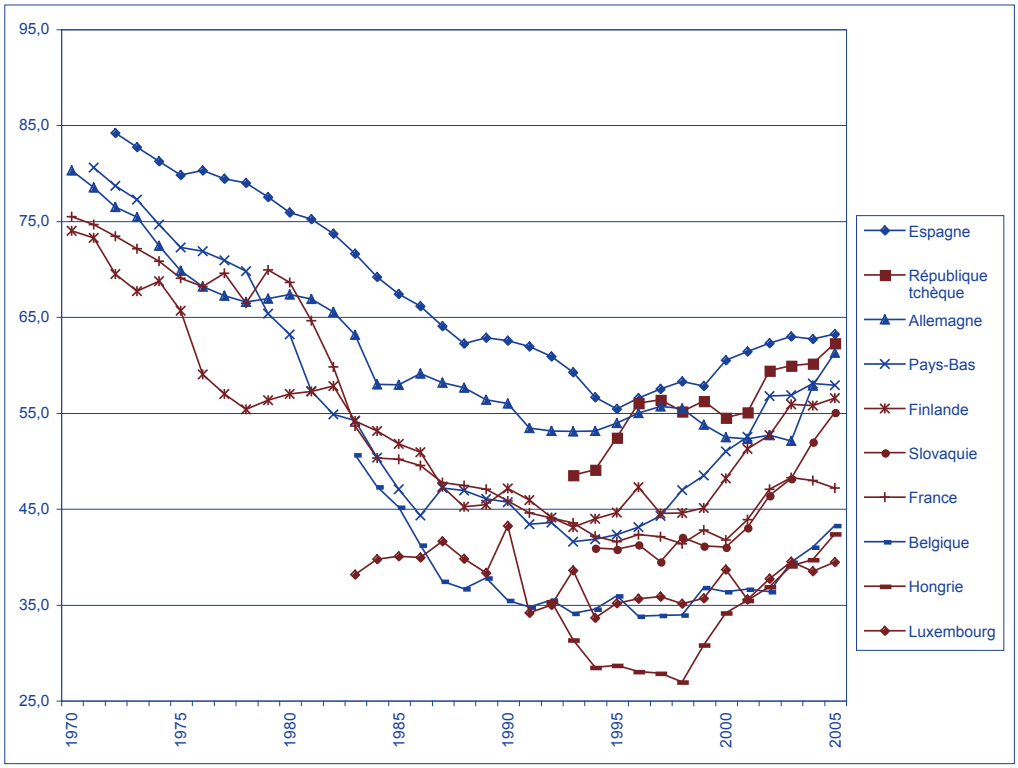
Graphiques 2a et 2b. *Taux d'activité des 55-64 ans hommes, dans une sélection des pays de l'OCDE*

2a.



Source: OCDE: Base de données sur la population active.

2b.

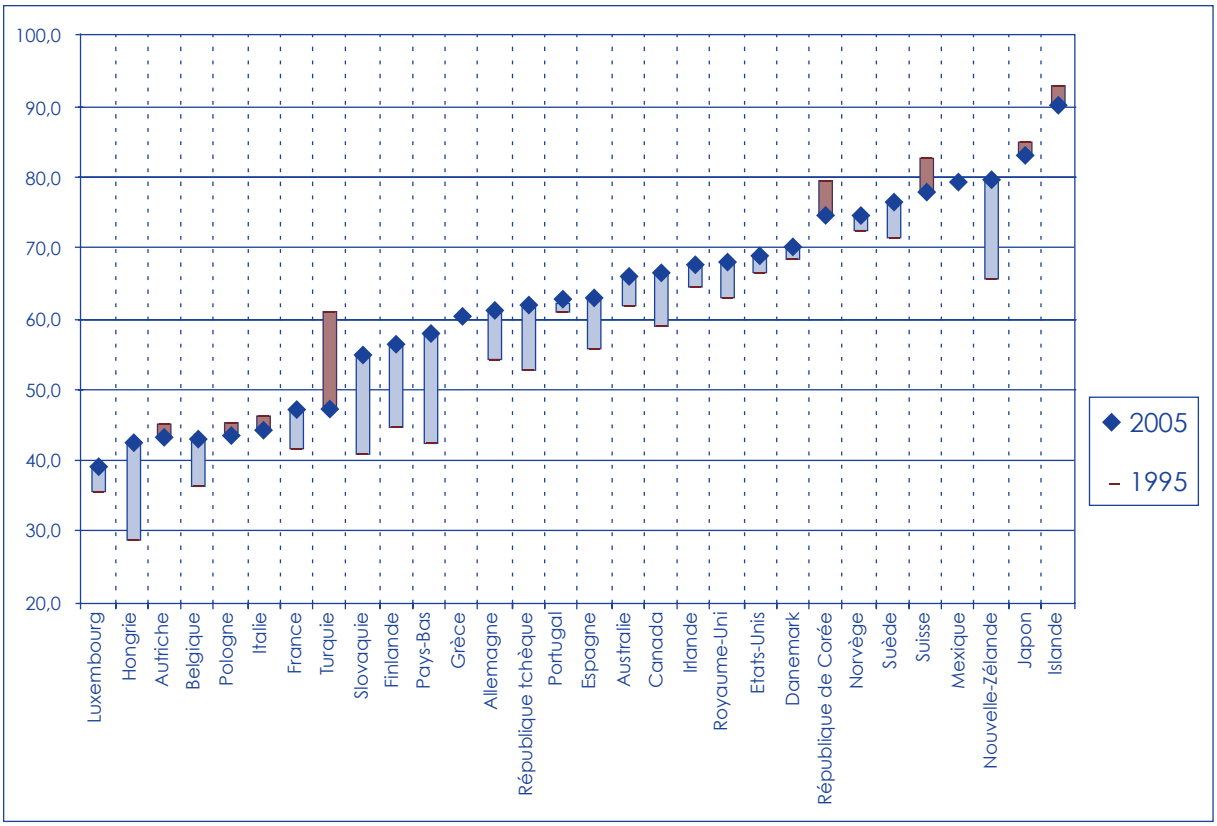


Source: OCDE : Base de données sur la population active.

Un changement de tendance est donc incontestablement à l'œuvre, même s'il faut souligner trois aspects:

- l'ampleur des augmentations dépend du taux d'activité initial du pays: une augmentation limitée de 2 points pour le Danemark (qui a un taux d'activité pour les hommes seniors autour de 70 pour cent) n'a pas la même signification qu'une augmentation de presque 14 points pour la Hongrie (qui reste autour de 40 pour cent);
- il y a encore certains pays où, malgré l'augmentation, moins d'un homme senior sur deux est au travail (France, Belgique, Hongrie, Luxembourg);
- enfin, nonobstant le renversement évident de tendance, la plupart des pays ne réussissent pas à atteindre les taux d'activité des années soixante-dix.

Graphiques 3. *Variation du taux d'activité des 55-64 ans hommes, 1995-2005.*



Source: OCDE: Base de données sur la population active.

Expliquer le renversement de tendance

Un changement de tendance n'est pas un phénomène très courant en sécurité sociale. Comment peut-on alors expliquer que depuis la moitié des années quatre-vingt-dix les seniors restent plus longtemps au travail? Une explication souvent retenue est l'effet de la croissance économique. Une économie forte augmente les opportunités d'emploi pour tous les travailleurs (et donc aussi pour les seniors), tandis qu'une crise économique et un fort taux de chômage limitent la capacité des seniors de rester dans l'emploi, en les poussant vers la retraite. Depuis la moitié des années quatre-vingt-dix, la plupart des pays industrialisés connaissent une période de relative croissance, qui pourrait expliquer l'augmentation du taux d'activité des seniors. Un autre facteur potentiellement explicatif est l'effet de cohorte: une augmentation de la population de l'un des

groupes d'âge des seniors est susceptible d'avoir un effet sur l'ensemble du taux d'activité des 55-64 ans. En d'autres termes, l'augmentation des effectifs des plus jeunes parmi les travailleurs âgés augmente globalement le taux d'activité des seniors. Une étude d'Eurostat montre qu'un cinquième de l'augmentation du taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans entre 2000 et 2005 est dû à l'évolution de la structure par âge de la population en Europe.

Toutefois, ces deux facteurs n'expliquent que partiellement le changement de tendance. Dans le cas de la croissance économique, elle n'a pas été si importante pour réussir à expliquer, dans certains pays, une augmentation de plus de 10 points. Ensuite, il existe sûrement des effets structurels liés à l'âge, mais différents selon les pays qui connaissent tous des accroissements nets du taux d'activité des seniors. Il faut donc chercher au-delà de ces facteurs pour expliquer le renversement de tendance.

La première explication est un changement de perspective vis-à-vis des seniors. Pour les autorités publiques, augmenter le taux d'activité des seniors a plusieurs effets positifs, et le principal est une diminution des dépenses des régimes de pensions. Les employeurs aussi semblent avoir compris que se séparer précocement des seniors coûte à l'entreprise en termes de plans sociaux et qu'il n'est pas aisé de remplacer des travailleurs âgés par des jeunes. Enfin, il y a de toute évidence eu un changement d'attitude majeur de la part des seniors eux-mêmes. Les réformes intervenues dans les systèmes de retraite ne permettent plus de partir précocement en s'assurant un niveau de vie jugé suffisant. De plus, les entrées tardives dans le marché du travail, dues à des formations plus longues, rendent plus difficile de cumuler le nombre nécessaire d'années de cotisation avant 60 ans.

La deuxième explication du renversement de tendance réside dans les réformes introduites récemment par les pays. Comme on va le voir, l'augmentation du taux d'activité a été favorisée par des politiques publiques ciblées qui ont essayé, de différentes façons, de rendre plus difficile la sortie et plus profitable le fait de rester dans l'emploi.

Des politiques visant l'allongement de la vie active

Les politiques entreprises pour garder les seniors au travail peuvent être divisées en trois grandes catégories: les politiques restrictives, les politiques incitatives et les politiques qui visent à promouvoir une vision plus positive du travailleur âgé.

Les politiques restrictives

Celles-ci s'attaquent directement aux prestations des régimes de retraite pour en réduire la générosité. Une politique fréquente a été le relèvement de l'âge de départ à la retraite, comme au Japon, où cet âge augmentera de 60 à 65 ans d'ici 2030, et aux Etats-Unis, où l'âge officiel de la retraite est en train de passer à 67 ans d'ici 2027. Une autre solution pour réduire les prestations consiste à intégrer dans le calcul de la rente le facteur démographique: par exemple, la Finlande, l'Italie, la Suède, la Norvège et l'Allemagne ont mis en place des mécanismes d'ajustement des droits à pension qui permettent de refléter l'allongement de l'espérance de vie. Plusieurs pays sont aussi en train d'adopter des systèmes qui prennent en compte, pour le calcul de la rente, le salaire de l'ensemble de la vie active et non seulement les meilleures ou les dernières années d'activité (Autriche, Portugal, Suède entre autres). Ces réformes, dont l'objectif principal est de contenir les dépenses, n'en a pas moins comme conséquence un report de la retraite.

[4] Des données présentées dans différentes études montrent qu'il y a une corrélation non pas négative mais positive entre les variations du taux d'emploi des jeunes et des travailleurs âgés, ce qui signifie que les deux catégories de travailleurs ne sont pas substituables. Voir OCDE (2006): *Vivre et travailler plus longtemps*, Paris, Les Editions de l'OCDE.

D'autres mesures restrictives ont visé plus précisément les systèmes de sortie anticipée. Plusieurs pays ont enlevé la possibilité de prendre une préretraite ou ils ont rendu cette opportunité plus difficile (Allemagne, Danemark, Finlande, Belgique, par exemple). Nombreux sont aussi les pays qui ont rendu l'accès plus difficile à des régimes de préretraite «de fait», c'est-à-dire les allocations chômage, les pensions d'invalidité ou les prestations de longue maladie, utilisées souvent comme «voie de passage» avant d'accéder à la retraite (Pays-Bas, Danemark, entre autres).

Les politiques incitatives

L'objectif des mesures incitatives ou actives est d'offrir un cadre qui incite les seniors à travailler plus longtemps. Une mesure souvent mise en œuvre a été l'introduction de primes pour le départ différé, comme en Italie: jusqu'à 2008, les travailleurs du secteur privé qui ont droit à une pension complète mais qui restent au travail ont droit à une exonération totale des cotisations pour la pension de base. Une autre façon d'inciter les seniors à rester dans l'emploi est constituée par la retraite graduelle: il s'agit d'une période de transition entre l'emploi et la retraite, durant laquelle les travailleurs peuvent réduire leurs horaires de travail tout en percevant une prestation compensatrice. L'Autriche, l'Espagne et la Norvège ont récemment introduit des systèmes de retraite graduelle.

Il y a ensuite des mesures actives qui essayent d'améliorer les conditions de travail ou d'agir sur la formation des seniors pour permettre des emplois plus durables. En Australie, le *National Occupational Health and Safety Strategy* (qui entre en vigueur de 2002 à 2012) essaye de réduire l'incidence des décès et des accidents de travail; en France, les partenaires sociaux ont conclu en 2003 un accord national qui prévoit une augmentation des contributions financières à la formation dues par les entreprises.

D'autres politiques incitatives touchent au marché du travail et fonctionnent souvent sous le principe des «obligations mutuelles»: les chômeurs âgés sont obligés de chercher activement un emploi et, en contrepartie, les pouvoirs publics mettent à leur disposition des services et des conseils d'orientation professionnelle. L'Australie, la République tchèque et le Canada ont expérimenté des approches pilotes pour améliorer l'accès des seniors aux services de l'emploi et la Corée et le Japon ont développé des agences spécialisées dans l'aide aux demandeurs d'emploi seniors. Au Royaume-Uni, dans le cadre d'un programme destiné aux chômeurs de plus de 50 ans, les participants disposent d'un conseiller qui assure un suivi personnalisé.

Les politiques actives agissent aussi du côté des employeurs, qui sont incités à engager les seniors par le biais de subventions salariales liées à l'embauche ou de réductions des cotisations de sécurité sociale. En Suède, les employeurs qui embauchent des chômeurs de longue durée âgés ont droit à une subvention qui couvre jusqu'à 75 pour cent du salaire et, en Autriche, les employeurs sont exonérés des cotisations de l'assurance chômage en cas d'embauche d'une personne de plus de 50 ans. Etant donné que les chômeurs âgés ont plus de difficulté à retrouver un emploi, certains gouvernements ont imposé des contraintes aux entreprises qui licencient des seniors: payement d'une taxe ou des cotisations de sécurité sociale majorées (Espagne et Pays-Bas par exemple) ou participation aux coûts destinés à aider les travailleurs à retrouver un emploi (Belgique et République de Corée, par exemple).

Les politiques qui visent à promouvoir une vision plus positive du travailleur âgé

Il y a enfin un troisième type de politique, qui s'attaque aux stéréotypes qui entourent l'image du senior. Une mesure souvent utilisée a été la campagne d'information ou de sensibilisation, comme en France, où en 2006 une large campagne médiatique a été lancée avec l'objectif de changer l'image du senior et de rompre

définitivement avec la culture des départs anticipés. A côté des campagnes d'information, qui visent le grand public, il y a les codes de conduite, qui s'adressent plus spécifiquement aux employeurs, en suggérant les bons comportements pour la gestion de l'âge dans l'entreprise: au Royaume-Uni, le gouvernement a publié, en 1999, un *Code of Practice on Age Diversity in Employment*, censé aider les employeurs à percevoir les avantages d'une force de travail âgée. Une autre façon de lutter contre les stéréotypes est constituée par la législation contre la discrimination due à l'âge: actuellement, de nombreux pays possèdent leur propre législation et la Commission européenne a promulgué en 2000 une directive contre la discrimination due à l'âge que tous les pays de l'UE doivent adopter.

Efficacité des mesures au niveau national

L'analyse des mesures introduites au niveau national nous permet de distinguer deux grands types de réforme.

- L'intervention la plus courante a été la réforme des systèmes de retraite, avec des politiques qui ont essayé de contenir les dépenses par des mesures essentiellement restrictives, n'agissant que marginalement sur le secteur des politiques de l'emploi. Ce type de réforme a été adopté par les pays confrontés à de gros déficits dans les systèmes de retraite. Ces interventions permettent de relever le taux d'activité et démontrent une prise de conscience de la part des institutions de sécurité sociale; toutefois, elles ne suffisent pas pour éliminer les obstacles à l'emploi des seniors.

- La deuxième voie de réforme, beaucoup plus ambitieuse et engagée par un nombre encore restreint de pays, essaye de déclencher une véritable «révolution culturelle», par le biais d'une politique globale de soutien à l'activité des seniors, englobant tant la politique de la retraite que celle de l'emploi et s'appuyant sur la collaboration de tous les partenaires sociaux. Les pays qui ont essayé cette voie ont appliqué simultanément des politiques punitives, incitatives et de promotion de l'image des plus âgés, adressées aux travailleurs, aux employeurs et au grand public. Cette stratégie, plus difficile à mettre en œuvre, semble aussi plus efficace : les pays qui s'y sont engagés affichent des augmentations considérables du taux d'activité des seniors (voir encadré 2).

Encadré 2. *Finlande et Pays-Bas: des réformes globales réussies*

Finlande

Au milieu des années quatre-vingt-dix, la participation des seniors finlandais au marché du travail était faible, autour de 40-45 pour cent. Les raisons sont à rechercher dans un ensemble de facteurs qui conjuguent la récession économique des années quatre-vingt-dix aux possibilités de sortie offertes par le système de sécurité sociale. Toutefois, entre 1995 et 2005, le taux d'activité des hommes entre 55 et 64 ans augmente de plus de 12 points (voir graphiques 2b et 3). La reprise du taux d'activité a été favorisée par la croissance économique mais, comme pour le cas néerlandais, elle s'explique en premier lieu par la stratégie globale entreprise par les autorités publiques.

L'intervention principale faite par le gouvernement finlandais, en collaboration avec les partenaires sociaux, a été l'adoption du programme national en faveur des travailleurs vieillissants (*The National Programme on Ageing Workers*). Le programme, qui s'est déroulé entre 1998 et 2002, avait comme objectif de maintenir la capacité productive des seniors et reposait sur le principe que les seniors constituaient une ressource essentielle pour la compétitivité du pays. Le programme comportait une quarantaine de mesures, ciblées à la fois sur le grand public et sur les employeurs, dont une vaste campagne d'information sur les avantages de l'emploi des seniors, des amendements à la loi sur la protection de la santé au travail, des mesures en faveur de la

formation professionnelle et des actions pour la réhabilitation des chômeurs âgés. En 2003, le gouvernement a aussi introduit une importante réforme du système de retraite, qui visait à augmenter les incitations fiscales dans le cadre de la décision du départ à la retraite et à limiter les voies de sortie. Les mesures adoptées en Finlande sont intéressantes car elles sont à la fois punitives, incitatives et à long terme: d'ailleurs, elles semblent avoir fait de la prolongation de la vie active une alternative plus attractive.

Pays-Bas

Les Pays-Bas ont enregistré l'une des plus fortes diminutions du taux d'activité des seniors hommes depuis les années soixante-dix (de 81 pour cent en 1971 à 42 pour cent en 1993), mais aussi la reprise la plus importante parmi les pays de l'OCDE depuis 1995 (plus 16 points). La chute dans le taux d'activité s'explique par un système social généreux qui a beaucoup favorisé la sortie précoce par une série de voies de passage. Le changement de tendance des années quatre-vingt-dix, tout en se reliant à la croissance économique, est dû aux réformes entreprises dans le pays, qui visaient à passer d'un droit collectif à l'indemnisation à des mécanismes de maintien en activité et de prévention de la perte de travail. Les réformes ont commencé autour de 1995 et elles ont impliqué une série d'actions globales, visant employeurs, travailleurs et grand public: législation antidiscrimination, campagnes d'information, gestion des ressources humaines attentive à l'âge, promotion de l'emploi à temps partiel, élimination de la retraite anticipée et durcissement des conditions pour l'accès aux prestations chômage et invalidité. La démarche néerlandaise a été marquée par l'étroite collaboration entre les pouvoirs publics, les employeurs et les syndicats, qui a permis d'élaborer des mesures concrètes et d'infléchir les attitudes à l'égard de l'emploi des seniors.

Opportunités et défis

L'allongement de la vie professionnelle, couplé avec d'autres mesures, est indispensable pour faire face au problème du vieillissement démographique. L'analyse du renversement de tendance du taux d'activité des seniors nous apprend que, pour réussir l'allongement de la vie active, il faut viser cinq objectifs.

- Les pays doivent tout d'abord faire en sorte de développer une réforme globale et intégrée, qui puisse toucher à tous les aspects de la sécurité sociale (invalidité, chômage, etc.) et même au-delà (marché du travail, formation, discrimination, organisation de la place de travail, etc.). Le vieillissement est une problématique globale: la réponse ne peut pas se limiter à des modifications du système de retraite.

- L'intervention pourra être pénalisante (pour pousser à travailler plus), mais surtout incitative. Si on agit avec des mesures incitatives et actives, les résultats sont visibles, non seulement dans les chiffres, mais aussi dans le comportement des acteurs.

- Il est important de viser le long terme, c'est-à-dire d'agir à la fois sur les seniors d'aujourd'hui et de demain. Il faudra adopter une nouvelle perspective de cycle de vie, selon laquelle les capacités de travail et l'employabilité sont entretenues tout au long de la vie professionnelle.

- Il ne faudra pas oublier que les travailleurs âgés forment une catégorie très hétérogène, en termes de profession, d'éducation, de tranches d'âge, de santé, de situation familiale et de rémunération. Par conséquent, les politiques, tout en incitant au travail, devront laisser des voies de sorties et prévoir des filets de sécurité.

- Enfin, l'implication de l'acteur entreprise est indispensable pour favoriser le maintien en emploi et le recrutement des salariés de plus de 50 ans. Dans le futur, il faudra compter sur la collaboration des employeurs dans la mise en œuvre et la conception des politiques.

L'analyse des politiques montre que les institutions de sécurité sociale ont fait preuve de dynamisme et se sont adaptées aux nouvelles réalités sociales, en développant, dans la plupart des pays de l'OCDE, des réformes qui ont permis de redresser le taux d'activité des seniors. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire, dans la mesure où la plupart des pays ne se sont pas encore engagés sur la voie de la réforme globale, et que les taux d'activité des seniors sont encore globalement faibles.

Suggestions de lecture

Guillemard, A.-M. 2003. *L'âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement*. Paris, Armand Colin.

OCDE. 2006. *Vivre et travailler plus longtemps*. Paris, Les Editions de l'OCDE.

Reday-Mulvey, G. 2005. *Working Beyond 60?: Key policies and practices in Europe*. New York, Palgrave Macmillian.

Sécurité sociale intégrée, sécurité sociale dynamique?

Marie-France Laroque[1]

Introduction

La tendance à l'intégration est manifeste dans les systèmes de sécurité sociale depuis quelques années. On en trouve des exemples dans toutes les régions du monde quel que soit le système de protection sociale et quel que soit le niveau de protection assuré. Ce constat conduit à soulever plusieurs questions auxquelles on s'efforcera d'apporter des éléments de réponse tout en présentant des exemples de regroupement. Peut-on considérer qu'il s'agit là d'un facteur qui rend la sécurité sociale plus dynamique, donc plus à même de résoudre les problèmes auxquels elle est supposée remédier? En quoi une sécurité sociale intégrée est-elle capable d'améliorer l'efficacité et la gouvernance des administrations gestionnaires? Cette intégration comporte-t-elle des risques?

Une intégration protéiforme

Quand on analyse l'évolution récente des régimes de sécurité sociale, on peut placer en regard de ce concept d'intégration plusieurs situations de nature différente.

Une sécurité sociale plus intégrée conduit à une couverture plus unifiée de la population. Elle aboutit donc à un système moins segmenté, selon les groupes socioprofessionnels par exemple, et à la suppression d'avantages spécifiques à quelques catégories au sein des régimes de droit commun; elle tend donc à uniformiser la protection sociale dont bénéficie la population.

Une sécurité sociale intégrée peut aussi se référer à la réunion au sein d'une même branche de risques jusqu'alors séparés ou au fait que les risques ne soient plus aussi clairement distingués les uns des autres.

On peut aussi considérer que le rapprochement ou la fusion entre système de sécurité sociale et système d'assistance sociale constitue une sorte d'intégration.

Enfin, bien souvent les modifications qui touchent au périmètre des risques conduisent au regroupement des organes gestionnaires.

Une sécurité sociale moins segmentée

Regroupement de régimes

Quels que soient le contexte historique qui a vu se développer un système national de sécurité sociale et son ancienneté, plusieurs régimes coexistent souvent, couvrant chacun un groupe particulier de la population.

[1] L'auteur est le Directeur du Bureau régional de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) pour l'Europe, Paris, France.

Cette segmentation socioprofessionnelle, construite pour prendre en compte des spécificités qui n'existent ou ne se justifient plus, ne peut aisément garantir une réelle égalité de traitement. Le morcellement en plusieurs régimes présente d'autres inconvénients. Il n'est pas un facteur propre à garantir la pérennité des régimes à base démographique étroite. Il constitue une complexité administrative qui implique un investissement considérable en moyens d'information et de technologies de l'information et des mécanismes de coordination juridique et administrative pour éviter toute perte de droits aux assurés qui relèvent de plusieurs régimes.

On assiste à un mouvement de regroupement qui, sans être général, concerne de nombreux pays. Il peut s'agir de réunir plusieurs régimes couvrant des groupes différents pour un même risque sans néanmoins aller jusqu'à un régime unique pour toute la population. Ainsi, en 2006, une loi a été adoptée par le parlement finlandais pour unifier la législation sur les pensions du secteur privé. Une seule loi s'est substituée à trois lois antérieures mais cette réforme a laissé subsister des régimes de pensions distincts pour les travailleurs indépendants, les exploitants agricoles, les gens de mer, les fonctionnaires d'Etat et les fonctionnaires locaux. Au Nigeria, la loi sur la réforme des retraites de 2004 établit un nouveau régime de retraite financé par cotisations et couvrant les salariés des secteurs privé et public. Il remplace le régime de retraite de la fonction publique et la caisse d'assurance sociale du Nigeria (*Nigeria Social Insurance Trust Fund, NSITF*) gérant le régime contributif des salariés du privé. Une Commission nationale des pensions (*National Pension Commission, NPC*) doit coordonner les régimes de retraite. La Zambie a réuni sous l'autorité de l'Office national du régime des pensions (*National Pension Scheme Authority, NPSA*) les régimes de pensions pour les salariés du secteur privé, y compris du secteur agricole, et les employés du secteur public et des autorités locales. En 2000, ce pays avait déjà fusionné la Caisse de réparation des affections pulmonaires (*Pneumoconiosis Compensation Fund*) et la Caisse de réparation des accidents du travail *(Workers' Compensation Fund)* et harmonisé les législations. Ainsi ce mouvement aboutit le plus souvent à la réunion des régimes qui antérieurement couvraient séparément secteur privé et secteur public.

D'autres pays, soucieux d'améliorer la protection de l'ensemble de leur population, envisagent des réformes tendant à mettre en place un régime unique pour l'ensemble de la population. Ainsi au Ghana, en 2004, une commission présidentielle a recommandé de remplacer le régime de retraite de l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale (*Social Security and National Insurance Trust, SSNIT*) pour les travailleurs du secteur privé et certains fonctionnaires, et le régime établi par la législation des pensions coloniales destiné aux agents de la fonction publique. Le nouveau dispositif serait ouvert à tous les Ghanéens et serait géré par un organisme national.

On peut encore citer l'exemple de la Tunisie, qui a adopté en 2005 une loi réorganisant le système d'assurance maladie; un régime de base obligatoire et des régimes complémentaires facultatifs remplacent tous les régimes légaux existants afin d'assurer une plus grande cohérence entre protection de base et protection complémentaire. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) en assurera la gestion ainsi que celle du régime des accidents du travail et maladies professionnelles. A titre exceptionnel, elle pourra aussi gérer des régimes complémentaires. Mais l'intégration administrative n'a pas touché le recouvrement, qui continuera d'être assuré par les actuelles caisses en charge des régimes de sécurité sociale du secteur public et du secteur privé.

Fermeture de régimes spéciaux

Lorsque les régimes prévoyant des avantages catégoriels – souvent un âge de départ en retraite et des modalités de calcul de la pension de retraite plus favorables – ne sont plus jugés acceptables compte tenu de l'évolution sociale, le législateur peut décider de leur fermeture. Ainsi un projet de loi de réforme des pensions en Colombie envisage la suppression prochaine des régimes spéciaux, sauf celui des forces armées. De même en Jordanie, depuis 2003 tous les nouveaux arrivants au sein du service militaire sont couverts par la législation de sécurité sociale et non plus par la loi sur les pensions militaires. Enfin on peut citer un troisième exemple avec l'adoption en 2004 par le Congrès péruvien d'une loi sur les pensions en fermant définitivement de régime spécial

des pensions des fonctionnaires aux nouveaux arrivants. Dans la fin des années quatre-vingt-dix le Luxembourg avait intégré les pensions des agents publics dans le régime des pensions du secteur privé en respectant quelques spécificités.

Une variante est représentée par l'absorption d'un régime par un autre. Cette technique est utilisée le plus souvent pour assurer l'avenir des régimes de retraite à base démographique devenue ou devenant trop étroite et qui ne peuvent donc plus garantir leur propre avenir faute de cotisants. L'élargissement de la communauté des assurés ne s'effectue pas avec les mêmes règles selon que le régime à absorber offre des règles plus ou moins favorables que celui qui va l'absorber. Il faut se livrer à de délicates évaluations actuarielles pour à la fois maintenir les droits acquis par les assurés, ne pas créer des distorsions inacceptables entre les assurés d'avant l'opération et ceux d'après, ni entre ceux des deux régimes. Très souvent l'absorption donne lieu au paiement d'une soulte pour compenser la différence de niveau. La France, qui se caractérise par une multitude de régimes de retraite juxtaposés, a connu depuis plusieurs années de telles absorptions.

Réunion de risques au sein d'une même branche

Ce sont souvent les politiques guidées par le souci d'amener ou de ramener sur le marché du travail les personnes en congé maladie, en invalidité ou en incapacité de travail qui ont remis en cause les frontières classiques séparant les risques maladie, invalidité, chômage. Le programme britannique «Chemins vers l'emploi» (*Pathways to Work*) en est une illustration (encadré 1). La réforme suédoise a supprimé l'assurance invalidité ou plutôt l'a fondue dans l'assurance maladie (encadré 2).

Encadré 1. *La réforme de l'administration de la protection sociale du Royaume-Uni focalisée sur l'emploi*

En 2001 est créé au Royaume-Uni le ministère du Travail et des Pensions (*Department for Work and Pensions, DWP*) résultant de la fusion de l'ancien ministère de la Sécurité sociale et du secteur emploi du ministère de l'Education et de l'Emploi. Le nouveau ministère est compétent pour l'emploi, l'égalité, les prestations; les pensions et l'aide à l'enfance.

Cette réforme ne touche pas seulement aux structures mais elle démontre une volonté politique de changer l'approche d'un problème de l'emploi. Les priorités sont de mettre en place un système de guichets uniques pour l'emploi, les conseils en matière de prestations et l'assistance. Le service Jobcentre Plus est présent sur tout le territoire, il doit fournir un service efficace pour pourvoir aux emplois vacants, un service des pensions assurant information et aide aux retraités et futurs retraités et un système efficace d'aide à l'enfance. Ce service met fin à l'approche par type de prestations pour lui substituer une approche par problématique, en l'espèce l'emploi, les revenus de remplacement en l'absence d'emploi, les aides directes et indirectes en cas de recherche d'emploi.

Le programme *Pathways to Work*, lancé en 2003 et qui sera généralisé en 2008 à tout le pays, s'appuie sur les services de Jobcentre Plus. Il s'agit d'aider à réinsérer sur le marché du travail une grande partie des bénéficiaires de prestations d'incapacité dont le nombre a explosé au cours de la dernière décennie. Les anciennes prestations d'incapacité et la garantie de revenu sont remplacées par une allocation d'emploi et de soutien dont le montant varie selon les phases du processus et la capacité de l'intéressé. Une évaluation de la capacité, un suivi individualisé et des aides sont offerts aux bénéficiaires, S'ils ne remplissent pas leurs obligations liées aux entretiens et aux plans d'action l'allocation est réduite. Ce programme inverse

l'approche classique, il n'évalue pas l'incapacité du bénéficiaire pour déterminer l'aide à apporter mais au contraire sa capacité à reprendre une activité et il apporte un mélange de services et de prestation financière.

Encadré 2. *2003 et 2005, la réforme de l'assurance sociale suédoise; des objectifs clairs et ambitieux qui portent à la fois sur l'organisation administrative et la gestion des prestations*

La Suède a procédé en 2005 à une réforme fondamentale de l'organisation administrative des assurances sociales. Depuis cette date un organisme public unique, l'Agence suédoise de la sécurité sociale (*Försäkringskassan*), a remplacé l'Office national d'assurance sociale (*Riksförsäkringsverket, RFV*) et ses 21 bureaux régionaux indépendants.

Les finalités de la réforme étaient multiples: assurer une plus grande cohérence dans la gestion des dossiers en appliquant la législation de manière uniforme, développer un esprit de service public dans les activités, accroître le contrôle et la transparence, mais aussi diviser par deux le nombre d'indemnités journalières de maladie entre 2003 et 2008.

Ce n'était pas la première tentative de «nationalisation» et de fusion des caisses d'assurance sociale mais la forte poussée des congés maladie de longue durée depuis la fin des années quatre-vingt-dix a constitué le facteur déclencheur.

Les défis que l'Agence doit affronter sont divers. Sur le plan organisationnel, il faut réduire les différences de culture administrative entre les anciennes administrations fusionnées et introduire une politique commune des ressources humaines. Parallèlement, il faut revoir la manière dont sont gérées les prestations de maladie de longue durée en étudiant très précisément les droits et développer des politiques pour ramener sur le marché du travail les bénéficiaires et éviter qu'ils en soient exclus définitivement.

En 2003, les prestations d'invalidité ont été rattachées à l'assurance maladie et plus étroitement liées à la perte de revenu. En outre, à la différence du système antérieur, les bénéficiaires âgés de moins de 30 ans voient leurs indemnités de maladie assorties de «prestations d'activités»: l'agence leur propose ou coordonne des activités préparant les bénéficiaires à une entrée ou un retour sur le marché du travail.

A côté de ces deux cas, développés ci-après, particulièrement représentatifs de cette tendance, il faut citer d'autres pays tels que le Luxembourg et les Pays-Bas, qui ont aussi apporté des modifications à leur assurance invalidité en introduisant des prestations limitées dans le temps, partiellement cumulables avec une rémunération, ou assorties de prestations de réadaptation. La réforme néerlandaise, en particulier, a quelque peu brouillé les frontières entre assurance maladie et assurance invalidité en portant l'obligation pour l'employeur de maintenir le versement du salaire en cas d'incapacité de travail de 3 ou 6 semaines à 52 semaines (1996) puis à 104 semaines et même trois ans sous certaines conditions (2004). D'autre part une nouvelle réforme, en 2006, déconnecte en partie le montant de la pension d'invalidité partielle du salaire antérieur. Le changement tend ainsi à rapprocher pension d'invalidité et revenu garanti, notamment aux chômeurs.

Dans l'ensemble des pays industrialisés qui ont une assurance spécifique pour les maladies professionnelles, la forte croissance de celles-ci et surtout l'origine professionnelle pas toujours facile à démontrer (certains cancers ou le stress) nourrissent la réflexion sur une éventuelle remise en cause de la prise en charge différente selon l'origine professionnelle ou non du risque.

Fusion de la sécurité sociale et de l'assistance sociale

Dans les pays où la sécurité sociale s'inspire des principes bismarckiens, la séparation entre sécurité sociale et assistance sociale est claire, mais elle n'est pas aussi nette ailleurs. Cependant plusieurs évolutions tendent à confondre ces deux notions. D'une part, de nombreuses prestations de sécurité sociale ont peu à peu été soumises à condition de ressources ou leur montant varie en fonction des ressources du bénéficiaire. D'autre part, au nom de l'efficacité, on instaure des services unifiés qui mêlent les différents types de prestations afin d'apporter la meilleure réponse aux besoins des citoyens.

L'Allemagne a réformé son régime d'indemnisation du chômage et a fusionné les régimes d'aide sociale et d'assurance chômage dans un régime d'allocations de chômage II *(Arbeitslosengeld II)*. Ce système est financé par l'impôt et il remplace l'ancien régime contributif. Cette réforme a conduit à incorporer le droit à l'aide sociale dans le Code social.

Un autre exemple récent se situe en République populaire de Chine, où en 2005 ont été fusionnés le régime de garantie minimale de subsistance pour les salariés des entreprises publiques qui ont été licenciés et le régime d'assurance chômage. Le premier relevait des mécanismes d'aide sociale et le second des mécanismes assurantiels. C'est pour assurer un financement suffisant du dispositif qu'il a été procédé à cette fusion, le régime d'assurance ne disposant pas des ressources suffisantes pour faire face aux licenciements en grand nombre.

En Norvège, en 2006 a été mise en place la Direction du travail et de la prévoyance sociale qui se substitue à l'Administration de l'assurance nationale et à l'Administration du marché du travail. Il s'agit de la première étape d'un processus qui doit, en 2010, aboutir à un service unifié entre les services sociaux des communes et les services nationaux de l'emploi et des assurances sociales, implanté dans chaque commune et offrant des services d'assistance sociale, d'aide à l'emploi et de sécurité sociale.

Regroupement des structures de gestion

Intégration des structures

En 2005, une très importante réforme a bouleversé la structure de l'assurance pension allemande sans modifier la réglementation des prestations. Elle a mis fin à la distinction historique entre régime des ouvriers et régimes des employés. Désormais, il existe une communauté unique des assurés sociaux, dont les dossiers sont gérés par plusieurs caisses. Dans le cadre de la réforme des regroupements d'organismes ont été opérés. Au plan fédéral: l'Institution fédérale allemande d'assurance pension (*Deutsche Rentenversicherung Bund, DRV Bund*) remplace l'Institut fédéral d'assurance des employés (*Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, BfA*) et la Fédération des institutions allemandes d'assurance pension (*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR*); trois organismes de pension socio-professionnels, antérieurement distincts, sont devenus l'assurance pension allemande pour les mineurs, les cheminots et les marins (*DRV Knappschaft-Bahn-See*). Au plan local, les caisses régionales demeurent, mais certaines ont déjà été fusionnées et d'autres le seront encore. La loi répartit les assurés entre ces différents organismes: 55 pour cent sont affectés aux caisses régionales, 40 pour cent au *DRV Bund* et 5 pour cent à l'assurance pension allemande mineurs-employés des chemins de fer-gens de mer.

Le parlement turc a adopté en 2006 une réforme fusionnant les trois principaux organismes de sécurité sociale: la Caisse de retraite des fonctionnaires, l'Institut d'assurance sociale des travailleurs des secteurs public et privé et l'Organisation d'assurance sociale des travailleurs indépendants. Il a également voté une loi mettant en place une assurance maladie universelle remplaçant plusieurs régimes. La Slovénie envisage de créer une structure

autonome pour gérer les risques professionnels actuellement pris en charge par l'Institut pour l'assurance vieillesse et invalidité d'une part et par l'Institut pour l'assurance santé d'autre part.

Dans la même perspective, l'Office d'assurance sociale de Slovaquie *(Social Insurance Agency, SIA)* s'est vu conférer en 2004, en sus de celles qu'il exerçait déjà avec la gestion des assurances sociales, la responsabilité de gérer les prestations de chômage auparavant placées sous la responsabilité du Bureau national du travail.

Après la réforme de 2005 qui a mis en place un organisme public unique, l'Agence suédoise de la sécurité sociale *(Försäkringskassan)*, le gouvernement suédois envisage de fusionner les administrations chargées de la gestion des régimes de retraite obligatoire du premier pilier, c'est-à-dire le nouveau régime de base géré sous forme de comptes individuels obligatoires notionnels *(Premium Pension Authority, PPM)* et l'ancien régime en répartition géré par la caisse d'assurance sociale *(Försäkringskassan)*.

Cette tendance ne se limite pas aux organes de gestion supervisés par les ministères mais elle touche ministères eux-mêmes (encadré 3).

Encadré 3. *Les ministères aussi se regroupent*

L'Australie a en 2005 opéré une réforme de structure visant une meilleure efficacité en regroupant dans le Département des services sociaux six agences: *Centrelink, Health Insurance Commission, Child Support Agency, Health Services Australia, Commonwealth Rehabilitation Services* et *Australian Hearing*. L'objectif est notamment d'améliorer le flux des clients de *Centrelink* vers *Job Network*, réseau national regroupant des organismes de placement des chômeurs et d'accélérer la vitesse des procédures d'orientation des salariés victimes d'accidents du travail.

En Norvège les missions assurées par le ministère des Affaires sociales et par le ministère du Travail ont été réunies et placées sous l'autorité du ministère du Travail et des Affaires sociales. Au Portugal, le nouveau ministère du Travail et de la Solidarité sociale est compétent pour les questions d'emploi, de travail, de formation professionnelle, de sécurité sociale et d'action sociale.

Mise en place de mécanismes administratifs communs

Sans aller jusqu'à la fusion des structures administratives, certaines procédures visent à mettre en commun des processus administratifs pour des régimes différents. Constituant des passerelles entre ces régimes, ils peuvent préparer à une future fusion et, en tout cas, apportent des simplifications précieuses pour les assurés ou les cotisants et assurent ainsi une meilleure qualité du service rendu. La Colombie, par exemple, a mis en place en juillet 2005 un formulaire unique grâce auquel sont effectués en une seule fois les paiements de cotisations dues par les employeurs pour les régimes de pensions publics et privés, de santé, de risques professionnels et d'apprentissage ainsi qu'aux caisses d'allocations familiales. La simplification administrative apportée par cette procédure intégrée devrait permettre de réduire la proportion des cotisations non versées.

Le cas du régime social des indépendants (RSI) en France mêle fusion de régimes, regroupement d'organes de gestion et mise en place de dispositifs administratifs communs avec d'autres régimes (encadré 4).

Encadré 4. *Une fusion symbolique et complexe en France*

2006 a vu l'instauration, en France, du Régime social des indépendants (RSI) qui a remplacé les deux régimes de pensions des artisans et des commerçants et le régime d'assurance maladie des indépendants. Cette réforme laisse à part le régime de retraite et d'invalidité des professions libérales et la sécurité sociale des agriculteurs, elle ne crée donc pas un régime unique pour l'ensemble des travailleurs non salariés mais elle constitue, pour ce pays où le critère socioprofessionnel constitue encore un fondement essentiel du système de protection sociale, une évolution très significative.

La création du RSI présente l'intérêt d'une intégration multiple. A côté de la fusion des trois régimes délivrant les prestations d'assurance maladie, maladie, invalidité, décès et retraite, il est prévu que le recouvrement des cotisations de ces travailleurs indépendants soit, à terme, assuré par les organismes qui recouvrent les cotisations des salariés et qu'en revanche le contentieux du recouvrement soit laissé au RSI. Cette solution est présentée comme offrant l'avantage de respecter le particularisme d'un groupe professionnel considéré comme ayant des besoins particuliers par rapport à la protection sociale des salariés tout en utilisant les moyens plus puissants du régime des salariés.

Un bilan nuancé

Une sécurité sociale qui réagit mieux aux défis qu'elle doit affronter grâce à une souplesse accrue pour le pilotage des politiques sociales

La création d'un régime ouvert à toute la population apporte une amélioration évidente. Quel que soit le niveau réel de la protection, le fait qu'on ne distingue pas a priori entre les groupes sociaux garantit une base large au régime de sécurité sociale, donc une certaine solidité; d'autre part, on évite ou on réduit le risque d'une inégalité de traitement si préjudiciable au lien social. La fusion de régimes permet une meilleure lisibilité des droits et devoirs respectifs, ainsi qu'une plus grande pérennité des régimes.

Une sécurité sociale intégrée permet un pilotage plus fin des politiques dans la mesure où elle offre une palette multiple et élargie de moyens d'action complémentaires et augmente la synergie des politiques entre elles. Elle rend plus difficile de mener des politiques poursuivant un seul but sans tenir compte des effets pervers générés dans d'autres domaines. Ainsi on peut, par exemple, simultanément chercher à consolider l'avenir d'un régime de retraite en reportant l'âge de la retraite, veiller à ne pas accroître le nombre de chômeurs âgés, celui des bénéficiaires d'une prestation d'invalidité ou de congés de longue maladie.

Enfin la centralisation des organes de décision et de gestion leur apporte une meilleure réactivité et garantit une meilleure cohérence de l'ensemble des décisions.

Un fonctionnement plus efficace

Le regroupement sous une seule administration non seulement une source d'économie budgétaire, mais il améliore la qualité du service rendu car il raccourcit les circuits et limite les risques de doublons ou de lacunes. Les technologies de l'information et de la communication permettent le développement du guichet unique qui rend l'accès au service

plus simple pour les bénéficiaires et accroît leur garantie de recevoir l'ensemble des prestations qui leur sont dues.

La restructuration de l'assurance pension allemande a pour objectif d'améliorer l'efficience du fonctionnement en intégrant au sein d'une même structure globale l'ensemble des assurés tout en respectant une certaine autonomie des Länder et en utilisant les ressources humaines réparties sur l'ensemble du territoire. Un autre objectif est de réduire les dépenses de fonctionnement, l'objectif étant une diminution de 10 pour cent. La réforme de structure en Suède a aussi poursuivi un objectif d'efficacité accrue de la gestion des dossiers.

Des risques et des limites

A côté des nombreux cas de fusion de régimes, de regroupement de structures administratives et d'intégration des risques, on observe quelques cas qui semblent aller dans la direction opposée. La Roumanie, par exemple, a décidé de faire gérer et financer à partir de 2006 plusieurs prestations en espèce, jusqu'alors faisant partie du système public des pensions, par des structures différentes, le Fonds national unique d'assurance sociale de santé et l'Etat et les directions territoriales du travail, de la solidarité sociale et de la famille. La République slovaque a décomposé l'ancien système d'assurance pension en deux composantes distinctes, l'assurance vieillesse et l'assurance invalidité.

Il apparaît que certaines fusions, bien que longuement préparées, aient du mal à voir le jour (encadré 5).

Encadré 5. *Des fusions difficiles - Les exemples autrichien et indonésien*

La fusion de plusieurs organismes couvrant des populations différentes ne s'opère pas toujours sans difficulté. Ainsi l'Indonésie a promulgué en 2005 une loi sur le système national de sécurité sociale qui a fait l'objet d'une assez longue préparation. Il avait d'abord été envisagé le regroupement pur et simple des quatre organismes existants (PT JAMSOSTEK pour le secteur formel privé, PT ASABRI pour les forces militaires et la police, PT ASKES et PT TASPEN pour l'assurance maladie et l'assurance pension des fonctionnaires) en un organisme national unique. Mais, après le débat au parlement, les organismes semblent devoir être maintenus; ils seront cependant régis par la nouvelle loi.

En Autriche, à compter de 2003, l'assurance vieillesse des salariés et celle des ouvriers ont été fusionnées et placées sous l'autorité d'un seul organisme de gestion. Une seconde réforme a fait l'objet de longs travaux de préparation mais rencontre de bien plus grandes difficultés. En effet, la fusion de l'Institution de sécurité sociale pour le commerce et l'industrie *(Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, SVA)* et de l'Office d'assurance sociale des agriculteurs *(Sozialversicherungsanstalt der Bauern, SVB)* a été approuvée mais le nouvel organisme, l'Office d'assurance sociale des travailleurs indépendants *(Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, SVS)* peine à voir le jour. Sa mise en place prévue initialement pour 2006 a été reportée à 2009 en raison de l'opposition de l'Association médicale autrichienne *(Österreichische Ärtzekammer)* motivée par des dispositions complémentaires à la fusion des régimes et modifiant les conventions tarifaires médicales.

Les fusions de régimes ne se font pas toujours à législation constante et peuvent conduire à réduire le niveau de protection existant antérieurement. Il convient d'être vigilant sur ce point.

Les risques inhérents au regroupement des structures semblent principalement être liés à la taille de ces structures qui empêcheraient finalement une gestion efficace, alors même que c'est un des objectifs majeurs poursuivis.

La fusion des risques peut poser un problème très différent. Les normes fixées par la convention 102 de l'OIT et le Code européen de sécurité sociale ont été déterminées dans le cadre de la définition «classique» des risques et peuvent devenir non pertinentes si certains risques sont fondamentalement redéfinis.

Conclusion

Le monde contemporain connaît des mutations très rapides dont toutes n'ont pas que des effets positifs pour les populations. Il serait tout à fait regrettable de priver la sécurité sociale, qui est précisément un des meilleurs outils pour remédier à ces effets négatifs, de la possibilité de s'adapter rapidement aux contextes nouveaux. Dans ce contexte, les caractéristiques de la sécurité sociale dynamique telle que définie par l'AISS – des politiques intégrées, proactives et novatrices qui ont pour but la construction de systèmes viables et accessibles à tous – sont d'une importance vitale et se doivent d'apporter, en plus de la protection, des mesures de prévention et un soutien à la réhabilitation afin de contribuer à l'élaboration de sociétés plus inclusives et productives. Elles trouvent dans les différentes formes d'intégration présentés ici un terreau fertile auquel il faut prêter, dans les années à venir, la plus grande attention.

Suggestions de lecture

Bockting, A. 2007. *Changements dans la législation sur l'invalidité aux Pays-Bas*, document présenté à la Réunion régionale européenne de l'AISS, «Rester dans la vie active», Oslo, 15-16 mai 2007, www.issa.int/fren/homef.htm; également disponible en anglais: *Changes in the legislation of disability in the Netherlands*; www.issa.int/engl/homef.htm; également disponible en allemand: *Veränderungen der niederländischen Gesetzgebung zur Erwerbsunfähigkeit*; www.issa.int/germ/homef.htm.

Conseil de l'Europe, Comité d'experts sur la sécurité sociale (CS-SS). 2006. «Sécurité sociale en Europe à l'aube du nouveau siècle». *Addendum au rapport du BIT, réf. CS-SS (2006)3*, Conseil de l'Europe, Strasbourg; www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/default_fr.asp; également disponible en anglais: «Social security in Europe at the dawn of the new century». www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/default_EN.asp?

Dünn, S. 2006. *La réforme de l'organisation de l'assurance pension en Allemagne*, document présenté à la Réunion régionale européenne de l'AISS, «Réformes de la sécurité sociale – Pouvoirs des gestionnaires», Vilnius, 17-19 mai 2006, www.issa.int/fren/homef.htm; également disponible en anglais: *Organizational reform of the statutory pension insurance in Germany*, www.issa.int/engl/homef.htm; également disponible en allemand: *Die Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland, www.issa.int/germ/homef.htm*.

Fort, C. 2006. «La prise en charge du handicap aux Pays-Bas», *Etudes et résultats n° 468*, www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er468/er468.pdf.

Lender, A. 2006. *De 22 à 1. La nouvelle Agence suédoise de la sécurité sociale*, document présenté à la Réunion régionale européenne de l'AISS, *Réformes de la sécurité sociale – Pouvoirs des gestionnaires*, Vilnius, 17-19 mai 2006, www.issa.int/fren/homef.htm; également disponible en anglais: *From 22 to 1. The new Swedish Social Insurance Agency*. www.issa.int/engl/homef.htm; également disponible en allemand: *Von 22 auf 1. Das neue schwedische Sozialversicherungsamt*, www.issa.int/germ/homef.htm.

Ministère du travail et des pensions (*Department for Work and Pensions, DWP*). 2005. *Five Year Strategy – Opportunity and security throughout life*. DWP, Londres, www.dwp.gov.uk/publications/dwp/2005/5_yr_strat/pdf/chapter8.pdf.

Ministère du travail et des pensions (*Department for Work and Pensions, DWP*). 2002. *Pathways to work: Helping people into employment*. DWP, Londres, www.dwp.gov.uk/consultations/consult/2002/pathways/pathways.pdf.

ISSA • AISS • IVSS

1927-2007

AISS - Case postale 1
CH - 1211 Genève 22
T. (+41-22) 799 66 17
F. (+41-22) 799 85 09
E-mail: issa@ilo.org

www.issa.int

Conception : HOCHUTT - 04 50 57 42 17