



CONSEIL SUPERIEUR DES FINANCES

**Comité d'Etude
sur le Vieillessement**

RAPPORT ANNUEL

AVRIL 2004



CONSEIL SUPERIEUR DES FINANCES

**Comité d'Etude
sur le Vieillissement**

RAPPORT ANNUEL

AVRIL 2004

Les membres du Comité d'Etude sur le Vieillissement

Monsieur T. PEETERS, Président

Monsieur H. BOGAERT, Vice-président

Monsieur G. DE SMET, sur proposition du
Ministre du Budget

Monsieur H. BECQUAERT, sur proposition du
Ministre des Affaires sociales

Monsieur M. WEBER, sur proposition du
Ministre des Finances

Monsieur M. ENGLERT, sur proposition du
Bureau fédéral du Plan

Monsieur J. SMETS, sur proposition de
la Banque Nationale de Belgique

Le Secrétariat:

Madame L. LALOY

Madame S. WEEMAES

Synthèse

A. Introduction	13
B. Le coût budgétaire du vieillissement	14
1. Les hypothèses sous-jacentes	14
2. Le coût budgétaire du vieillissement	19
3. Analyses de sensibilité	21
C. Evolution des dépenses de soins de santé	31
D. Les conséquences sociales du vieillissement	36

Les conséquences budgétaires et sociales du vieillissement

I Introduction	41
II Perspectives d'évolution financière de la sécurité sociale entre 2003-2030: une évaluation du coût budgétaire du vieillissement	43
A. Aperçu des hypothèses de référence	43
B. Nouveaux résultats	48
1. La projection macroéconomique	48
2. Le marché du travail	51
3. Le coût budgétaire du vieillissement	52
C. Analyses de sensibilité	57
1. Un taux d'emploi accru	57
2. Variantes d'évolution des dépenses de soins de santé	61
3. Un scénario de productivité plus élevée	64
III Evolution des dépenses publiques de soins de santé	67
A. Introduction	67
B. Aperçu historique	67
1. Instauration de l'assurance soins de santé obligatoire	68
2. Dépenses de soins de santé	74
3. Evolutions sectorielles	79
C. Les soins de santé dans une perspective de comparaison internationale	86
1. Introduction	86
2. Les systèmes de soins de santé	90
3. Autres indicateurs	94

D. Perspectives à moyen terme 2003-2008	98
1. Consommation de soins de santé	98
2. Evolutions sectorielles	102
E. Perspectives à long terme 2009-2030	104
1. Méthodologie utilisée	104
2. Résultats détaillés	109
IV Activités des travailleurs âgés	111
1. Emploi et retraits anticipés: les données disponibles	111
2. Les comportements d'activité de 50 ans à 64 ans par classe d'âges	112
3. Les comportements d'activité des hommes de 59 ans à 64 ans par année d'âge	116
4. L'emploi des âgés et les retraits anticipés du marché du travail dans une perspective de comparaison européenne	117
V La soutenabilité sociale	119
A. Risque de pauvreté chez les personnes âgées	120
1. Indicateurs monétaires	120
2. Quelques indicateurs non monétaires	123
3. Conclusion	126
B. Allocation minimums garanties aux personnes âgées	127
1. La garantie de revenus aux personnes âgées	127
2. Pensions minimums	132
3. Le droit minimum par année de carrière dans le régime salarié	135
C. Un indice des prix à la consommation pour les personnes âgées	136
1. Différences dans la structure de consommation	137
2. Impact de l'évolution relative des prix	138
3. Un indice santé hypothétique pour les personnes âgées sur la période 1996-2002	140
4. Sensibilité du résultat obtenu : scénarios alternatifs	140
5. Conclusion	140
D. Les taux de remplacement pour quelques cas-types	141
1. Hypothèses et représentativité du cas-type	141
2. Le taux de remplacement pour différents cas-types	142
3. Le cas-type de référence après 10 ans de pensionnement	144

VI	Annexe 1	145
VII	Annexe 2	147
VIII	Annexe 3 : Aspects techniques de la méthodologie de projections des dépenses de santé à long terme (2009-2030)	149
IX	Annexe 4: Indicateurs du risque de pauvreté chez les personnes âgées	153

SYNTHÈSE

A. Introduction

Cette troisième édition du rapport du Comité d'étude sur le vieillissement (CEV) a été réalisée et transmise au gouvernement fédéral dans le cadre de la loi du 5 septembre 2001 portant garantie d'une réduction continue de la dette publique et création d'un Fonds de vieillissement¹.

La préoccupation croissante face au problème du vieillissement...

Le Fonds de vieillissement a été instauré en vue de faire face aux conséquences budgétaires futures du vieillissement, lesquelles préoccupent les gouvernements successifs depuis la fin des années quatre-vingt.

... a été prise en compte lors des réformes des pensions...

Le haut niveau de l'endettement public, l'accroissement de l'espérance de vie et la prise de conscience du caractère durable de la chute de la natalité sont autant d'éléments qui ont progressivement fait émerger la question de la soutenabilité financière à long terme des régimes légaux de pension. Cette problématique a été prise en compte lors des *différentes réformes des pensions*. Ainsi, l'âge flexible de la retraite pour les salariés masculins âgés de 60 à 65 ans a été instauré en 1991 en remplacement de la 'prépension de retraite' pour laquelle les années d'inactivité (entre la date de départ à la retraite et l'âge de 65 ans) entraient en ligne de compte dans le calcul de la carrière. L'ajout de ces années fictives a été supprimé en 1990 et le système fut finalement remplacé en 1991 par l'instauration de l'âge flexible de la retraite. Les régimes de retraite des travailleurs salariés et des indépendants ont été réformés en 1997. La fraction de calcul de la pension féminine et l'âge légal de la retraite des femmes ont été relevés. Le principe de l'âge flexible de la retraite a été maintenu mais subordonné à une condition de carrière.

... a donné lieu à des efforts budgétaires...

Outre la réforme des pensions, une *stratégie de politique budgétaire* a été approuvée via les programmes de stabilité; elle vise la réduction graduelle de la dette publique dans le but de générer les marges budgétaires qui permettraient de financer le coût budgétaire du vieillissement.

Les premiers programmes de stabilité de la Belgique (1999-2002 et 2000-2003) élaborés en application du Traité de Maastricht visaient principalement à assainir les finances publiques en vue de contribuer à la stabilité des prix et à une croissance durable, favorable à la création d'emploi. Le troisième programme de stabilité (2001-2005) a fait de l'équilibre financier à long terme de la sécurité sociale une de ses principales priorités. Il prévoit que les moyens nécessaires doivent être dégagés pour faire face aux conséquences du vieillissement démographique sans mettre à mal la couverture sociale actuelle. Depuis lors, un chapitre distinct du programme de stabilité annuel est consacré à la vision à long terme des finances publiques de l'ensemble des administrations publiques.

...et à la création du Fonds de vieillissement.

Le Fonds de vieillissement a été créé par la loi du 5 septembre 2001 dans le but de garantir le financement des pensions à long terme. Ce Fonds peut être alimenté par quatre sources: les excédents budgétaires, les surplus de la sécurité sociale, les recettes non fiscales et le rendement de ses placements. A ce jour, seules des recettes non fiscales ont été affectées au Fonds. A titre d'exemple pour 2003: la recette de la liquidation du Fonds de pension de Belgacom (5 milliards d'euros) et la recette nette de la vente de Credibe (2,6 milliards d'euros).

1. Moniteur belge du 14.09.2001.

La loi du 5 septembre 2001 charge le CEV d'étudier annuellement les conséquences budgétaires et sociales du vieillissement. Pour ce faire, le CEV fait appel au Bureau fédéral du Plan (BFP) pour ses travaux préparatoires et pour assurer le secrétariat. Celui-ci évalue le coût budgétaire du vieillissement au moyen de son modèle de long terme MALTESE sur base de paramètres structurels tirés de la législation en vigueur.

Les estimations du coût budgétaire du vieillissement sont réalisées au moyen du modèle de long terme MALTESE du Bureau fédéral du Plan (BFP). Les prévisions à moyen terme les plus récentes sont introduites chaque année dans le modèle en tant que valeurs de départ. Cette année, les perspectives 2003-2008 de novembre 2003, lesquelles incorporent les mesures du Budget 2004¹, sont intégrées dans les projections de long terme, alors que pour le rapport de l'an dernier, on incorporait les perspectives du printemps 2003. Compte tenu de la date de remise du rapport prescrite par la loi (fin avril) et les difficultés d'ordre organisationnel et technique, le CEV a opté pour cette approche.

Le CEV a d'emblée choisi de limiter l'horizon de la projection à 2030 même si le modèle MALTESE permet d'établir des simulations jusqu'à 2050. On devrait, en effet, observer une stabilisation de la tendance du vieillissement, suivie par un renversement graduel au-delà de 2030. L'augmentation du coût budgétaire du vieillissement devrait dès lors ralentir après cette date.

La combinaison des informations sur le moyen terme - adaptées chaque année en fonction des développements et perspectives conjoncturels les plus récents - avec les hypothèses du modèle MALTESE sur les tendances structurelles, implique que l'actualisation annuelle des estimations du Comité d'étude est sujette à une certaine volatilité, principalement au niveau des premières années de la période de projection. Ainsi, l'année 2003, de faible conjoncture, pèse encore sur l'estimation du coût budgétaire du vieillissement. Un même cas de figure s'est produit en 2001 et 2002 étant donné que la croissance économique y était inférieure à la tendance de long terme. Le taux de croissance de 4,5 % des dépenses de soins de santé (hors inflation) fixé par le gouvernement pour cette législature pèse également sur l'estimation du coût budgétaire du vieillissement. Ce sont les deux principaux facteurs qui entraînent une forte hausse du coût budgétaire du vieillissement par rapport à l'an dernier.

B. Le coût budgétaire du vieillissement

1. Les hypothèses sous-jacentes

Pour évaluer le coût budgétaire du vieillissement, un certain nombre d'hypothèses doivent être formulées. Outre les hypothèses démographiques, elles concernent principalement *l'environnement macro-économique* (Quel est le taux de croissance de la productivité? Vers quel niveau structurel évolue le taux de chômage à long terme?) et la *politique sociale* (Dans quelle mesure les pensions et autres revenus de remplacement sont-ils adaptés pour tenir compte de l'évolution générale du bien-être? Comment évoluent les plafonds salariaux pris en considération pour le calcul de ces revenus de remplacement?).

1. Bureau fédéral du Plan, "Economic Outlook 2003-2008 for November 2003" dans "Short Term Update", décembre 2003.

Hypothèses macro-économiques:

Deux hypothèses centrales de la projection macro-économique concernent l'évolution de la *croissance de la productivité* et du *taux de chômage structurel de long terme*. Toutes deux reposent sur les observations du passé.

- une croissance prudente de la productivité

Sur une période de près d'un siècle (1913-2002), la croissance annuelle de la productivité de l'économie belge s'est établie en moyenne à 1,91 %¹. Au cours des cinquante dernières années, on a observé un taux de croissance plus élevé, de l'ordre de 2,52 %, contre des taux moindres, respectivement de 2,01 % et 1,55 %, au cours des périodes 1970-2002 et 1980-2002.

L'hypothèse retenue par le CEV en matière de croissance annuelle moyenne de la productivité est de 1,75 % et se situe donc en dessous de la moyenne historique à long terme de quelque 2 %. L'article 7 de la loi du 5 septembre 2001 portant garantie d'une réduction continue de la dette publique et création d'un Fonds de vieillissement invite le CEV à la prudence dans l'estimation de la croissance tendancielle. C'est pourquoi le CEV opte pour ce taux raisonnable de 1,75 %.

- un taux de chômage qui tend vers une moyenne historique...

Dans les éditions précédentes du rapport, le CEV a tablé sur un taux de chômage structurel de 7,3 % de la population active, à savoir la moyenne historique sur la période 1953-2000. L'actualisation de la moyenne historique (1953-2000) a débouché sur un accroissement du taux de l'ordre de 0,2 point de pourcentage. En conséquence, le CEV s'appuie sur un taux de chômage structurel de long terme de 7,5 % de la population active. Le concept de chômage utilisé dans ce rapport englobe non seulement les catégories, telles que définies par l'Office national de l'Emploi (ONEM), de chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi et de demandeurs d'emploi inoccupés obligatoirement² et librement³ inscrits, mais aussi les chômeurs âgés non demandeurs d'emploi. Certaines catégories de bénéficiaires d'une allocation à charge de l'ONEM ne sont pas reprises dans cette définition, comme par exemple les chômeurs dispensés pour raisons sociales ou familiales, les personnes bénéficiant d'un crédit-temps à temps plein, etc.

... qu'une politique dynamique d'emploi aiderait à atteindre.

Le choix d'un taux de chômage structurel de long terme de 7,5 % est relativement arbitraire et peut sembler volontariste si l'on tient compte du fait qu'il est de 14,2 % actuellement. Le CEV opte pour ce chiffre car il est réaliste dans une perspective historique. Il ne faut en effet pas perdre de vue que le taux de chômage actuel est en partie conjoncturel. D'autre part, on peut raisonnablement miser sur une baisse structurelle du taux de chômage du fait de la diminution continue de la population active, dont une conséquence pourrait être une pénurie de main-d'oeuvre sur le marché de l'emploi. Néanmoins, cette évolution ne suffira pas et une politique active en matière d'emploi devra être menée. En effet, la route est encore longue avant d'atteindre un taux de chômage de 7,5 %.

Depuis plusieurs années, les politiques d'emploi visent à stimuler la participation au marché du travail et à accroître le taux d'emploi. Les mesures prises récemment par le gouvernement, en particulier suite à la Conférence nationale pour l'emploi d'octobre 2003 ou lors du Conseil des ministres extraordinaire de Gembloux en janvier 2004, s'inscrivent dans cette perspective. Les mesures prises telles que la réduction des charges fiscales et parafiscales, le meilleur suivi des chômeurs, le système de bonus ou l'ensemble des

-
1. Au cours de la période 1913-2000 - à laquelle les précédents rapports du CEV font référence - il était de 1,96 %.
 2. Cette catégorie englobe les jeunes en stage d'attente qui ne perçoivent pas d'allocations, les chômeurs temporairement exclus, les personnes émergeant au CPAS, les chômeurs renonçant volontairement à leurs allocations.
 3. Cette catégorie englobe les personnes sans emploi qui n'ouvrent pas le droit à des allocations mais qui s'inscrivent librement comme demandeurs d'emploi.

mesures ciblées sur les travailleurs âgés, vont toutes dans le sens d'une baisse du taux de chômage. Faire baisser celui-ci à un rythme accéléré vers le niveau structurel de long terme atteint en 2028 exigera cependant des efforts soutenus et continus.

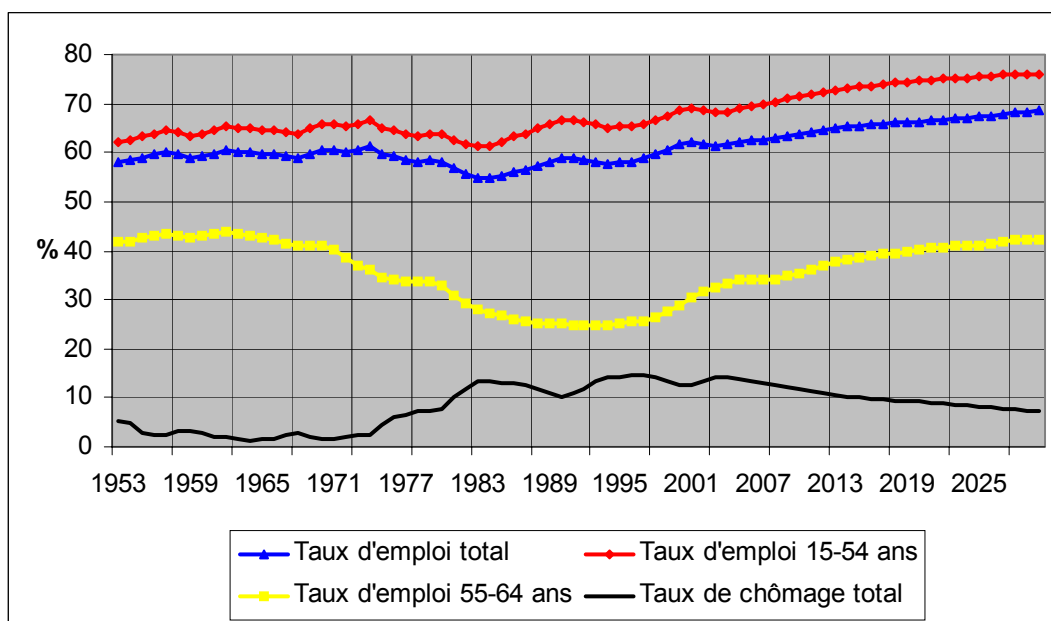
Il sera d'autant plus aisé de dégager de nouvelles marges de manoeuvre budgétaires que la décrue du chômage vers son niveau structurel de long terme sera rapide. Or, de telles marges sont souhaitables non seulement pour financer le coût budgétaire du vieillissement mais aussi pour satisfaire d'autres besoins ou répondre à d'autres priorités politiques.

Dans ce contexte, le gouvernement a chargé le CEV d'étudier de nouvelles questions en vue de préparer sa politique et d'examiner l'impact budgétaire d'une politique d'emploi active et d'un taux d'emploi accru. Les résultats de cette analyse de sensibilité sont présentés à la p.22.

Une croissance relativement limitée du taux d'emploi.

Les hypothèses de référence relatives à l'évolution des taux d'activité et aux probabilités d'appartenir à l'un ou l'autre statut socio-économique partent de comportements constants et d'un contexte législatif et institutionnel inchangé. Toutefois certains comportements évoluent. C'est pourquoi il est tenu compte des tendances observées (par exemple, la croissance continue du taux d'activité des femmes), des modifications comportementales récentes (par exemple, la tendance légèrement décroissante de la probabilité d'entrée en prépension pour les hommes) et des dispositions législatives susceptibles d'influencer certains comportements futurs (par exemple, l'influence de la réforme des pensions sur le comportement des femmes). La projection à long terme de ces comportements socio-économiques, combinée à l'hypothèse de taux de chômage structurel de long terme, donne une croissance modérée du taux d'emploi (voir figure 1).

FIGURE 1 - Evolution du taux de chômage (en % de la population active) et des taux d'emploi (en % de la population démographique correspondante)



Une croissance économique modérée à long terme.

Les hypothèses macro-économiques susmentionnées se traduisent en projection par une croissance économique présentée dans la figure 2, en termes de PIB par habitant et avec son évolution historique depuis 1960. Les gains de productivité sont également présentés dans cette figure.

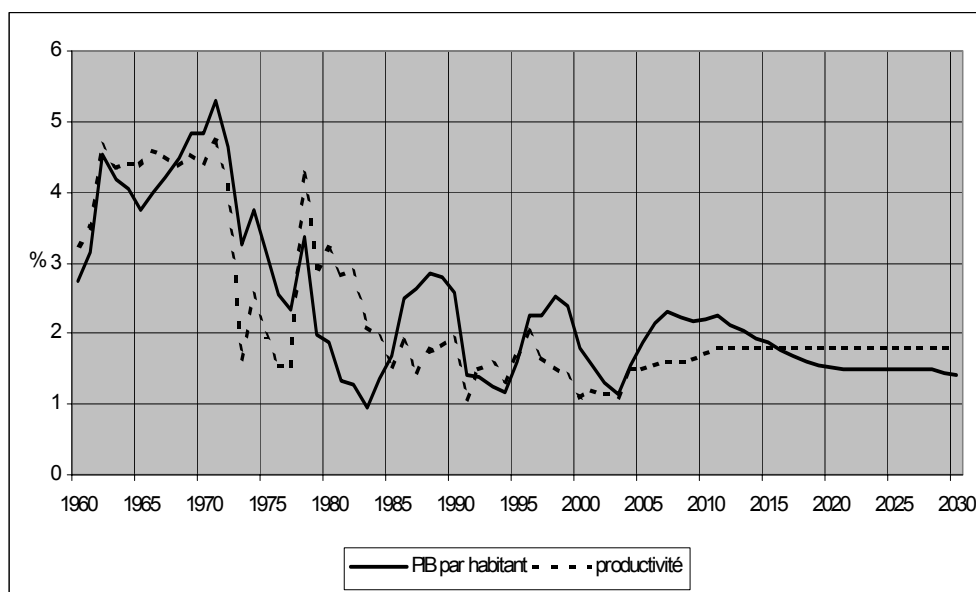
L'évolution du PIB par habitant est fonction des paramètres suivants: premièrement, la croissance de la productivité, et deuxièmement, la part de l'emploi dans la population totale, laquelle dépend elle-même du taux d'emploi et de la part de la population d'âge actif dans la population totale.

Ainsi, on observe dans les années 60 une croissance de la productivité légèrement supérieure à la croissance du PIB par habitant, reflet d'une baisse faible à la fois du taux d'emploi et de la part de la population d'âge actif dans la population totale.

La fin des années 70 ainsi que la première moitié des années 80 ont également été caractérisées par une croissance du PIB par habitant inférieure à la croissance de la productivité. L'effet de l'entrée dans la vie active de la génération du baby-boom née après la guerre - phénomène qui a fait progresser la part de la population d'âge actif dans la population totale - a été largement compensé par une forte diminution du taux d'emploi. A cette période, les sorties anticipées du marché du travail étaient encouragées en vue d'endiguer la montée du chômage.

Au cours de la seconde moitié des années 90, la situation s'inverse: en dépit d'une part décroissante de la population d'âge actif, la croissance du PIB par habitant dépasse celle de la productivité grâce à une hausse du taux d'emploi. A partir de 2010, la génération du baby-boom quitte le marché du travail. Dans un premier temps, la progression du PIB par habitant (1,9 % en 2008) est surtout le fait, outre la croissance de la productivité, de l'augmentation du taux d'emploi. Toutefois, à partir de 2015, l'accroissement du taux d'emploi s'avère insuffisant pour compenser le recul de la part de la population d'âge actif et la croissance du PIB repasse en dessous du niveau de celle de la productivité. En 2030, la croissance du PIB par habitant est de 1,4 % pour une croissance de la productivité de 1,75 %.

FIGURE 2 - Evolution du PIB par habitant et de la productivité
(taux de croissance en termes réels - moyenne mobile sur 5 ans)



Hypothèses en matière de politique sociale:

Outre le scénario de croissance économique basé sur une hausse de la productivité de 1,75 % et un taux de chômage structurel de long terme de 7,5 %, le CEV opte, en matière de politique sociale, pour une adaptation annuelle au bien-être de 0,5 % des pensions et des autres allocations sociales.

Il ressort des données historiques que les adaptations annuelles au bien-être sont en moyenne 1,75 % inférieures à la croissance de la productivité et aux hausses salariales réelles. Au cours de la période 1956-2002, les salaires ont progressé de 2,9 % en moyenne alors que l'adaptation au bien-être n'atteignait qu'une moyenne de 1,1 %¹. Dans le cadre du scénario de croissance de 1,75 % retenu par le CEV, l'adaptation moyenne au bien-être serait alors nulle.

- une adaptation annuelle moyenne au bien-être de 0,5 % des revenus de remplacement

Le CEV juge peu vraisemblable l'absence de toute adaptation au bien-être dans une société vieillissante où l'espérance de vie s'allonge. En effet, le poids électoral des aînés grandit. Le CEV estime dès lors prudent - dans le cadre de l'estimation d'un scénario qui servira de balise à l'élaboration de la politique budgétaire - de tenir compte d'une adaptation au bien-être limitée des allocations sociales. Le CEV table donc sur une adaptation au bien-être annuelle moyenne de 0,5 % des allocations sociales, comme lors des précédents rapports. Une adaptation au bien-être est également appliquée aux allocations forfaitaires qui connaîtraient dès lors une adaptation annuelle moyenne au bien-être de 1 %.

Afin d'évaluer l'impact de cette hypothèse, nous présentons également, à titre de comparaison, un scénario sans adaptation au bien-être.

Les mesures relatives à l'adaptation au bien-être des allocations sociales, prises lors du Conseil des ministres extraordinaire des 20 et 21 mars 2004 à Ostende, pour les années 2005, 2006 et 2007, sont en ligne avec l'hypothèse retenue par le CEV en la matière. En

1. Voir également le Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement d'avril 2002.

effet, des adaptations partielles au bien-être sont prévues jusque 2007; au-delà cependant, seule une intention politique est exprimée et un mécanisme de concertation est prévu.

- adaptation du plafond salarial sur base des marges salariales: 1,25 % en moyenne

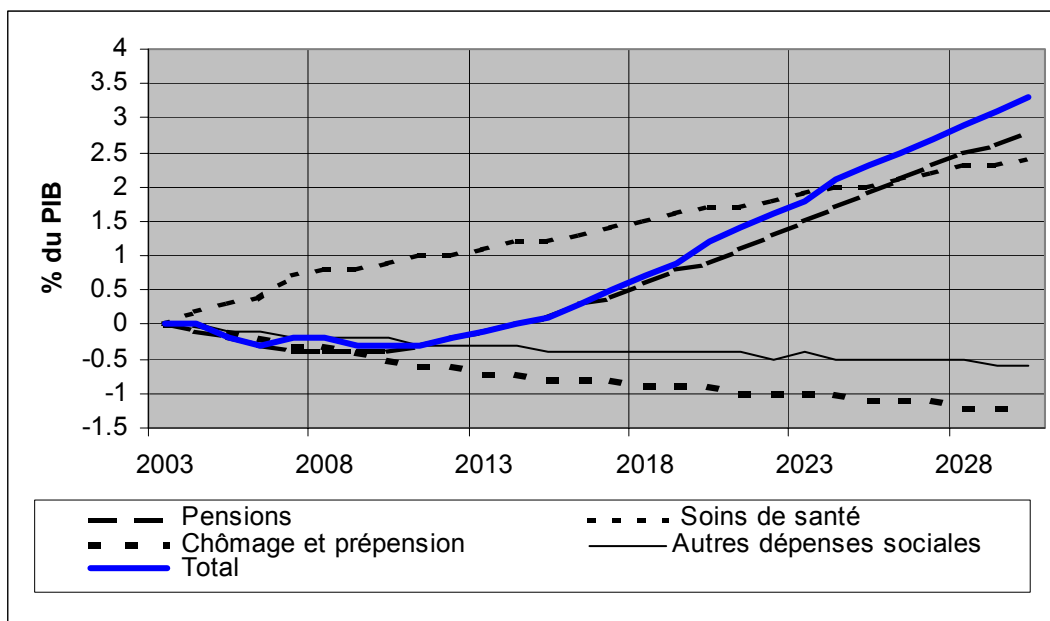
La loi sur la réforme des pensions de 1996 prévoit une adaptation du plafond salarial - appliqué lors du calcul de la pension de retraite dans le régime des travailleurs salariés - en fonction des marges salariales fixées dans le cadre de la loi relative à la promotion de l'emploi et à la sauvegarde de la compétitivité. Dans un scénario où les salaires suivent la croissance de la productivité de 1,75 %, le plafond salarial est adapté de 1,25 % sur base annuelle, tenant compte d'une hausse salariale spontanée de 0,5 % due à un glissement de l'emploi vers un niveau de qualification plus élevé (dérive salariale). Par souci de cohérence, le plafond salarial des autres revenus de remplacement évolue selon une hypothèse similaire.

2. Le coût budgétaire du vieillissement

Le CEV opte pour une définition large du concept "*coût budgétaire du vieillissement*". Ce terme regroupe non seulement les dépenses de pensions et de soins de santé, mais aussi toutes les autres dépenses influencées par les évolutions démographiques, telles que les allocations familiales, de chômage, d'invalidité, etc. Ainsi, l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale, considérée en tant qu'entité institutionnelle, s'intègre dans cette définition, en sus des dépenses sociales des autres pouvoirs publics liées à l'âge. Il faut en outre remarquer que, dans ce rapport, la notion de coût budgétaire du vieillissement représente *l'augmentation* en pour cent du PIB des dépenses sociales entre deux périodes.

Au cours de cette décennie, le coût budgétaire total du vieillissement diminue. La croissance nette des dépenses de soins de santé est compensée par la baisse des dépenses de pension, de chômage et des autres dépenses de sécurité sociale. Au delà de 2010, le coût budgétaire du vieillissement se met à progresser du fait d'une nouvelle augmentation des dépenses de soins de santé et d'une hausse sensible des charges de pension (voir figure 3).

FIGURE 3 - Le coût budgétaire du vieillissement
(en % du PIB, par rapport à 2003 - scénario du CEV)



Entre 2003 et 2030, le coût budgétaire du vieillissement s'élève à 3,4 % du PIB,

Entre 2003 et 2030, le coût budgétaire du vieillissement devrait représenter 3,4 % du PIB, soit une diminution de 0,2 % du PIB entre 2003 et 2008 et une augmentation de 3,6 % du PIB entre 2009 et 2030. Les dépenses de pension et de soins de santé augmenteraient à concurrence de 5,2 % du PIB (voir tableau 1). D'autres branches de la sécurité sociale, le chômage et les allocations familiales en particulier, compenseraient ce surcoût à hauteur de 1,8 % du PIB.

... soit 0,7 point de pourcentage de plus que dans le rapport de l'année dernière...

En prenant 2002 pour année de référence, le coût budgétaire du vieillissement s'élève à 3,8 % du PIB en 2030, ce qui représente 0,7 point de pourcentage de plus que dans le Rapport annuel de mai 2003. Cet écart de 0,7 point de pourcentage est attribuable pour 0,5 point de pourcentage à la période de moyen terme et pour 0,2 point de pourcentage à la période de long terme.

... en raison d'une forte augmentation à moyen terme des dépenses de soins de santé.

Entre 2003 et 2008, les dépenses de soins de santé progressent de 0,8 % du PIB, soit de 0,5 point de pourcentage de plus que dans les estimations de l'année dernière; cette hausse explique à elle seule l'écart du coût budgétaire du vieillissement entre 2003 et 2008 constaté par rapport aux estimations de l'année dernière.

La croissance supposée de 4,5 % des dépenses de soins de santé jusqu'en 2007 et l'intégration (dès 2006) des petits risques dans l'assurance maladie obligatoire des indépendants (financée par le transfert des cotisations correspondantes) entraînent une croissance annuelle moyenne de 5,1 % des dépenses de soins de santé pour une croissance économique moyenne de 2,1 % (entre 2003 et 2007). Sur la période 2008-2030, la croissance des dépenses de soins de santé est ramenée à 2,8 % par an pour une croissance économique moyenne de 1,9 % (pour une présentation détaillée des résultats, voir chapitre III, page 109).

Quant à l'écart de 0,2 point de pourcentage, il est dû à une hausse plus marquée des charges de pension entre 2010 et 2030 attribuable à différents facteurs: le relèvement plus

important qu'attendu du plafond salarial, les effets de la reprise par les pouvoirs publics des pensions de Belgacom à partir de 2003, et des facteurs techniques.

Une progression plus modérée peut être escomptée si aucune adaptation au bien-être n'est octroyée.

Dans le scénario sans adaptation au bien-être, le coût budgétaire du vieillissement entre 2003 et 2030 ne dépasserait pas 2,8 % du PIB. Le non-octroi d'une adaptation au bien-être annuelle moyenne de 0,5 % allège le coût budgétaire du vieillissement de 0,6 point de pourcentage.

TABLEAU 1 - Le coût budgétaire du vieillissement
(en % du PIB - scénario du CEV et scénario sans adaptation au bien-être)

Composantes du coût budgétaire du vieillissement	Scénario du Comité d'étude				Scénario sans adaptation au bien-être			
	2003	2010	2030	2003-2030	2003	2010	2030	2003-2030
Pensions ^a	9.2	8.8	12.0	2.8	9.2	8.7	11.6	2.4
Soins de santé ^b	6.9	7.8	9.3	2.4	6.9	7.8	9.3	2.4
Incapacité de travail	1.3	1.3	1.3	-0.0	1.3	1.3	1.2	-0.0
Chômage	2.3	1.8	1.1	-1.2	2.3	1.8	1.1	-1.2
Prépensions	0.4	0.4	0.4	-0.1	0.4	0.4	0.4	-0.1
Allocations familiales	1.7	1.4	1.2	-0.5	1.7	1.4	1.1	-0.6
Autres dépenses sociales ^c	1.5	1.5	1.4	-0.1	1.5	1.5	1.4	-0.1
Total	23.4	23.1	26.7	3.4	23.4	23.0	26.1	2.8
p.m. rémunérations du personnel enseignant	4.4	4.0	3.8	-0.7	4.4	4.0	3.8	-0.7

a. Y compris les pensions des entreprises publiques à charge du budget de l'Etat (estimation) et la GRAPA.

b. Dépenses publiques de soins de santé.

c. Principalement les accidents du travail, les maladies professionnelles, la sécurité d'existence et l'assurance-dépendance en Flandre.

3. Analyses de sensibilité

A la demande du gouvernement...

A la lumière de la note du Ministre Vandembroucke "Le vieillissement et une politique d'un marché du travail en fonction de l'âge" présentée au Conseil des Ministres Extraordinaire des 16 et 17 janvier 2004, le Comité d'étude a été chargé de réaliser des études complémentaires préparatoires d'aide à la décision. Selon l'article 6 de la loi du 5 septembre 2001 portant garantie d'une réduction continue de la dette publique et création d'un Fonds de vieillissement, le Comité d'étude peut, de sa propre initiative ou à la demande du gouvernement, mener des études sur des sujets spécifiques en rapport avec le vieillissement.

... le Comité d'étude sur le vieillissement est chargé d'études complémentaires ...

Le Conseil des Ministres a marqué son accord sur la note "Le vieillissement et une politique d'un marché du travail en fonction de l'âge" dans laquelle il est demandé au Comité d'étude de porter une attention particulière:

... accordant une attention particulière aux soins de santé ...

- à l'évolution des coûts des soins de santé appuyée par une description précise des hypothèses pertinentes pour la politique, la simulation d'un éventail suffisant de variantes afin de cadrer de manière judicieuse les défis à relever et l'étude des éventuelles divergences entre la Belgique et ses partenaires européens;

... et à la problématique de la fin de carrière.

- aux effets de la participation limitée des personnes âgées au marché du travail, entre autres via l'analyse de l'âge de retrait de la vie active et une étude approfondie des effets d'un renforcement de la politique visant à différer le départ effectif du marché du travail.

Dans un délai limité, le Comité d'étude a tenté de répondre à la mission demandée par le gouvernement. En premier lieu, nous avons examiné l'impact d'un renforcement de la politique d'emploi (section a). En second lieu, nous nous sommes concentré sur quelques variantes en matière d'évolution future des dépenses de soins de santé (section b).

Etant donné que la croissance future de la productivité est également entourée d'incertitudes, à côté du scénario prudent de croissance de la productivité retenu par le Comité d'étude, est également simulé un scénario alternatif, partant d'une croissance plus soutenue de la productivité, qui s'inscrit dans les tendances de long terme de l'économie belge (section c).

a. Une politique d'emploi renforcée

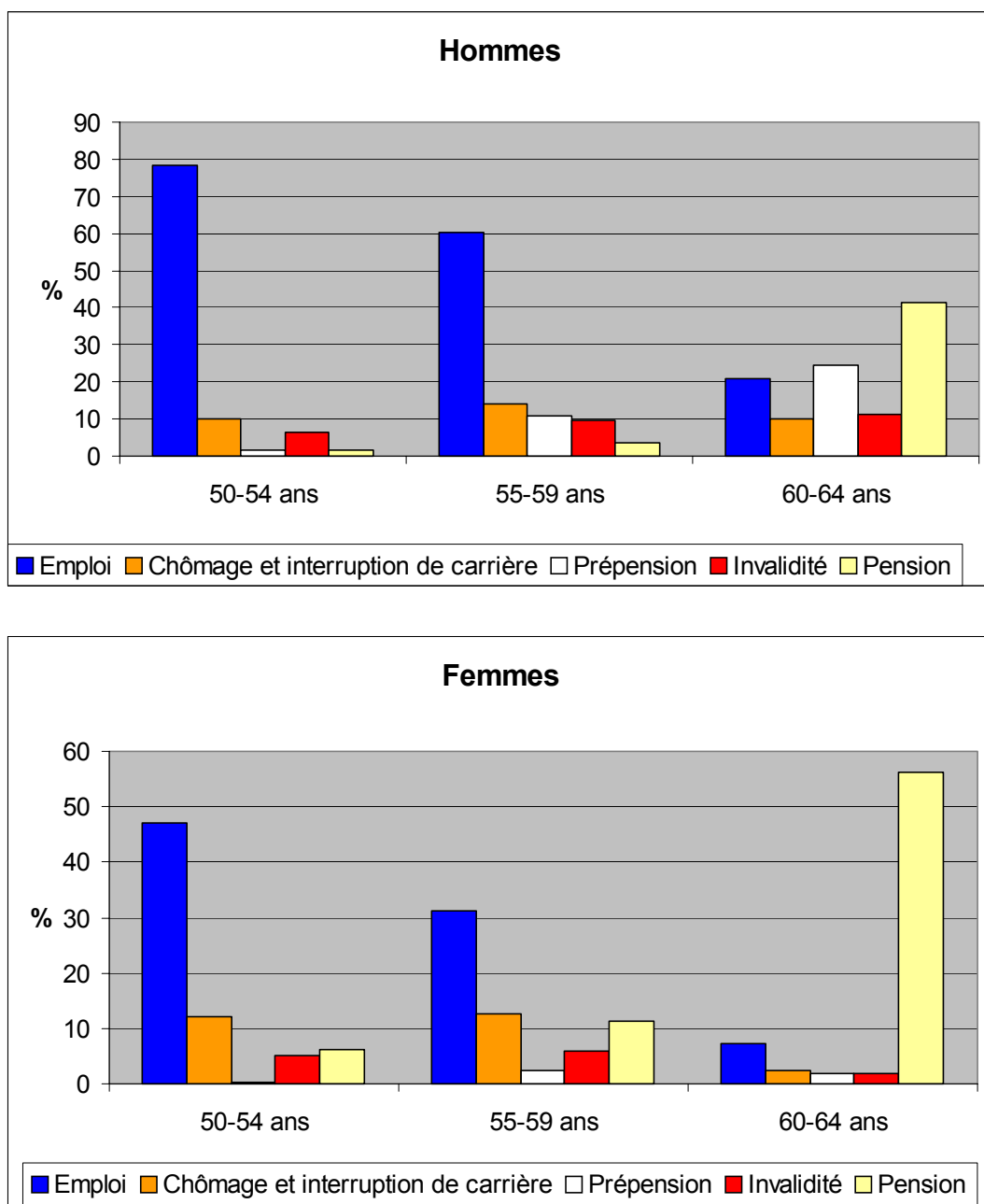
Cette première analyse de sensibilité traite de la problématique de la fin de carrière. Cette problématique est abordée sur base d'une analyse des statuts socio-économiques de la population de 50 à 64 ans.

Le taux d'emploi décroît avec l'âge ...

Comme l'indique la figure 4, les taux d'emploi tant masculins que féminins décroissent en fonction de l'âge. Cette décroissance est nettement moins prononcée chez les travailleurs indépendants. Un relèvement progressif des taux d'emploi féminins est attendu - aussi bien dans le régime salarié que dans le régime indépendant - suite non seulement à l'augmentation structurelle de l'activité féminine mais aussi à la réforme des pensions qui prévoit un relèvement progressif de l'âge légal de la retraite, de 60 ans en 1996 à 65 ans en 2009.

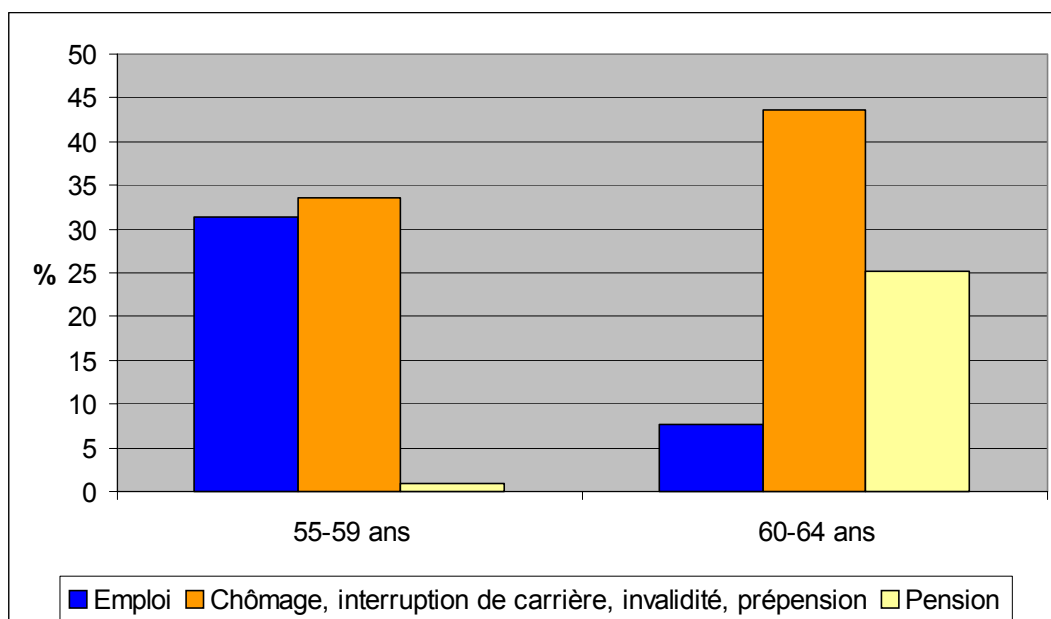
Alors que chez les hommes, les retraits de la vie active se font davantage via la prépension et le chômage (âgé), les femmes privilégient davantage la pension de retraite comme voie de sortie du marché du travail, principalement en raison de l'impact de la réforme des pensions de 1996. En 2001, l'âge légal de la pension de retraite dans le régime général des salariés et des indépendants est de 62 ans pour les femmes. Ainsi, en 2001, les femmes ne peuvent bénéficier d'un régime de retrait anticipé, tels que le chômage, la prépension et l'invalidité, que jusqu'à l'âge de 62 ans. Ceci explique la faible proportion de ces formes de retraits anticipés pour les femmes de 60 à 64 ans par rapport au poids prépondérant de la pension, lequel est également influencé par la pension de survie.

FIGURE 4 - Ventilation selon le statut socio-économique de la population de 50 à 64 ans, par sexe et classe d'âges de 5 ans, année 2001
(en % de la population de la classe d'âges correspondante)



Parmi les travailleurs masculins relevant du régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés, de nombreux retraits anticipés du marché du travail se font par une voie autre que celle de la pension légale. Même au sein de la population de 60 à 64 ans, seule 25,2 % de la population est pensionnée, alors que 43,6 % se retrouve dans un autre système (figure 5).

FIGURE 5 - Ventilation selon le statut socio-économique de la population masculine du régime des travailleurs salariés de 55 à 64 ans
(en % de la population masculine de la classe d'âges correspondante)



... mais d'une manière moins prononcée chez les indépendants.

L'analyse du comportement d'une génération d'hommes entre 59 et 64 ans¹ confirme que les travailleurs indépendants ont un parcours professionnel plus long: plus de la moitié des travailleurs indépendants professionnellement actifs à 59 ans le sont encore à 64 ans. Les agents de la fonction publique partent massivement à la pension à 60 ans (53 % des actifs à 59 ans), et à peine 17 % des actifs à 59 ans le sont encore à 64 ans. Parmi les salariés, 40 % des actifs à 59 ans prennent leur pension à 60 ans, néanmoins 30 % d'entre eux travaillent encore à 64 ans.

Le taux d'emploi des 55 ans et plus est, en Belgique, largement en dessous de la moyenne européenne, ...

Avec de faibles taux d'emploi des âgés, la Belgique détient la lanterne rouge parmi les pays européens. Selon les données de l' "Enquête sur les forces de travail" menée dans les différents Etats membres, la Belgique, où le taux d'emploi des 55 ans et plus est en 2002 de 25,7 %, se situe bien en deçà de la moyenne européenne de 39,8 %.

... phénomène qui se manifeste par un âge peu élevé de sortie anticipée du marché du travail.

Ces taux d'emploi peu favorables sont également le fait d'un âge moyen peu élevé de sortie du marché du travail. L'âge effectif moyen de retrait du marché du travail avoisinerait 58 ans en 2002². Dans le scénario du Comité d'étude, cet âge dépasserait de peu les 60 ans à l'horizon 2030, principalement soutenu par la croissance structurelle de l'activité féminine.

Une politique d'emploi renforcée ...

L'analyse de sensibilité table sur un relèvement du taux d'emploi et un abaissement du taux de chômage, reflète d'une baisse de la part de la population sans emploi. Le volant de prépension simulé dans le scénario du Comité d'étude est remplacé par un relèvement

1. L'examen se base sur la génération âgée de 59 ans en 1996 et de 64 ans en 2001.
2. Eurostat et OCDE, "Coping with Ageing: a Dynamic Approach to Quantify the Impact of Alternative policy Options on Future Labour Supply in OECD Countries", Economic Department Working Papers n°371, 2003, annexe 2, p.25.

du taux d'activité. De plus, une baisse du taux de chômage structurel de long terme par rapport au scénario du Comité d'étude est simulée.

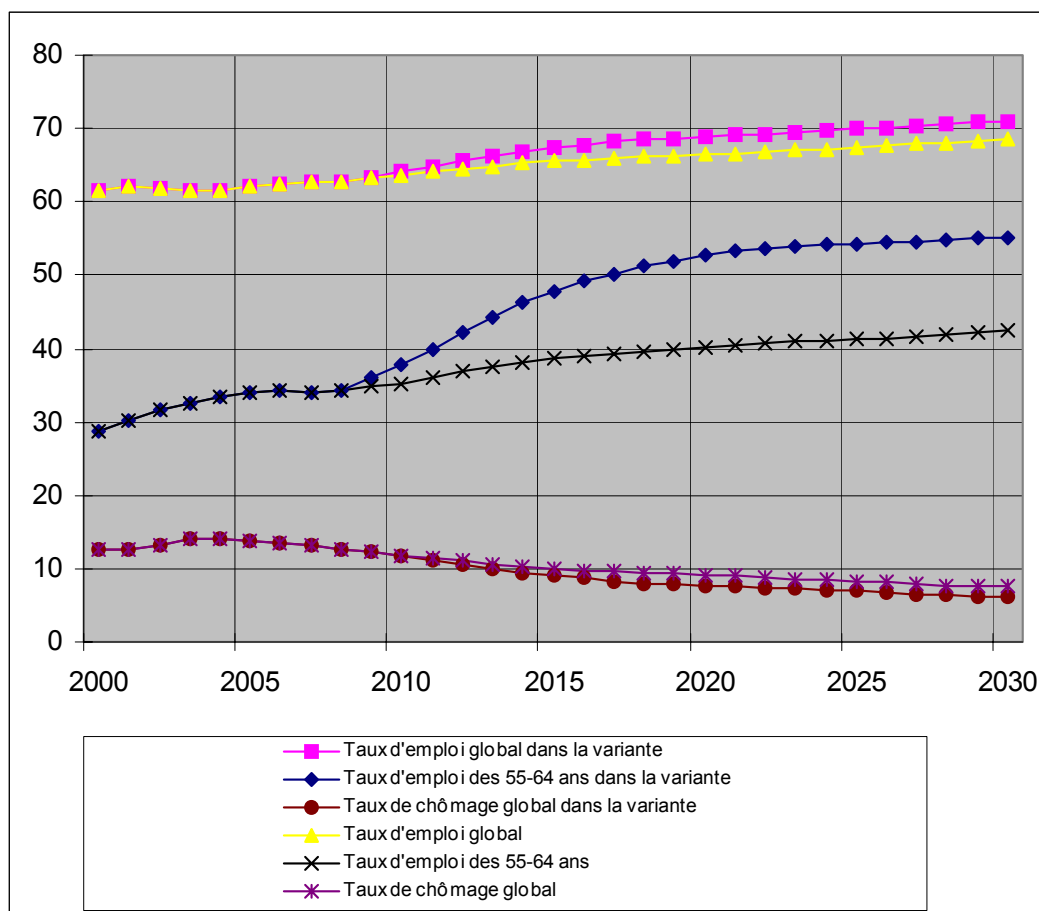
Cette simulation offre une illustration à caractère technique des conséquences d'une évolution plus favorable des taux d'emploi et de chômage sur l'évolution macroéconomique et le coût budgétaire du vieillissement. Cette simulation n'entend nullement évaluer les effets de mesures politiques concrètes. En outre, afin de se conformer à la logique interne du modèle et de focaliser l'analyse sur les effets de long terme, l'adaptation des taux d'emploi et de chômage n'est introduite qu'à la fin de la décennie en cours.

... pourrait accroître le taux d'emploi de 2,5 points de pourcentage, ...

Dans cette projection, le taux d'emploi global est accru d'environ 2,5 points de pourcentage à l'horizon 2030 (par rapport au scénario du Comité d'étude) et s'établit à 71 % de la population d'âge actif. Le taux d'emploi des 55-64 ans s'accroît même de 12,8 points de pourcentage pour atteindre 55,2 % en 2030, alors que, dans le même temps, les moins de 55 ans enregistrent, par effet de substitution, une légère diminution de leur taux d'emploi de l'ordre de 0,3 point de pourcentage. Le taux de chômage structurel de long terme, chute de 1,4 point de pourcentage (par rapport au scénario du Comité d'étude) et atteint 6,1 % de la population active.

L'objectif de Lisbonne (un taux d'emploi global de 70 % en 2010), même dans le cas de la simulation d'un renforcement de la politique d'emploi, ne serait pas atteint: il ne le serait qu'en 2026, alors que l'objectif d'un taux d'emploi de 50 % parmi les 55 ans et plus serait atteint en 2017 (voir figure 6). L'objectif d'un taux d'emploi féminin de 60 % serait atteint en 2014.

FIGURE 6 - Evolution du taux de chômage (en % de la population active) et du taux d'emploi (en % de la population correspondante)
(Scénario du CEV et scénario d'une politique d'emploi renforcée)



... élever l'âge moyen de sortie du marché du travail d'environ 1 an en 2030 ...

Le taux d'emploi accru et la diminution du taux de chômage ont un impact positif sur l'âge moyen effectif de sortie du marché du travail: par rapport au scénario du Comité d'étude, il serait relevé d'une année environ en 2030 et s'établirait à 61 ans.

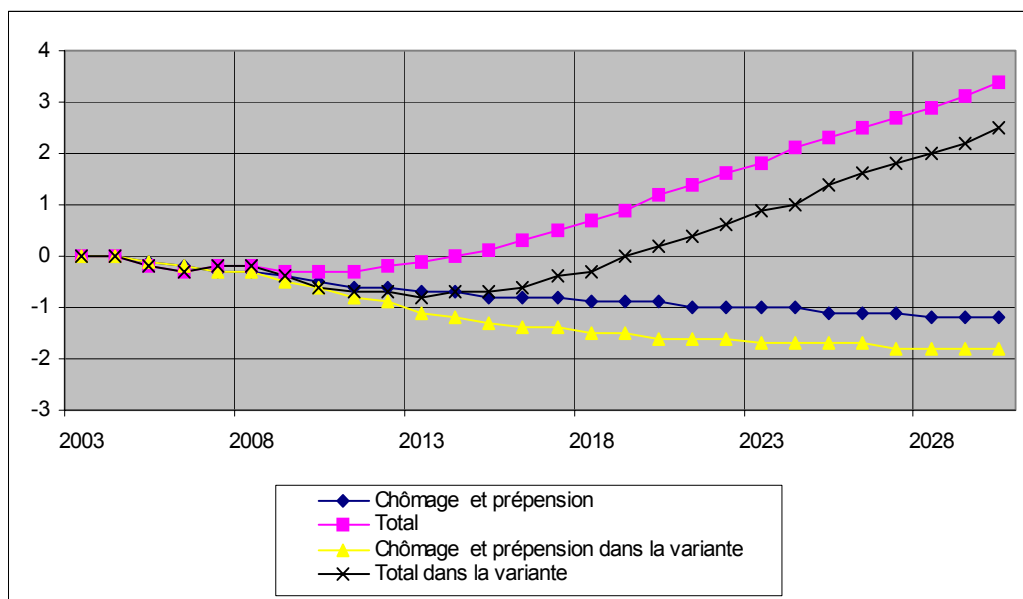
... et réduire le coût budgétaire du vieillissement de 0,9 point de pourcentage du PIB.

L'accroissement du taux d'emploi n'est pas sans effet sur le coût budgétaire du vieillissement qui tombe de 3,4 à 2,5 % du PIB en 2030 (ou une diminution de 0,9 point de pourcentage) dans le scénario du Comité d'étude. Cette diminution s'explique à concurrence de 0,5 point de pourcentage par l'assise économique plus large. Elle se localise pour 0,6 point de pourcentage dans les branches chômage et prépension et pour 0,2 point de pourcentage dans les dépenses de pension (respectivement 0,1 et 0,2 points de pourcentage des économies réalisées sont dus à une croissance économique plus favorable). Cependant, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de pensionnés car les individus ayant un emploi prennent leur pension plus tôt que les prépensionnés ou les chômeurs. Cela impliquerait un coût supplémentaire, cependant compensé par une pension moyenne plus faible due à la durée de carrière plus courte.

La figure 7 illustre l'impact d'une évolution plus favorable de l'emploi sur le coût budgétaire du vieillissement.

FIGURE 7 - Le coût budgétaire du vieillissement

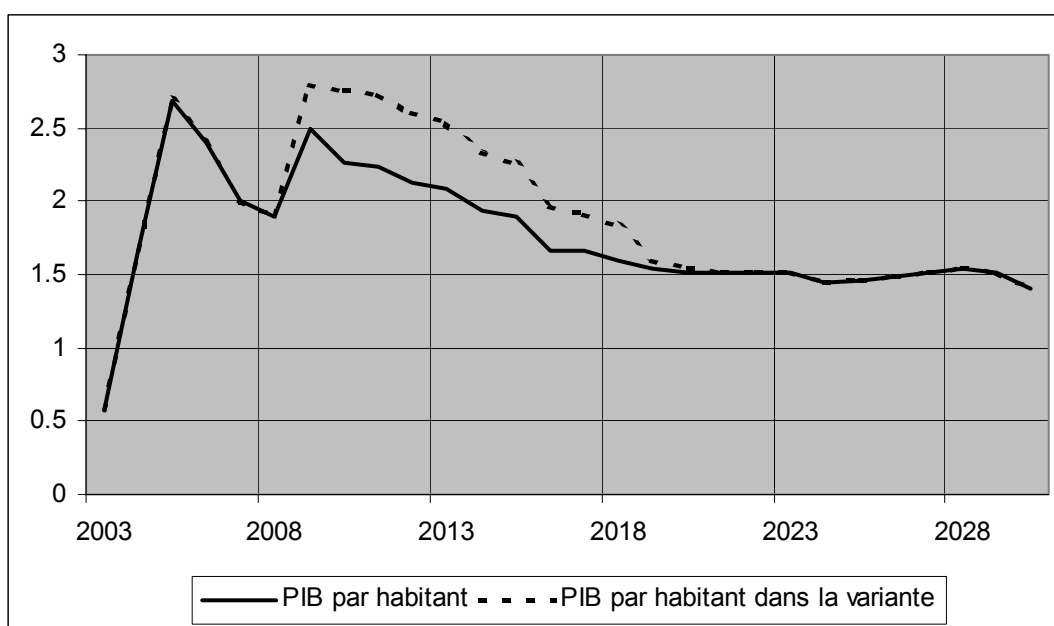
(en % du PIB, par rapport à 2003 - scénario du CEV et scénario d'une politique d'emploi renforcée)



L'évolution plus favorable de l'emploi a un impact positif sur le niveau de vie général, indiqué par un accroissement du PIB par habitant (voir figure 8). Lorsque la mesure a produit ses pleins effets, le taux de croissance du PIB rejoint celui du scénario du Comité d'étude. Dans la variante d'une politique d'emploi renforcée, le PIB par habitant en 2030 est de 3,6 % plus élevé que dans le scénario du Comité d'étude.

FIGURE 8 - Evolution du PIB par habitant

(taux de croissance en termes réels - scénario du CEV et scénario d'une politique d'emploi renforcée)



De moindres gains de productivité ne grèveraient que légèrement cet impact positif.

Le scénario de simulation d'un taux d'emploi accru présenté ci-avant ne suppose aucune altération des gains de productivité. Toutefois, une évolution plus favorable de l'emploi des travailleurs âgés pourrait entraîner de moindres gains de productivité, notamment suite à une extension du travail à temps partiel ou au développement de statuts spécifiques pour des travailleurs à faible productivité. Avec une productivité des emplois supplémentaires créés et subsidiés réduite de moitié par rapport à celle du scénario du Comité d'étude, la croissance économique annuelle serait en moyenne de 0,1 % moins favorable que dans le scénario d'une politique d'emploi renforcée sans effet sur la productivité. L'allègement du coût budgétaire du vieillissement serait donc amoindri de 0,2 % du PIB, du fait d'une assise économique réduite et de coûts additionnels de la promotion de l'emploi (à temps partiel). L'impact favorable de l'accroissement du taux d'emploi sur le coût budgétaire du vieillissement serait moindre que dans le scénario de politique d'emploi renforcée sans modification des gains de productivité: au lieu de tomber à 2,5 % du PIB, il atteindrait 2,7 % du PIB en 2030.

b. Variantes d'évolution des dépenses de soins de santé

Les incertitudes liées à l'évolution future des dépenses de soins de santé sont nombreuses. Contrairement à d'autres composantes de la sécurité sociale, où les évolutions sont plus mécaniques, les dépenses futures de soins de santé dépendront de nombreux facteurs tels que les développements technologiques à venir, les pathologies nouvelles et les traitements qui leur seront associés. Ces développements sont très difficiles à anticiper. Dans ce qui suit, nous nous limiterons à examiner les incertitudes inhérentes à la méthodologie de projection utilisée dans ce rapport.

Les variantes examinent l'impact du *vieillesse démographique* sur les dépenses de soins de santé. Elles consistent à tester la sensibilité des résultats de la projection des dépenses de santé aux hypothèses concernant les profils¹ de dépenses par classe d'âges et sexe. En effet, ne disposant pas de données annuelles sur ces profils, ceux-ci sont maintenus constants, au niveau observé en 1997, sur l'ensemble de la période de projection. Cette hypothèse forte pourrait entraîner une sous (sur)-estimation des dépenses futures de soins de santé. En effet, si dans les années à venir, les âgés coûtent relativement plus (moins) que leur coût relatif en 1997, nous risquons de sous(sur)-estimer les dépenses de soins de santé.

Pour évaluer l'impact d'une hypothèse différente quant aux profils, nous testons deux variantes. La première variante repose sur l'hypothèse d'une multiplication par quatre du coût relatif des classes d'âges de plus de 55 ans, comparativement au coût relatif observé en 1997. La deuxième variante consiste à ramener ce coût au niveau de celui de la classe d'âges 49-54 ans. Toutefois, remarquons que ces variations supposent des réductions de la part des dépenses dans les classes d'âges jeunes, afin de maintenir inchangées les dépenses totales observées au point de départ et ainsi d'isoler l'impact des effets démographiques de ceux de la tendance lourde². Le tableau 2 présente les résultats obtenus.

-
1. L'impact du *vieillesse démographique* sur les dépenses de soins de santé est estimé à partir de données d'échantillon - pour l'année 1997 - relatives au coût des soins de santé par âge et sexe. Les profils qui ressortent de cet échantillon déterminent le *coût relatif des dépenses de soins de santé par classe d'âges et par sexe*.
 2. La "tendance lourde" ou "tendance historique" est définie comme la partie de l'augmentation des dépenses totales de soins de santé dans le PIB *hors effet du facteur démographique*. Elle est supposée identique dans chaque classe d'âges. Cette tendance historique résulte d'une dynamique combinant des facteurs d'offre, de demande et des objectifs politiques en matière de soins de santé. Elle est constituée tant d'effet-volume que d'effet-prix. Cette "tendance lourde" est estimée par une approche économétrique (voir annexe 3 - section B).

TABLEAU 2 - Dépenses publiques de santé : augmentation (variante 1) et diminution (variante 2) du coût relatif des âgés observé pour l'année de référence (1997) (en % du PIB)

	2010	2020	2030
Projection de base (scénario du CEV)	7.8	8.6	9.3
Augmentation du coût relatif des âgés (variante 1)	7.9	9.0	10.1
Diminution du coût relatif des âgés (variante 2)	7.7	8.0	8.4

L'impact de ces deux variantes sur les dépenses publiques de soins de santé en pourcentage du PIB n'est pas négligeable sans être spectaculaire. Ainsi, la hausse du coût relatif des âgés génère un accroissement des dépenses de 0,8 point de pourcentage du PIB en 2030. Inversement, la baisse du coût relatif des âgés engendre une diminution des dépenses de 0,9 point de pourcentage du PIB en 2030. Il faut néanmoins remarquer qu'une modification considérable des profils est nécessaire pour obtenir ces résultats.

En outre, nous avons effectué un exercice en vue d'illustrer la robustesse des résultats obtenus pour la projection des dépenses de soins de santé *hors effet du facteur démographique*. Ainsi, nous avons estimé un intervalle de confiance autour des résultats de la projection obtenus à l'aide de l'équation économétrique de la "tendance lourde"¹. Ce calcul montre que les incertitudes liées à l'estimation des paramètres de l'équation de la "tendance lourde" sont relativement limitées. Ainsi, la part des dépenses publiques de soins de santé en pourcentage du PIB est comprise à l'horizon 2030 entre 9,2 et 9,4 %. Toutefois, soulignons que cet exercice n'a d'intérêt que sous l'hypothèse d'une continuité dans le futur des comportements de consommation de soins de santé observés dans le passé. En effet, si un changement drastique de ces comportements devait avoir lieu pendant la période de projection, un exercice qui se base sur le passé pour extrapoler l'avenir perdrait non seulement en précision mais aussi en pertinence. De plus, cet exercice ne nous dit rien sur les incertitudes liées, par exemple, à la répartition future des dépenses totales entre dépenses publiques et privées. Cette répartition pourrait évoluer dans un sens ou dans un autre, selon que la politique s'oriente vers une poursuite de l'extension de la couverture de l'assurance-maladie, ou au contraire vers une responsabilisation croissante des patients.

1. Pour les aspects techniques relatifs à l'équation économétrique de la "tendance lourde", voir annexe 3 - section B.

Evolution des dépenses publiques de soins de santé : projeter la croissance de 4,5 % à long terme?

Dans le scénario retenu par le Comité d'étude sur le vieillissement, la croissance réelle des dépenses publiques de soins de santé fixée par le gouvernement (4,5 %^a) est appliquée uniquement pour les quatre années de la législature (jusqu'à et y compris 2007). Au-delà de la législature, ce scénario se base sur une méthodologie visant à capter les tendances de long terme de l'évolution des dépenses publiques de soins de santé.

Cette méthodologie retient essentiellement trois facteurs^b : la "tendance" (dite "lourde") à l'accroissement de la part du revenu nationale consacré aux dépenses de soins de santé - tendance influencée par les orientations de la politique menée depuis un demi-siècle en matière de dépenses publiques de santé, l'impact du vieillissement démographique et l'impact du volume futur de la population. Cette approche, développée en Belgique par le Bureau fédéral du Plan^c, est largement validée au niveau international^d.

La non-prise en compte à long terme d'un taux de croissance de 4,5 % est par ailleurs conforme au cadre méthodologique global d'élaboration du scénario retenu par le Comité d'étude, qui opère une distinction entre moyen terme et long terme.

A moyen terme, la projection respecte l'ensemble des dispositifs en place ou clairement décidés (hypothèse de législation constante).

A long terme, l'hypothèse de législation constante n'est pas maintenue lorsqu'elle est clairement en contradiction avec l'orientation générale de la politique menée au cours des dernières décennies: dans certains cas en effet, celle-ci implique précisément une modification permanente de la législation. C'est alors la poursuite de cette politique qui est simulée (hypothèse de poursuite du comportement observé dans le passé).

C'est par exemple le cas au niveau des plafonds d'indemnisation dans les branches chômage, invalidité, etc... Si à moyen terme la projection respecte la législation en place, elle suppose que ces plafonds croissent à long terme parallèlement au taux de salaire.

C'est également le cas pour les dépenses publiques de soins de santé. La "tendance lourde" reflète une certaine permanence dans les comportements des intervenants, y compris dans ceux des pouvoirs publics, au-delà des normes et objectifs budgétaires successifs fixés et systématiquement revus. Par souci de cohérence, le Comité d'étude ne présente donc pas de véritable projection basée sur la norme de 4,5 %^e. Une telle projection reviendrait d'ailleurs à supposer des politiques très différentes selon le scénario de croissance économique et à ignorer l'impact sur les dépenses de santé des fluctuations dans le temps du facteur vieillissement et de la croissance économique, impact que l'analyse historique met en évidence.

Dans les hypothèses de croissance économique retenues par le CEV, une croissance des dépenses publiques de soins de santé maintenue à 4,5 % à l'horizon 2030 augmenterait le coût budgétaire du vieillissement de 3,3 points de pourcentage du PIB en 2030^f (et passerait ainsi à 6,7 % du PIB de 2003 à 2030 par rapport à 3,4 % du PIB dans le scénario du CEV). Par contre, dans le scénario de croissance de productivité plus forte, pour une même croissance des dépenses publiques de soins de santé maintenue à 4,5 %, l'augmentation du coût budgétaire du vieillissement serait moindre (2,2 points de pourcentage du PIB en 2030^g).

En fait, pour 1 % de croissance annuelle supplémentaire des dépenses publiques de soins de santé à partir de 2008 dans l'entité I, le coût budgétaire du vieillissement est accru de 2 points de pourcentage du PIB en 2030 dans les hypothèses de croissance macroéconomique retenues par le CEV.

- a. Pour l'entité I; sans préjudice de la prise en compte de mesures additionnelles dont le coût budgétaire n'est pas compris dans cette norme (comme par exemple l'extension aux indépendants des "petits risques" de l'assurance-maladie).
- b. cf. section C ci-après et chapitre III, point E.
- c. ENGLERT M., FASQUELLE N., FESTJENS M.-J., LAMBRECHT M., SAINTRAIN M., STREEL C., WEEMAES S., *Perspectives financières de la sécurité sociale 2000 - 2050. Le vieillissement et la viabilité du système légal des pensions*, Planning Paper 91, Bruxelles, Bureau Fédéral du Plan, 2002.
- d. ECONOMIC POLICY COMMITTEE, *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Brussels, 24 octobre 2001.
- e. Les projections à long terme de dépenses de santé réalisées précédemment par le BfP ne tenaient d'ailleurs pas davantage compte des normes successives adoptées dans le courant des années nonante.
- f. Par rapport au scénario du CEV.
- g. Par rapport au scénario présenté à la section B.3.c.

c. Un scénario de productivité plus élevée

Une croissance plus soutenue de la productivité à concurrence de 0,5 %...

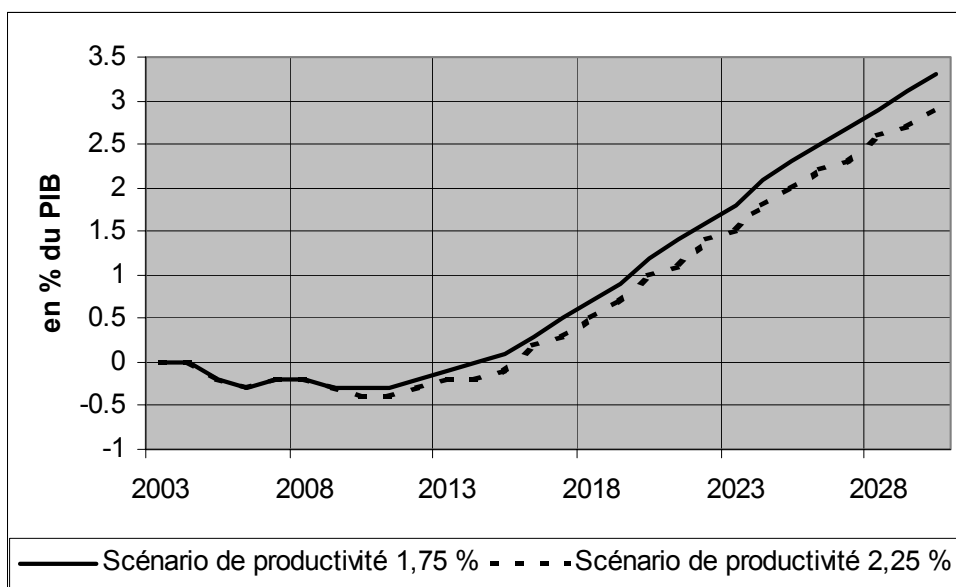
Une troisième analyse de sensibilité se base sur un scénario de productivité plus élevée, à savoir une croissance annuelle moyenne de la productivité de 2,25 % après 2008 et une adaptation au bien-être de 1 %. L'hypothèse de "découplage" entre l'évolution des salaires et l'adaptation au bien-être s'élève donc à 1,25 % dans cette variante, comme dans le scénario du Comité d'étude.

... réduit le coût budgétaire du vieillissement de 0,4 point de pourcentage du PIB.

L'assise économique plus large résultant de la croissance plus élevée de la productivité entraîne un moindre coût budgétaire du vieillissement en % du PIB: celui-ci est réduit de 0,4 point de pourcentage par rapport au scénario de productivité retenu par le CEV (voir figure 9).

FIGURE 9 - Le coût budgétaire du vieillissement

(en % du PIB, par rapport à 2003 - selon deux scénarios de productivité)



C. Evolution des dépenses de soins de santé

Vu le poids des dépenses de soins de santé sur le coût futur du vieillissement, le CEV a pris l'initiative de consacrer une large part de ses travaux à l'évolution des dépenses de santé.

Au cours des cinquante dernières années, les dépenses totales de soins de santé ont augmenté plus rapidement que le PIB tant en Belgique que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Cette progression est attribuable d'une part à des évolutions sociologiques: l'aspiration des populations à un mieux-être physique et la banalisation progressive du recours aux actes médicaux, et d'autre part à des évolutions techniques: le progrès des techniques médicales. Ces évolutions se traduisent par et interagissent avec une politique de développement d'une assurance sociale correspondante qui garantisse un accès équitable aux soins de santé.

Les comparaisons internationales (voir chapitre III, figure 30 dans le cas des Etats-membres de l'OCDE) indiquent une bonne corrélation entre le niveau de vie général (mesuré par le PIB/tête) et les dépenses totales publiques et privées de soins de santé par tête, malgré la diversité du degré d'intervention publique dans ces dépenses. Cette corrélation semble confirmer l'existence d'un lien très fort entre la progression du niveau de vie et la place des soins de santé dans les dépenses de consommation (publiques et privées): le développement économique semble conférer progressivement aux soins de santé un statut de "bien" (ou service) de base. La corrélation, établie sur base d'une comparaison internationale, est en général confirmée lorsque l'on examine l'évolution dans le temps de ces mêmes variables dans chaque économie séparément. C'est notamment le cas de la Belgique.

A noter que la comparaison internationale montre que la consommation *totale* de soins de santé en Belgique apparaît comme "normale" compte tenu du niveau de vie atteint dans notre pays. Sur base des quelques indicateurs disponibles, cette comparaison suggère également que le système belge de soins de santé présente un très bon rapport "qualité/prix", bien meilleur qu'aux Etats-Unis par exemple. Les dépenses *totales* de soins de santé de la Belgique sont passées de 4,7 % à 8,8 % du PIB entre 1970 et 2001, ce qui correspond presque exactement à la moyenne européenne. Sur cette période, la moyenne à l'échelle internationale¹ montre une évolution de ces dépenses dans le PIB légèrement plus rapide et un niveau plus important : elles sont passées de 5,9 % à 10,9 %; ce niveau est toutefois fortement influencé par la part très supérieure des Etats-Unis².

Dans l'après-guerre, la croissance du poids des dépenses de soins de santé dans le PIB s'est accompagnée, dans le cas de la Belgique comme dans beaucoup d'autres économies, d'une croissance de la part *publique* de ces dépenses. En Belgique, les dépenses *publiques* de soins de santé sont passées de 3,1 % du PIB à 6,6 % du PIB entre 1970 et 2001. L'évolution et le niveau de ces dépenses sont comparables à ceux de la moyenne européenne (4 % à 6,7 % du PIB) et à ceux de la moyenne internationale (3,1 % à 6,4 % du PIB).

Cette évolution est le résultat de la mise en place d'une assurance-maladie obligatoire, puis de son extension pratiquement continue en termes de population assurée, de l'éventail des actes couverts et du pourcentage de dépenses pris en charge, notamment pour certains actes particulièrement importants et pour certaines catégories de bénéficiaires à faible revenu (voir chapitre III, section B1). Cette évolution est encore très perceptible entre 1970 et 1980: en Belgique, alors que les dépenses *totales*³ de santé passent de 4,7 % à 6,4 % du PIB, la part des dépenses *publiques*⁴ passe de 66,1 à 73,1 % des dépenses totales.

Depuis 1980, cette tendance s'est fortement ralentie. Ainsi, en Belgique, bien que le poids des dépenses *totales* progresse encore fortement, passant de 6,4 % à 8,9 % du PIB en 2002 - la part des dépenses *publiques* passe de 73,1 % à 74,6 %.

-
1. Pour les 15 Etats-membres de l'UE ainsi que les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie, la Norvège, la Suisse, la Turquie, la Tchéquie, la Slovaquie, la Hongrie, la Pologne, et l'Islande.
 2. Source: OECD 2003 Health Data (3ème édition) - moyenne pondérée.
 3. Dépenses de soins de santé à charge de tous les agents intérieurs (Etat, ménages, entreprises).
 4. Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses de santé de la sécurité sociale (régime des travailleurs salariés et indépendants - y compris les petits risques indépendants à partir de 2006 -, OSSOM et autres régimes), du Pouvoir fédéral (principalement le remboursement de 25 % du prix de journée d'hospitalisation qui est transféré, à partir de 2004, à la sécurité sociale), des Régions (aide aux handicapés) et des pouvoirs locaux (prestations médicales des CPAS aux personnes en difficulté, y compris les frais de séjour dans les maisons de repos).

Ce ralentissement ne s'explique pas seulement par un effet de saturation. A partir des années 80, le gouvernement a dû réagir face au problème des déficits publics et de la dette publique croissante. Le gouvernement a ainsi entamé une politique d'assainissement budgétaire des dépenses publiques auquel le secteur des soins de santé n'a pas échappé. Des mesures restrictives ont ainsi été prises au niveau des honoraires, des médicaments et des hôpitaux. Au niveau des hôpitaux par exemple, le gouvernement a entamé une politique d'envergure de réduction du nombre de lits. Cette politique d'assainissement budgétaire se poursuit dans les années 90, notamment en vue de respecter les critères de Maastricht et ensuite du Pacte de stabilité. Elle prend notamment la forme de normes de croissance budgétaire, qui cependant ne sont pas censées brider les dépenses exceptionnelles ou les nouvelles initiatives.

Cette politique d'assainissement budgétaire a contribué à freiner la croissance de la part *publique* des dépenses de soins de santé. Son impact sur la dynamique de la consommation *totale* de soins de santé est plus incertaine. Il semble bien que les mesures d'assainissement n'ont la plupart du temps pas d'effet de court terme sur les dépenses *totales* de soins de santé, dans la mesure où les fluctuations de court terme des dépenses *publiques* de soins de santé sont compensées par des fluctuations en sens inverse des dépenses *privées*. Par contre, ces politiques d'assainissement budgétaire constituent sans doute un des canaux par lesquels les fluctuations de la croissance économique se transmettent, à moyen-long terme, sur cette dynamique de consommation *totale* de soins de santé.

Si une sorte d'effet de saturation ne peut être ignoré - une croissance indéfinie du poids des dépenses *totales* de soins de santé dans le PIB étant impossible - les fluctuations de la croissance économique se répercutent bien - avec retard - sur la croissance des dépenses *totales* de soins de santé.

Bien évidemment, l'état de santé de la population constitue un autre facteur qui influence la demande de soins de santé. A cet égard, le vieillissement démographique en cours - qui s'accroîtra au cours des deux prochaines décennies - est un élément que toute projection des dépenses futures de soins de santé doit prendre en compte. On constate effectivement, grâce à des données d'échantillon au niveau belge comme au niveau international, que les dépenses de santé augmentent avec l'âge. Autrement dit, les dépenses moyennes de santé des classes d'âges supérieures sont relativement plus élevées que les dépenses moyennes des autres classes d'âges.

Bien entendu la corrélation entre âge et niveau de dépenses est sans doute appelée à évoluer dans le temps, notamment compte tenu de l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé.

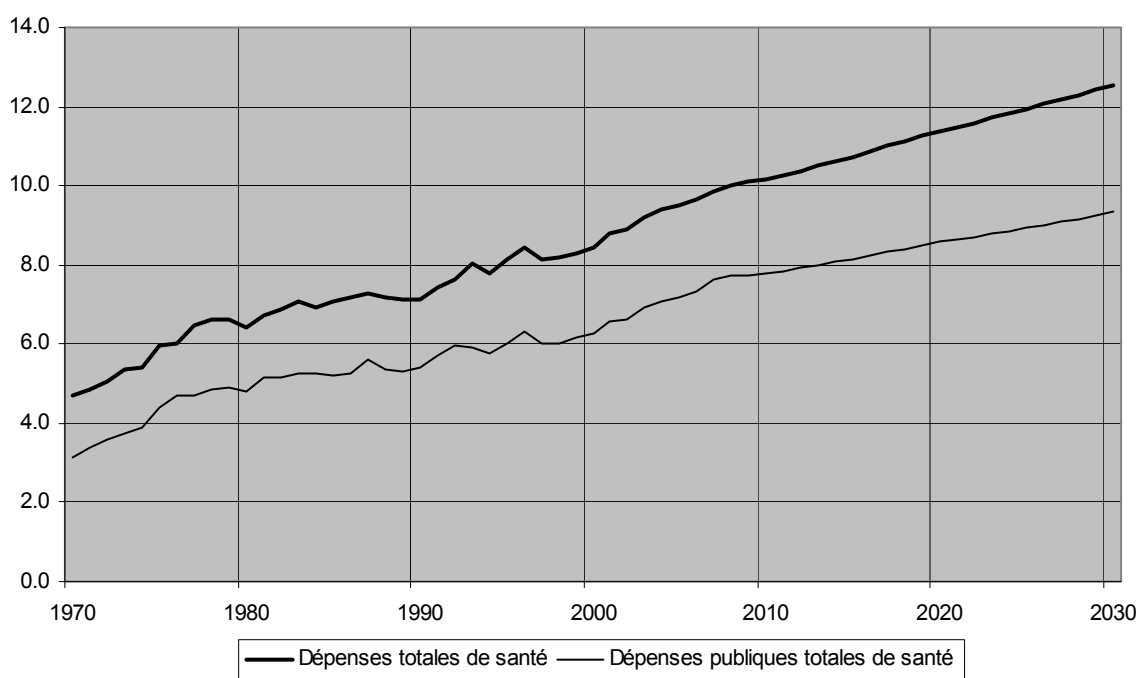
Cependant, vu la fragilité des hypothèses que l'on pourrait formuler à cet égard, les projections réalisées ici supposent que le profil des dépenses en fonction de l'âge reste inchangé. Ainsi, le modèle des projections à long terme (2009-2030) des dépenses de santé prend en compte les effets démographiques qui sont la taille de la population et le vieillissement de celle-ci.

Par ailleurs, le modèle de long terme prend en compte - par une approche économétrique - l'impact de l'évolution du niveau de vie, captée par la croissance du PIB par tête - dont les fluctuations interviennent avec retard.

Le modèle des projections à moyen terme (2003-2008) considère les mêmes déterminants de croissance mais il tient également compte pour une période de 4 années, à savoir la période 2003-2007, des mesures politiques concrètes récentes.

La figure 10 illustre l'évolution dans le passé et en projection des dépenses *totales* de santé et des dépenses *publiques* de santé. Les dépenses *totales* de santé passent de 4,7 % du PIB en 1970 à 8,9 % en 2002 à 12,5 % en 2030. Les dépenses *publiques* de santé passent de 3,1 % du PIB en 1970 à 6,6 % en 2002 et à 9,3 % en 2030.

FIGURE 10 - Dépenses totales et dépenses publiques totales de santé
(en % du PIB)



Les dépenses de santé, notamment publiques, ont une spécificité par rapport à la plupart des autres dépenses sociales : elles génèrent directement de l'activité économique. D'une part, elles correspondent en effet à des dépenses de consommation qui constituent une composante importante du PIB; d'autre part, ces dépenses ont un très haut contenu en valeur ajoutée et en emploi, qui se concentrent dans la branche d'activité "santé et action sociale"¹.

En effet, la production de la branche d'activité "santé et action sociale" est quasi-exclusivement articulée sur la demande intérieure et est peu ouverte au commerce extérieur: les exportations et les importations sont négligeables. De plus, cette branche consomme

1. Telle que définie dans la Comptabilité nationale, la branche d'activité "santé et action sociale" recouvre d'une part les activités de "soins de santé" (les activités hospitalières, les pratiques médicales, les pratiques dentaires, les laboratoires médicaux, les activités paramédicales, les kinésithérapeutes, les centres de collecte de sang...) et d'autre part les activités d' "action sociale" (entre autres les maisons de repos pour personnes âgées, les instituts pour handicapés, les ateliers protégés).

relativement peu d'inputs intermédiaires et livre peu d'inputs intermédiaires aux autres branches.

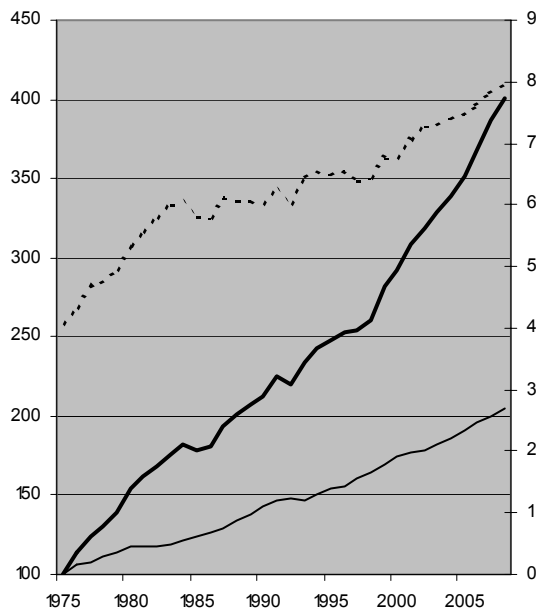
Le poids économique de la branche d'activité "santé et action sociale" est en progression depuis plusieurs décennies. La part de cette branche dans le PIB est passée de 4,1 % en 1975 à 7,3 % en 2002 et atteindrait 8 % du PIB en 2008.

En termes d'emploi, le poids de la branche d'activité "santé et action sociale" s'est accru encore plus nettement. Entre 1975 et 2002, la part de l'emploi de la branche "santé et action sociale" dans l'emploi total de l'ensemble de l'économie est passée de 3,6 % à 9,8 %, soit plus d'un doublement. La création nette d'emplois dans cette branche d'activité (270 000 unités) représente plus de 74,5 % de la création totale d'emplois dans l'économie pendant la même période (361 000 unités).

A l'horizon 2008, l'emploi dans cette branche atteindrait 11,4 % de l'emploi total.

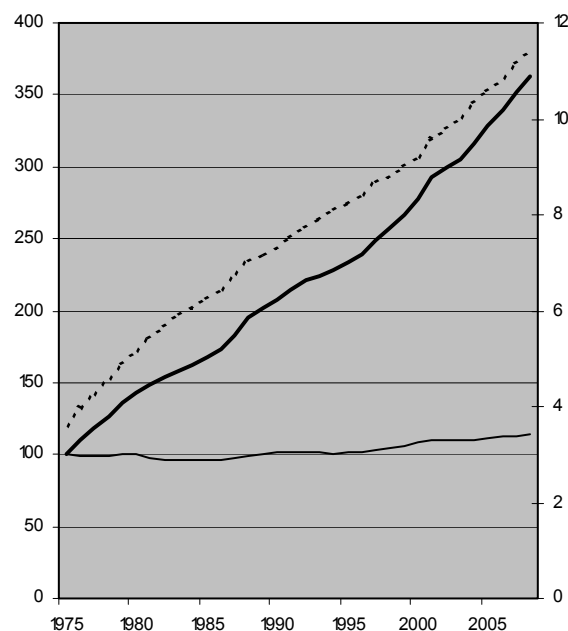
La figure 11 illustre l'évolution, exprimée en indice, de la valeur ajoutée de la branche d'activité "santé et action sociale" et de l'ensemble de l'économie. La figure 12 illustre l'évolution, exprimée en indice, de l'emploi de la branche d'activité "santé et action sociale" et de l'ensemble de l'économie.

FIGURE 11 Evolution des valeurs ajoutées à prix constants
en indice 1975 = 100 (échelle de gauche) - en % (échelle de droite)



— Ensemble de l'économie (PIB en volume) - échelle de gauche
 — Branche d'activité 'santé et action sociale' - échelle de gauche
 - - - - Part de la branche 'santé et action sociale' dans l'ensemble de l'économie - échelle de droite

FIGURE 12 Evolution de l'emploi
en indice 1975 = 100 (échelle de gauche) - en % (échelle de droite)



— Emploi intérieur - échelle de gauche
 — Emploi de la branche 'santé et action sociale' - échelle de gauche
 - - - - Part de l'emploi de la branche 'santé et action sociale' dans l'emploi intérieur - échelle de droite

D. Les conséquences sociales du vieillissement

La loi du 5 septembre 2001 charge le Comité d'étude d'analyser les conséquences budgétaires du vieillissement. Ses conséquences sociales méritent aussi une attention particulière. Un des principaux objectifs sociaux du régime légal de pension est d'ailleurs de prévenir le risque de pauvreté chez les âgés.

Le risque de pauvreté chez les âgés

La pauvreté représente un réseau complexe d'exclusions et s'étend à plusieurs domaines de la vie sociale tels que le revenu, les soins de santé, le logement, l'enseignement, l'intégration sociale...

La pauvreté est mesurée par des indicateurs monétaires (les revenus)...

Le risque de pauvreté peut être mesuré à l'aide de données sur les revenus provenant d'enquêtes, comme l'European Community Household Panel (ECHP). Il en ressort que 13 % de la population belge vit en dessous du seuil de pauvreté¹. Ce taux de pauvreté atteint 25 % chez les personnes de 65 ans et plus, et parmi elles, les femmes isolées et les plus âgés courent un risque encore plus élevé. Toutefois le risque de pauvreté chez les femmes isolées devrait diminuer à l'avenir puisqu'elles auront à leur actif une carrière plus longue et mieux rémunérée. En outre, le droit minimum par année de carrière les préserve d'une pension trop faible. Des mesures comme des adaptations au bien-être sélectives ciblées sur les pensions les plus anciennes peuvent limiter le risque de pauvreté chez les personnes les plus âgées. La pension représente, en effet, la source de revenu la plus importante des pensionnés. Dans une situation hypothétique où les allocations de pensions n'existeraient pas, plus de 90 % des pensionnés vivraient sous le seuil de pauvreté.

... et non monétaires comme la qualité du logement, l'accès aux soins de santé, l'intégration et la participation sociales.

La pauvreté ne peut être évaluée sur base des seuls revenus. D'autres aspects de la pauvreté et de l'exclusion peuvent être mesurés à l'aide d'indicateurs non monétaires qui donnent un autre éclairage de la qualité de vie des personnes âgées. Toujours d'après les données de l'ECHP, les pensionnés habitent moins souvent un logement de mauvaise qualité que d'autres catégories sociales, telles que les chômeurs par exemple. Bien qu'en général, les âgés soient en moins bonne santé que le reste de la population, les pensionnés diffèrent moins souvent les dépenses de santé pour raison financière (les groupes les plus à risque sont les femmes et les isolés, de moins de 65 ans). Par contre, l'intégration sociale est moins aisée chez les âgés et leur participation à la vie sociale et culturelle est limitée.

Lutte contre la pauvreté...

Les pouvoirs publics tentent de limiter le risque de pauvreté, entre autres, chez les âgés en leur octroyant un revenu minimum par le biais de la Garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA)². A côté de ce système d'assistance sociale, les pouvoirs publics fournissent également aux pensionnés une protection sociale minimale via le régime légal de pension (pension minimum et droit minimum par année de carrière).

... par des régimes d'assistance...

Les nombres de bénéficiaires de la GRAPA ou du RGPA (Revenu garanti aux personnes âgées) confirment que les femmes, les isolés et les personnes les plus âgées courent le plus grand risque de pauvreté: 75 % des bénéficiaires sont des femmes, dont la plupart sont isolées. De nombreuses personnes très âgées ont également droit à ce régime d'assistance. Le nombre de bénéficiaires plus âgés a toutefois diminué entre les 1er janvier 2002 et 2003 du fait des adaptations sélectives au bien-être accordées aux pension-

1. Le seuil de pauvreté est fixé à 60 % du revenu médian équivalent.

2. A terme, la GRAPA remplacera complètement l'ancien système de Revenu garanti aux personnes âgées (RGPA).

nés les plus âgés à partir du 1er janvier 2002. La légère réduction concomitante de leur montant moyen de GRAPA indique une amélioration du montant de leur pension.

La GRAPA ou le RGPA représente un complément de pension pour 80 % de ses bénéficiaires. Cependant plus de trois quarts des femmes cohabitantes ne reçoivent que la GRAPA. Leur montant est toutefois peu élevé car les revenus de leur cohabitant sont pris en compte lors de l'examen de leurs moyens d'existence.

En comparant les différents régimes de pension, il apparaît que ce sont surtout les indépendants qui perçoivent la GRAPA en complément de leur pension. En janvier 2004, 8,3 % des pensionnés indépendants bénéficiaient d'un complément sous forme de GRAPA contre 7,7 % des pensionnés avec une carrière mixte et 1,6 % des pensionnés du régime salarié.

... la pension minimum garantie...

Si les pensionnés ont accumulé une carrière suffisamment longue, ils peuvent faire appel à la pension minimum garantie. Trois quarts des pensionnés indépendants en bénéficient et principalement ceux percevant une pension de retraite au taux ménage. Dans le régime de pension des travailleurs salariés, 16 % font appel au minimum garanti et parmi les pensionnés avec une carrière mixte, 7 % sont des salariés et 42 % des indépendants. En outre, à partir du 1er avril 2003, l'accès à la pension minimum pour les carrières mixtes a été assoupli. Plus de 61 000 pensionnés avec une carrière mixte ont ainsi reçu un complément à leur pension de salarié (limité à la pension minimum dans le régime des indépendants).

... et le droit minimum par année de carrière.

Depuis le 1er juillet 1997, le calcul de la pension dans le régime des travailleurs salariés peut être basé sur le droit minimum par année de carrière. Sous certaines conditions, les salaires des années de carrière mal rémunérées¹ peuvent être relevés jusqu'au salaire annuel minimum garanti en vigueur lors du calcul de la pension. Les conditions d'octroi sont moins strictes que celles de la pension minimum.

D'après les chiffres disponibles, davantage de femmes que d'hommes font appel à ce droit minimum. En outre, pour les femmes, environ la moitié de leur carrière est revalorisée contre un tiers seulement pour les hommes. Ceci n'est pas surprenant puisque les carrières des femmes étaient moins bien rémunérées par le passé.

Un indice des prix spécifique aux personnes âgées ne garantirait pas, en moyenne, une meilleure liaison au pouvoir d'achat.

Tout comme les salaires et d'autres allocations sociales, les pensions sont adaptées à l'évolution du coût de la vie sur base de l'indice santé. Cet indice santé est lui-même fondé sur l'indice des prix à la consommation (IPC) qui représente l'évolution du niveau des prix d'un panier de biens et de services, représentatif des dépenses des ménages (à l'exclusion des boissons alcoolisées, du tabac, de l'essence et du diesel). Les pensions sont donc en principe liées au pouvoir d'achat. Si cet indice n'était pas représentatif des dépenses de groupes spécifiques de population, en l'occurrence les personnes âgées, leur pouvoir d'achat pourrait s'effriter, même en cas d'indexation des allocations.

1. Lors du calcul de la pension, ce salaire est revalorisé pour la perte de pouvoir d'achat avec, éventuellement, encore une augmentation réelle pour les années de carrière 1955-1974 pendant la période 1997-2004. A partir de 1997, cette dernière revalorisation est progressivement réduite pour totalement disparaître en 2005.

Une étude de la Banque nationale de Belgique¹ tente de vérifier cette hypothèse en recherchant si un IPC spécifique pour les personnes de 60 ans et plus s'écarterait de l'IPC de la population totale. L'écart entre l'IPC national et un IPC spécifique pour les plus de 60 ans s'explique par des différences de modes de consommation, combinées à des hausses de prix inférieures ou supérieures au taux d'inflation moyen, pour certaines catégories de produits. Il ressort de l'étude qu'un indice santé pour les personnes âgées, établi pour la période 1996-2000, n'aurait guère progressé plus vite que l'indice santé de la population totale.

Les différences en matière de mode de consommation et d'évolution du coût de la vie semblent plus importantes au sein des catégories mêmes de population (au sein du groupe des 65 ans et plus) qu'entre les diverses catégories de population (par exemple les personnes de 65 ans et plus par rapport aux travailleurs). On peut dès lors se demander si une politique axée sur la préservation du pouvoir d'achat des personnes âgées ne devrait pas davantage reposer sur des instruments plus sélectifs, ciblés sur certains groupes spécifiques.

Des taux de remplacement en augmentation...

Les taux de remplacement² indiquent dans quelle mesure le système de pension permet au travailleur de conserver son niveau de vie lorsqu'il prend sa pension. Etant donné qu'il n'est tenu compte que des revenus de pension, ces taux de remplacement ne reflètent pas complètement le niveau de vie général des pensionnés.

En 2002, le taux de remplacement brut du cas-type de référence serait de 40 %. Ce pourcentage atteindrait 66 % en termes de taux de remplacement net en raison d'un régime fiscal favorable aux pensionnés. Pour ce cas-type, le revenu du deuxième pilier n'atteindrait même pas 10 % de la pension brute.

... grâce au deuxième pilier.

Sur la période de projection 2002-2030, on observe une augmentation significative des taux de remplacement, due uniquement à la contribution croissante du deuxième pilier qui passe de moins de 10 % de la pension brute en 2002 à près de 25 % en 2030.

Le taux de remplacement de la pension légale sera plus élevé pour les bénéficiaires ayant une carrière moins bien rémunérée que le cas-type de référence (conséquence de la pension minimum garantie). Par contre, les cas-types avec une carrière mieux rémunérée connaissent des taux de remplacement de la pension légale plus faibles. En effet, plus le dernier salaire perçu du pensionné est supérieur au plafond salarial, plus l'effet sur le taux de remplacement de la pension légale sera négatif.

-
1. Druant, M. (2003), "Un indice des prix à la consommation pour les personnes âgées", Banque nationale de Belgique, Mimeo.
 2. Ils ont été calculés comme le rapport entre le montant de la pension reçue au cours de la première année de retraite et le dernier salaire annuel. Le montant de la pension comprend ici les pensions des 1er et 2ème piliers (la pension du 3ème pilier n'est pas comprise).

*LES CONSÉQUENCES BUDGÉTAIRES ET
SOCIALES DU VIEILLISSEMENT*

I Introduction

Cette troisième édition du rapport du Comité d'étude sur le vieillissement (CEV) au gouvernement fédéral a été réalisée et transmise dans le cadre de la loi du 5 septembre 2001 portant garantie d'une réduction continue de la dette publique et création d'un Fonds de vieillissement¹.

Cette loi du 5 septembre 2001 charge le CEV d'étudier annuellement les conséquences budgétaires et sociales du vieillissement. Pour ce faire, le CEV fait appel au Bureau fédéral du Plan (BFP) pour ses travaux préparatoires et pour assurer le secrétariat. Celui-ci évalue le coût budgétaire du vieillissement au moyen de son modèle de long terme MALTESE sur base de paramètres structurels tirés de la législation en vigueur.

Le chapitre II présente les "*Perspectives d'évolution financière de la sécurité sociale entre 2003 et 2030*". Dans ce chapitre, divers scénarios sont explorés. La section A (p.45) donne une vue synthétique sur les hypothèses retenues. Une justification détaillée du choix des hypothèses est disponible dans les Rapports précédents d'avril 2002 et de mai 2003. Seules trois hypothèses centrales sont explicitées, à savoir celles concernant l'évolution de la croissance de la productivité, du taux de chômage à long terme et de la politique sociale. Les deux scénarios envisagés dans cette section ne diffèrent que pour une hypothèse, celle relative au 'découplage' entre l'évolution réelle des salaires et l'adaptation au bien-être des allocations sociales. Le CEV a jugé prudent - dans le cadre de l'estimation d'un scénario qui servira de balise à l'élaboration de la politique budgétaire - de tenir compte d'une adaptation au bien-être des allocations sociales. Une adaptation nulle, telle que prévue dans le deuxième scénario, pourtant en ligne avec la tendance historique et conformément à la législation en vigueur, paraît en effet peu probable dans une société vieillissante connaissant un allongement de l'espérance de vie, et où le poids électoral des aînés est donc croissant. Sur base des hypothèses retenues, le coût budgétaire du vieillissement est estimé à moyen et long termes.

La section B du chapitre II présente des analyses de sensibilité. Deux de ces analyses ont été réalisées dans le cadre d'études complémentaires préparatoires d'aide à la prise de décision dont a été chargé le CEV par le gouvernement. Le conseil des ministres a demandé au CEV d'accorder une attention particulière aux points suivants:

- l'évolution des coûts des soins de santé appuyée par une description précise des hypothèses pertinentes pour la politique, la simulation d'un éventail suffisant de variantes afin de cadrer de manière judicieuse les défis à relever et l'étude des éventuelles divergences entre la Belgique et ses partenaires européens;
- les effets de la participation limitée des personnes âgées au marché du travail, entre autres via l'analyse de l'âge de retrait de la vie active et une étude approfondie des effets d'un renforcement de la politique visant à différer le départ effectif du marché du travail.

1. Moniteur belge du 14.09.2001.

Dans un délai limité, le Comité d'étude a tenté de répondre à la mission demandée par le gouvernement. En premier lieu, nous avons examiné l'impact d'un renforcement de la politique d'emploi. En second lieu, nous nous sommes concentré sur quelques variantes en matière d'évolution future des dépenses de soins de santé.

Les études de long terme étant toujours entourées d'incertitude, le CEV a jugé intéressant de réaliser une analyse de sensibilité supplémentaire. La loi du 5 septembre 2001 invite le CEV à la prudence en matière d'hypothèse de croissance. Par rapport à un scénario prudent en matière de productivité, une variante de croissance accrue de la productivité s'inscrivant dans la tendance de long terme de l'économie belge est également simulée.

Compte tenu de la préoccupation croissante du gouvernement face à l'évolution des dépenses de soins de santé et à la problématique de la fin de carrière, deux chapitres distincts leur ont été consacrés.

Le chapitre III "*Les dépenses publiques de soins de santé*" est divisé en quatre sections. La première section donne un aperçu historique du développement de l'assurance obligatoire soins de santé et rappelle les principales mesures prises dans ce domaine. L'évolution historique des dépenses de soins de santé est également décrite. Ensuite, on montre comment ces évolutions se sont traduites en termes d'activité économique. La deuxième section présente une esquisse de la situation des soins de santé dans une perspective internationale, sur base de chiffres-clés et d'indicateurs. Dans la troisième section, une approche identique à celle de l'aperçu historique est adoptée mais dans une perspective de moyen terme. Le lien entre l'évolution des dépenses et l'activité économique est montré. La quatrième section est consacrée à l'évolution à long terme des dépenses de soins de santé. La méthodologie appliquée est décrite de même que les résultats obtenus. Dans cette section, on ne dispose pas de résultats des évolutions sectorielles.

Le chapitre IV "*Les taux d'activité des personnes âgées*" aborde, comme son titre l'indique, la problématique actuelle de la fin de carrière. Ce chapitre présente les données actuellement disponibles et décrit les comportements professionnels récemment observés chez les travailleurs âgés en Belgique. D'une part, ces comportements sont décrits sur base de la répartition de la population âgée de 50 à 64 ans, observée en 2001, par catégorie d'âge de 5 ans, selon le statut professionnel et le sexe. D'autre part, l'évolution du parcours socio-professionnel d'une génération est suivi aux fins d'évaluer l'attrait d'un retrait anticipé du marché du travail. Enfin, les comportements des travailleurs âgés sont replacés dans une perspective internationale à partir de quelques indicateurs-clés.

La loi du 5 septembre 2001 charge le Comité d'étude d'analyser les conséquences budgétaires du vieillissement. Ses conséquences sociales méritent aussi une attention particulière. Le Chapitre V "*La soutenabilité sociale*" analyse le risque de pauvreté chez les personnes âgées à partir d'indicateurs monétaires et non monétaires. Les pouvoirs publics se sont efforcés de circonscrire ce risque en développant des dispositions d'assistance sociale comme la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), les pensions minimums garanties et le droit minimum par année de carrière. De plus, on décrit le profil des ayants-droit qui font appel à ces dispositifs. Ensuite, on examine si un indice des prix à la consommation spécifique pour les personnes âgées serait susceptible de leur garantir un meilleur pouvoir d'achat. Enfin, ce chapitre traite des taux de remplacement, lesquels donnent une indication sur la manière dont le régime de pension est à même de préserver le niveau de vie d'un travailleur qui part à la retraite.

II Perspectives d'évolution financière de la sécurité sociale entre 2003-2030: une évaluation du coût budgétaire du vieillissement

Tout comme dans les deux éditions précédentes de ce rapport, le CEV insiste sur le fait que les résultats doivent être interprétés avec la prudence nécessaire compte tenu des nombreuses incertitudes qui les entourent et du caractère de long terme de ces perspectives. Par conséquent, l'estimation du coût budgétaire du vieillissement qui exprime la croissance des dépenses sociales entre deux dates en pourcentage du PIB, est limitée à la période 2030.

A. Aperçu des hypothèses de référence

Le tableau 3 donne un bref aperçu des hypothèses de référence centrales.

Pour une plus ample justification des hypothèses centrales qui sont retenues, nous vous renvoyons aux Rapports annuels d'avril 2002, p.36 et de mai 2003, p.19.

TABLEAU 3 - Bref aperçu des hypothèses de référence: le scénario du Comité d'étude et le scénario sans adaptation au bien-être

Scénario démographique	2000	2030
Taux de fertilité	1,61	1,70
Espérance de vie à la naissance: hommes	75,06	80,96
Espérance de vie à la naissance: femmes	81,53	86,43
Solde migratoire	18 445	17 358
Scénario socio-économique (selon le sexe et la catégorie d'âge, influence du vieillissement des générations successives)		
Taux de scolarisation	maintenu au niveau des observations les plus récentes	
Taux d'activité potentiels: hommes	modélisation tenant compte des cohortes et	
Taux d'activité potentiels: femmes	des probabilités de transfert entre	
Retrait de la population active: (invalidité, chômeur âgé, prépension, pension)	catégories socio-démographiques, par sexe et classe d'âge	
Scénario macroéconomique (à long terme)		
Hausse de la productivité et salaire annuel par actif	1,75 % par an	
Taux de chômage structurel ^a en 2030	7,5 %	
Taux d'emploi ^b in 2030	68,2 %	
Sénarios de politique sociale (à long terme)		
Plafond salarial	1,25 % par an	
Droit minimum par année de carrière	1,25 % par an	
Péréquation des pensions publiques	1,25 % par an	
Adaptation au bien-être (régime général)	scénario CEV : 0,5 % par an	
	scénario sans adaptation au bien-être: 0,0 % par an	
Liaison des montants forfaitaires au bien-être	scénario CEV: 1 % par an	
	scénario sans adaptation au bien-être: 0,5 % par an	

a. Y compris les chômeurs âgés non demandeurs d'emploi

b. % de la population en âge de travailler (15-64 ans)

Deux hypothèses centrales de la projection macroéconomique concernent l'évolution de la *croissance de la productivité* et du *taux de chômage structurel de long terme*. Toutes deux sont fondées sur les évolutions à long terme observées par le passé. Le tableau 4 présente une actualisation de ces tendances à long terme. Une troisième hypothèse centrale a trait à la politique sociale (voir page 47).

TABLEAU 4 - Taux de croissance annuels moyens à long terme en % pour l'ensemble de l'économie belge

	PIB	Emploi	Productivité
1913 - 2002	2.16	0.25	1.91
1950 - 2002	2.97	0.44	2.52
1970 - 2002	2.36	0.34	2.01
1980 - 2002	1.95	0.40	1.55

La croissance de la productivité à long terme

Sur une période de près d'un siècle (1913-2002), l'économie belge a connu une croissance de la productivité de 1,91 %¹. Celle-ci, conjuguée à une création d'emploi de 0,25 % en moyenne annuelle, a débouché sur une croissance économique moyenne de 2,16 %. Si l'on se fonde sur les cinquante dernières années, on observe une croissance de la productivité plus élevée de 2,52 % qui, combinée à une création d'emploi plus importante, donne une croissance moyenne du PIB plus élevée, à savoir 2,97 %. La croissance moyenne de la productivité observée au cours de la dernière décennie est sensiblement plus faible: 2,01 % et 1,55 % respectivement sur les périodes 1970-2002 et 1980-2002.

L'hypothèse retenue par le CEV en matière de croissance annuelle moyenne de la productivité est de 1,75 % et se situe donc en dessous de la moyenne historique à long terme de quelque 2 %. L'article 7 de la loi du 5 septembre 2001 portant garantie d'une réduction continue de la dette publique et création d'un Fonds de vieillissement invite le CEV à la prudence dans l'estimation de la croissance tendancielle. C'est pourquoi le CEV opte pour ce taux raisonnable de 1,75 %.

Le taux de chômage à long terme

S'agissant du taux de chômage moyen de long terme observé au cours des cinquante dernières années, on note qu'il a varié entre 7,28 % (1953-2000) et 7,5 % (1953-2002) selon que les années 2001 et 2002 sont incluses ou non dans la période étudiée. Ces années ont en effet été marquées par un effondrement conjoncturel qui s'est accompagné de taux de chômage élevés.

Dans les éditions précédentes du rapport, le CEV est parti d'un taux de chômage structurel de 7,3 % de la population active. Une actualisation de la moyenne historique ayant mené à un taux de chômage légèrement plus élevé, le CEV opte pour un taux de chômage structurel de long terme de 7,5 % de la population active.

Le concept de chômage utilisé dans ce rapport englobe non seulement les catégories, telles que définies par l'Office national de l'Emploi (ONEM), de chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi et de demandeurs d'emploi inoccupés obligatoirement² et librement³ inscrits, mais aussi les chômeurs âgés non demandeurs d'emploi. Certaines catégories de bénéficiaires d'une allocation à charge de l'ONEM ne sont pas reprises dans cette définition, comme par exemple les chômeurs dispensés pour raisons sociales ou familiales, les personnes bénéficiant d'un crédit-temps à temps plein, etc.

Le choix d'un taux de chômage structurel de long terme de 7,5 % est relativement arbitraire et peut sembler volontariste si l'on tient compte du fait que le taux de chômage est de 14,2 % actuellement. Le CEV opte pour ce chiffre car il est réaliste dans une perspective historique. Il ne faut en effet pas perdre de vue que le taux de chômage actuel est en partie conjoncturel. D'autre part, on peut raisonnablement miser sur une baisse structurelle du taux de chômage du fait de la diminution continue de la population active, dont une conséquence pourrait être une pénurie de main-d'oeuvre sur le marché de l'emploi.

-
1. Elle atteignait 1,96 % sur la période 1913-2000, période de référence des précédents rapports du CEV.
 2. Cette catégorie englobe les jeunes en stage d'attente qui ne perçoivent pas d'allocations, les chômeurs temporairement exclus, les personnes émergeant au CPAS, les chômeurs renonçant volontairement à leurs allocations.
 3. Cette catégorie englobe les personnes sans emploi qui n'ouvrent pas le droit à des allocations mais qui s'inscrivent librement comme demandeurs d'emploi.

Néanmoins, cette évolution ne suffira pas et une politique active en matière d'emploi devra être menée. En effet, la route est encore longue avant d'atteindre un taux de chômage de 7,5 %.

Depuis plusieurs années, les politiques d'emploi visent à stimuler la participation au marché du travail et à accroître le taux d'emploi. Dans cette optique, le gouvernement a récemment pris diverses mesures.

- Une première mesure importante prise en 2002 tend à restreindre l'accès au statut de "chômeur non demandeur d'emploi". L'âge d'entrée dans le statut de chômeur âgé, autre dénomination de cette catégorie, est progressivement porté de 50 à 58 ans entre juin 2002 et juin 2004.
- Ensuite, une série de mesures ont été prises en vue de maintenir, voire stimuler l'emploi dans les catégories d'âge plus élevé¹.
- La politique de réduction des charges est renforcée dans le cadre du budget 2004. Ce dernier prévoit de mettre en oeuvre l'ensemble des conclusions de la Conférence sur l'emploi d'octobre 2003 et se base sur une politique principalement axée sur la poursuite des réductions des charges (voir annexe 1 à la page 145). La nouvelle baisse du *coût salarial*, qui exprime le rapport entre le total des prélèvements sur le salaire et le coût salarial devrait entraîner une diminution du taux de chômage structurel à long terme.
- Les décisions prises lors du Conseil des ministres extraordinaire des 16 et 17 janvier 2004 à Gembloux devraient favoriser une diminution structurelle du taux de chômage.
 - Il a ainsi été décidé que l'Office national de l'emploi (ONEM) doit assurer un meilleur suivi des chômeurs. Toute personne persistant à ne pas suivre une formation ou à chercher un emploi perdra progressivement ses allocations de chômage. Parallèlement, le régime existant de suspension des allocations (article 80) est abrogé. Cette décision vise à stimuler les chômeurs à rechercher un emploi.
 - Pour renforcer l'attrait du retour à l'activité professionnelle, le "bonus crédit d'emploi" est instauré. Cette disposition prévoit que les travailleurs percevant une faible rémunération paieront moins de cotisations sociales. Elle remplace l'actuelle réduction de cotisations sociales pour les salaires peu élevés et le crédit d'impôt. Ce dernier constituait une mesure de compensation fiscale à

1.

- Une personne licenciée à l'âge de 45 ans ou plus peut bénéficier, de la part de son ancien employeur, d'un accompagnement à la recherche d'un emploi
- Le recrutement de personnes de 45 ans ou plus qui ont été demandeurs d'emploi pendant au moins 6 mois donne droit à une réduction des cotisations patronales et à une prime d'activation payée par l'ONEM. Dans des sous-régions où le chômage des jeunes est déjà très bas, le recrutement de personnes de 45 ans ou plus qui ont été demandeurs d'emploi durant au moins un an peut être pris en considération pour le respect des obligations en matière de conventions de premier emploi.
- A partir de 50 ans, les salariés peuvent bénéficier d'un accompagnement par la cellule de consolidation professionnelle et de formules subventionnées de réduction individuelle de temps de travail (crédit-temps à mi-temps ou pour 1/5 d'un horaire complet; aménagement de fin de carrière dans le secteur non-marchand) qui peuvent aller de pair avec une modification de la description de la fonction ("parrainage" de jeunes collègues).
- Dans la lutte contre les pièges à l'emploi chez les travailleurs de 50 ans et plus, on propose aux personnes ayant quitté anticipativement le marché du travail de conserver une partie de leur allocation (le "complément d'ancienneté") lorsqu'elles acceptent un emploi. En outre, on opte lors du calcul de leur pension pour le salaire le plus avantageux.
- L'employeur peut faire appel, pour son personnel de 55 ans et plus, à un Fonds pour la promotion de la qualité des conditions de travail.
- En cas d'engagement de personnes de 58 ans ou plus, une réduction supplémentaire des cotisations patronales est proposée.

Voir Bureau fédéral du Plan "*Perspectives économiques 2002-2007*", avril 2002, Chapitre V, p. 49.

l'avantage des bas revenus qui ne profitaient pas de la réforme fiscale. Comme son effet ne se faisait sentir qu'après le décompte fiscal, il ne s'agissait pas vraiment d'un encouragement à la recherche d'un emploi.

- L'allocation de garantie de revenu (AGR) est également réformée. Ce régime garantit au demandeur d'emploi qui accepte un travail à temps partiel le maintien d'une partie de son allocation. Toutefois, toute personne qui travaille plus, perçoit un moindre supplément. Pour éviter que cette disposition ne se transforme en piège à l'emploi, l'AGR est convertie d'un montant forfaitaire mensuel en un supplément par heure prestée. Il devient donc plus intéressant de travailler plus.
- Tant la politique de réduction des charges que la baisse tendancielle du *benefit ratio* des allocations de chômage (le rapport entre l'allocation moyenne de chômage et le salaire moyen), conjuguées à une baisse du salaire de réserve, conduisent à long terme à une baisse du taux de chômage structurel.

Par ailleurs, il sera d'autant plus aisé de dégager de nouvelles marges de manoeuvre budgétaires que la décrue du chômage vers son niveau structurel de long terme sera rapide. Or, de telles marges sont souhaitables non seulement pour financer le coût budgétaire du vieillissement mais aussi pour satisfaire d'autres besoins ou répondre à d'autres priorités politiques.

Dans ce contexte, le gouvernement a chargé le CEV d'étudier de nouvelles questions en vue de préparer sa politique et d'examiner l'impact budgétaire d'un taux d'emploi accru. Les résultats de cette analyse de sensibilité sont présentés à la page 57.

Les hypothèses de référence relatives à l'évolution des taux d'activité et aux probabilités d'appartenir à l'un ou l'autre statut socio-économique partent de comportements constants et d'un contexte législatif et institutionnel inchangé. Toutefois certains comportements évoluent. C'est pourquoi il est tenu compte des tendances observées (par exemple, la croissance continue du taux d'activité des femmes), des modifications comportementales récentes (par exemple, la tendance légèrement décroissante de la probabilité d'entrée en prépension pour les hommes) et des dispositions législatives susceptibles d'influencer certains comportements futurs (par exemple, l'influence de la réforme des pensions sur le comportement des femmes). La projection à long terme de ces comportements socio-économiques, combinée à l'hypothèse de taux de chômage structurel de long terme, donne une croissance modérée du taux d'emploi.

La politique sociale à long terme

Outre le scénario de croissance économique basé sur une hausse de la productivité de 1,75 % et un taux de chômage structurel de long terme de 7,5 %, le CEV a opté pour une adaptation annuelle au bien-être de 0,5 % des pensions et des autres allocations sociales.

Il ressort de données historiques que les adaptations annuelles au bien-être sont en moyenne 1,75 % inférieures à la croissance de la productivité ou aux hausses salariales réelles. Au cours de la période 1956-2002, les salaires ont progressé de 2,9 % en moyenne alors que l'adaptation au bien-être moyenne n'a pas dépassé 1,1 %¹. Dans le cadre du scénario de croissance de 1,75 % retenu par le CEV, l'adaptation moyenne au bien-être serait alors nulle.

1. Voir également le Rapport annuel du Comité d'étude sur vieillissement d'avril 2002.

Le CEV juge peu vraisemblable l'absence de toute adaptation au bien-être dans une société vieillissante où l'espérance de vie s'allonge. En effet, le poids électoral des aînés grandit. Le CEV estime dès lors prudent - dans le cadre de l'estimation d'un scénario qui servira de balise à l'élaboration de la politique budgétaire - de tenir compte d'une adaptation au bien-être limitée des allocations sociales. Le CEV table donc sur une adaptation au bien-être annuelle moyenne de 0,5 % des allocations sociales, comme lors des précédents rapports. Une adaptation au bien-être est également appliquée aux allocations forfaitaires qui connaîtraient dès lors une adaptation annuelle moyenne au bien-être de 1 %.

Afin d'évaluer l'impact de cette hypothèse, nous présentons également, à titre de comparaison, un scénario sans adaptation au bien-être.

Les mesures relatives à l'adaptation au bien-être des allocations sociales, prises lors du Conseil des ministres extraordinaire des 20 et 21 mars 2004 à Ostende, pour les années 2005, 2006 et 2007, sont en ligne avec l'hypothèse retenue par le CEV en la matière. En effet, des adaptations partielles au bien-être sont prévues jusque 2007; au-delà cependant, seule une intention politique est exprimée et un mécanisme de concertation est prévu.

La loi sur la réforme des pensions de 1996 prévoit une adaptation du plafond salarial - appliquée lors du calcul de la pension de retraite dans le régime des travailleurs salariés - en fonction des marges salariales fixées dans le cadre de la loi relative à la promotion de l'emploi et à la sauvegarde de la compétitivité. Dans un scénario où les salaires suivent la croissance de la productivité de 1,75 %, le plafond salarial est adapté de 1,25 % sur base annuelle, tenant compte d'une hausse salariale spontanée de 0,5 % due à un glissement de l'emploi vers un niveau de qualification plus élevé (dérive salariale). Par souci de cohérence, le plafond salarial des autres revenus de remplacement évolue selon une hypothèse similaire.

B. Nouveaux résultats

1. La projection macroéconomique

Pour la période 2003-2008, le scénario macroéconomique est fondé sur les "*Perspectives économiques 2003-2008*" d'octobre 2003 qui intègrent les mesures prises dans le cadre du Budget 2004¹.

Le tableau 5 présente la projection macroéconomique d'après le scénario du Comité d'étude dont les résultats correspondent à ceux du scénario sans adaptation au bien-être.

1. Bureau fédéral du Plan, "*Economic outlook 2003-2008 for November 2003*" dans "*Short Term Update*", décembre 2003.

TABLEAU 5 - Projection macroéconomique (2003-2030; en %)
(Scénario d'avril 2004 (1) et écart par rapport aux résultats de mai 2003 (2))^a

	2003-2008		2009-2030		2003-2030	
	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)
Emploi ^b	0.7	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0
Productivité et salaires ^a	1.5	-0.1	1.8	0.0	1.7	0.0
PIB ^a	2.1	-0.1	1.9	0.0	1.9	0.0
Taux de chômage structurel à long terme ^c					7.5	

a. Les chiffres pour la période 2003-2008 peuvent légèrement différer de ceux publiés dans les "Perspectives économiques 2004-2009" du Bureau fédéral du Plan en raison de certaines adaptations/actualisations qui ont encore été intégrées dans ces dernières perspectives après la clôture des projections de long terme.

b. Taux de croissance réels annuels moyens

c. Y compris les chômeurs âgés non demandeurs d'emploi.

Par rapport aux projections d'avril 2003, on note une légère baisse de la productivité sur la période 2003-2008, ce qui limite la croissance économique moyenne à 2,1 %. A plus long terme (2009-2030), la croissance annuelle moyenne du PIB ne devrait pas dépasser 1,9 % compte tenu d'une création d'emplois modérée et d'une croissance annuelle moyenne de la productivité de 1,75 %.

La figure 14 retrace l'évolution du PIB par habitant et les gains de productivité sur la période 1960-2030. Sur cette période, on constate de nettes fluctuations conjoncturelles: les Golden Sixties, la crise pétrolière à la moitié des années 70, la récession de 1993, l'embellie économique en 1994, le tassement de la croissance économique en 96, les performances exceptionnelles de 97 et surtout de 2000 et ensuite un effondrement conjoncturel avec une croissance du PIB par habitant de 0,4 % et 0,3 % en 2001 et 2002. On s'attend à un redressement au cours des prochaines années qui devrait stimuler la croissance du PIB par habitant pour atteindre 1,9 % en 2008. Ensuite, l'objectif d'un taux de chômage structurel minimum implique une croissance de l'emploi. Au-delà de 2015, l'emploi diminue - en dépit d'un taux d'emploi en hausse - étant donné que la population d'âge actif se réduit par rapport à l'ensemble de la population.

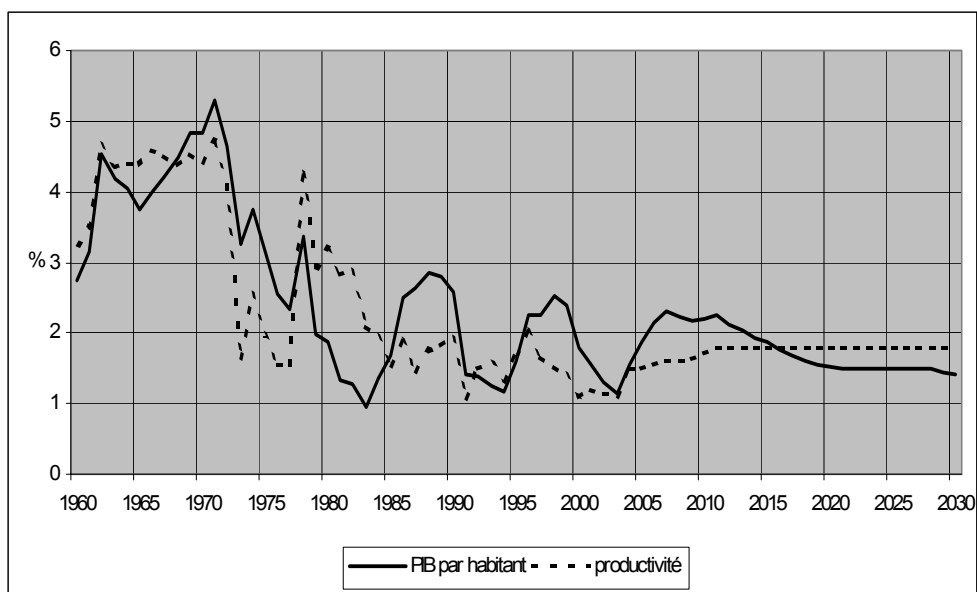
L'évolution du PIB par habitant est fonction des paramètres suivants: premièrement, la croissance de la productivité, et deuxièmement, la part de l'emploi dans la population totale, laquelle dépend elle-même du taux d'emploi et de la part de la population d'âge actif dans la population totale.

Ainsi, on observe dans les années 60 une croissance de la productivité légèrement supérieure à la croissance du PIB par habitant, reflet d'une baisse faible à la fois du taux d'emploi et de la part de la population d'âge actif dans la population totale.

La fin des années 70 ainsi que la première moitié des années 80 ont également été caractérisées par une croissance du PIB par habitant inférieure à la croissance de la productivité. L'effet de l'entrée dans la vie active de la génération du baby-boom née après la guerre - phénomène qui a fait progresser la part de la population d'âge actif dans la population totale - a été largement compensé par une forte diminution du taux d'emploi. A cette période, les sorties anticipées du marché du travail étaient encouragées en vue d'endiguer la montée du chômage.

Au cours de la seconde moitié des années 90, la situation s'inverse: en dépit d'une part décroissante de la population d'âge actif, la croissance du PIB par habitant dépasse celle de la productivité grâce à une hausse du taux d'emploi. A partir de 2010, la génération du baby-boom quitte le marché du travail. Dans un premier temps, la progression du PIB par habitant (1,9 % en 2008) est surtout le fait, outre la croissance de la productivité, de l'augmentation du taux d'emploi. Toutefois, à partir de 2015, l'accroissement du taux d'emploi s'avère insuffisant pour compenser le recul de la part de la population d'âge actif et la croissance du PIB repasse en dessous du niveau de celle de la productivité. En 2030, le croissance du PIB par habitant est de 1,4 % pour une croissance de la productivité de 1,75 %.

FIGURE 13 - Evolution du PIB par habitant et de la productivité
(taux de croissance en termes réels - moyenne mobile sur 5 ans)



2. Le marché du travail

L'estimation de la situation du marché du travail a peu changé par rapport à l'an dernier. Le tableau 6 résume les résultats en matière de taux d'emploi, de taux de chômage et de taux de prépensionnement.

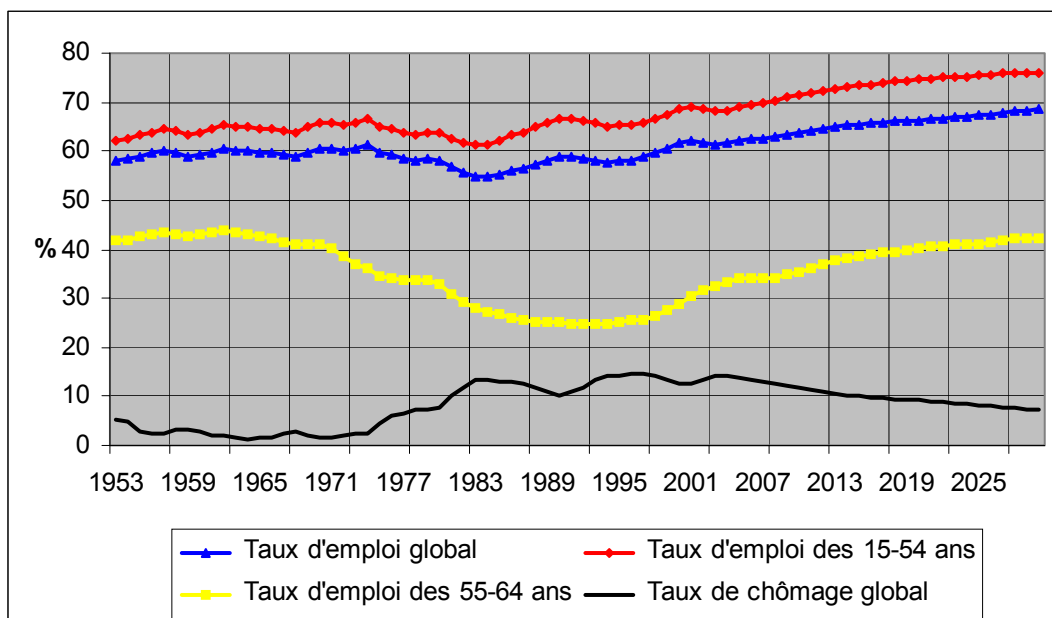
TABLEAU 6 - Emploi, chômage, prépension
(Scénario d'avril 2004 (1) et écart par rapport aux résultats de mai 2003 (2))

	2003		2010		2030	
	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)	(1)	(1)-(2)
Taux d'emploi ^a (% de la population 15-64)	61.5	-0.1	63.6	0.1	68.5	0.2
15-54 ans	68.1	-0.1	71.4	0.1	76.1	-0.1
55-64 ans	32.6	-0.1	35.3	0.5	42.4	1.6
Femmes	53.0	-0.2	57.0	0.0	63.9	-0.2
Hommes	69.8	-0.1	70.2	0.3	73.0	0.7
Taux de chômage total ^a (% de la population active correspondante)	14.2	0.2	11.8	0.0	7.5	0.2
Taux de prépensionnement (% de la population active potentielle)	9.5	0.0	8.7	-0.8	9.6	2.4

a. Basé sur des données administratives. D'autres sources comme "L'enquête sur les forces de travail" donnent des taux d'emploi différents. Selon cette source, le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans ne devrait s'élever qu'à 27,6 % en 2003 contre 32,6 % d'après les données administratives.

La figure 14 présente l'évolution du taux de chômage et des taux d'emploi.

FIGURE 14 - Evolution du taux de chômage (en % de la population active) et des taux d'emploi (en % de la population correspondante)

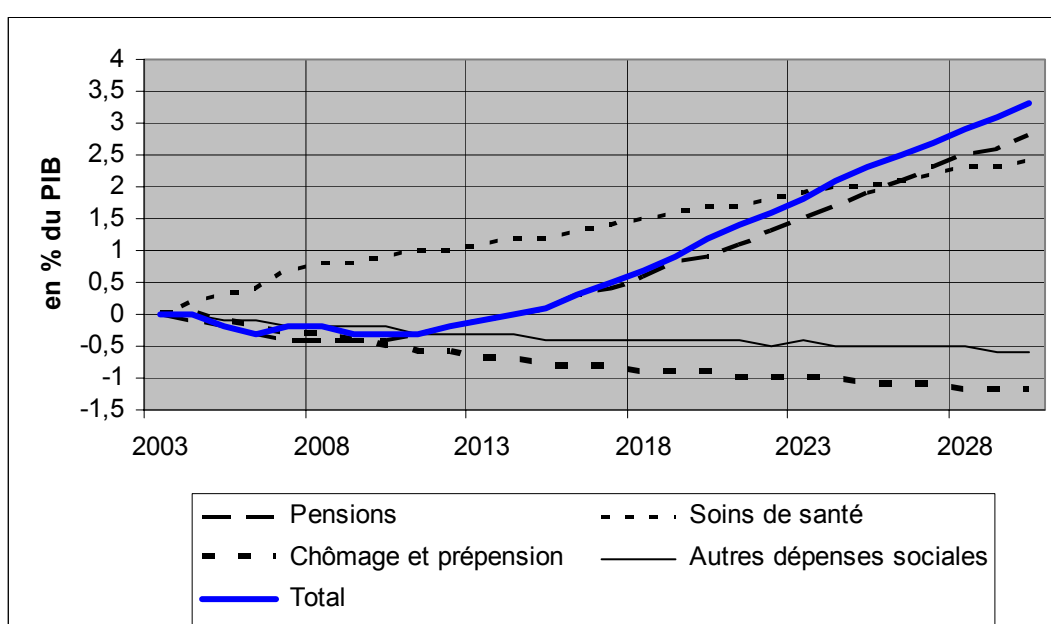


3. Le coût budgétaire du vieillissement

Au cours de la décennie actuelle, le coût budgétaire total du vieillissement diminue encore. La croissance nette des dépenses de soins de santé est compensée par la baisse des dépenses de pension, du chômage et des autres dépenses sociales. Au delà de 2010, le coût budgétaire du vieillissement augmente en raison de la hausse continue des dépenses de soins de santé et de la progression sensible des charges de pension (voir figure 15).

Dans les sections suivantes, les différentes composantes du coût budgétaire du vieillissement sont analysées à moyen et long termes et elles sont ventilées par entité.

FIGURE 15 - Le coût budgétaire du vieillissement
(en % du PIB, par rapport à 2003 - scénario du CEV)



a. A moyen terme

Le tableau 7 compare les différentes composantes du coût budgétaire du vieillissement entre 2003 et 2008, en % du PIB, entre les scénarios du Comité d'étude d'avril 2004 (basé sur les "Perspectives économiques 2003-2008" d'octobre 2003, intégrant les mesures du Budget 2004) et de mai 2003 (qui repose sur les "Perspectives économiques 2003-2008" d'avril 2003).

TABLEAU 7 - Le coût budgétaire du vieillissement à moyen terme
(en % du PIB - scénario du CEV et écart par rapport au scénario de mai 2003)

Composantes du coût budgétaire du vieillissement	scénario du Comité d'étude							Ecart par rapport aux résultats de mai 2003						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2003-2008	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2003-2008
Pensions ^a	9.2	9.2	9.1	9.0	8.9	8.8	8.8	-0.4	0.1	-0.0	-0.0	-0.1	-0.0	0.1
Soins de santé ^b	6.6	6.9	7.1	7.2	7.3	7.6	7.7	0.8	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.5
Incapacité de travail	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	0.0	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0
Chômage	2.2	2.3	2.3	2.2	2.1	2.1	2.0	-0.3	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0
Prépension	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	-0.0	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	0.0	0.0
Allocations familiales	1.8	1.7	1.7	1.6	1.6	1.5	1.5	-0.2	0.1	-0.0	-0.1	-0.0	0.0	0.0
Autres dépenses sociales ^c	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	0.0	0.0	-0.0
Total	22.9	23.4	23.4	23.2	23.1	23.2	23.2	-0.2	0.3	0.0	0.1	0.1	0.1	0.5
p.m. Rémunérations du personnel enseignant	4.4	4.4	4.4	4.3	4.2	4.2	4.1	-0.3	0.0	-0.0	-0.0	-0.0	0.0	0.1

- a. Y compris les pensions des entreprises publiques à charge de l'Etat (estimation) et la GRAPA
- b. Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses de santé de la Sécurité sociale (régime des travailleurs salariés et indépendants - y compris les petits risques indépendants à partir de 2006 -, OSSOM et autres régimes), du Pouvoir fédéral (principalement le remboursement de 25 % du prix de journée d'hospitalisation qui est transféré, à partir de 2004, à la Sécurité sociale), des Régions (aide aux handicapés) et des pouvoirs locaux (prestations médicales des CPAS aux personnes en difficulté, y compris les frais de séjour dans les maisons de repos).
- c. Principalement les accidents de travail, les maladies professionnelles, la sécurité d'existence, l'assurance dépendance instaurée en Flandre.

Au cours de la période **2003-2008**, le coût budgétaire du vieillissement devrait encore diminuer de 0,2 % du PIB. La baisse est principalement observée dans la branche des pensions. Les *dépenses de pension* diminuent suite au ralentissement du nombre de nouvelles entrées en pension: la génération née durant la guerre - peu dense - atteint l'âge de la retraite et la réforme des pensions retarde le départ des femmes à la retraite jusqu'à 64 ans en 2008. Cette baisse compense largement la reprise du Fonds de pension de Belgacom, lequel est géré par les autorités fédérales à partir de 2004.

D'autres ralentissements sont attendus dans les dépenses sociales: les *dépenses de chômage* devraient diminuer de 0,3 % de PIB sous l'effet de la reprise économique et les dépenses d'*allocations familiales* devraient baisser de 0,2 % du PIB du fait de l'évolution démographique.

Entre 2003 et 2008, les dépenses de soins de santé progressent de 0,8 % du PIB, soit de 0,5 point de pourcentage de plus que dans les estimations de l'année dernière; cette hausse explique à elle seule l'écart du coût budgétaire du vieillissement entre 2003 et 2008 constaté par rapport aux estimations de l'année dernière.

La croissance supposée de 4,5 % des dépenses de soins de santé jusqu'en 2007 et l'intégration (dès 2006) des petits risques dans l'assurance maladie obligatoire des indépendants (financée par le transfert des cotisations correspondantes) entraînent une croissance annuelle moyenne de 5,1 % des dépenses de soins de santé pour une croissance économique moyenne de 2,1 % (entre 2003 et 2007). Sur la période 2008-2030, la croissance des dépenses de soins de santé est ramenée à 2,8 % par an pour une croissance économique moyenne de 1,9 % (pour une présentation détaillée des résultats, voir chapitre III, p.109).

Dans les estimations précédentes, nous avons relevé pour la même période 2003-2008 une diminution des dépenses sociales de 0,7 % du PIB alors que les nouvelles estimations donnent une diminution de 0,2 % du PIB. La différence est imputable pratiquement dans sa totalité aux soins de santé.

Si nous prenons 2002 comme année de référence - comme dans le rapport précédent - le coût budgétaire du vieillissement devrait représenter quelque 0,3 % du PIB (+ 0,5 % du PIB entre 2002 et 2003 et - 0,2 % entre 2003 et 2008) alors que l'on observait encore une baisse de 0,2 % du PIB (+ 0,5 % du PIB entre 2002 et 2003 et - 0,7 % entre 2003 et 2008) dans l'édition précédente. La progression de 0,5 point de pourcentage entre 2002 et 2003 est due pour 0,3 point de pourcentage aux soins de santé (voir annexe 2 p. 147), pour 0,1 point de pourcentage aux dépenses de chômage et pour 0,1 point de pourcentage aux autres dépenses sociales, tant dans les estimations actuelles que précédentes.

Le CEV a fait observer dans ses rapports précédents que le recul à moyen terme du poids des dépenses sociales dans le PIB pourrait permettre une réduction plus rapide de la dette publique. Toutefois, en l'espace de deux ans, le CEV a dû tenir compte dans ses estimations d'une part, du repli conjoncturel et d'autre part, de dépenses supplémentaires de soins de santé. Ces évolutions ont bouleversé les résultats à moyen terme. En conséquence, la réduction automatique de la dette publique devrait s'opérer à un rythme beaucoup plus lent que supposé dans le premier rapport (avril 2002).

b. A long terme

Le tableau 8 présente le coût budgétaire du vieillissement à long terme selon le scénario du Comité d'étude et l'écart par rapport aux résultats de mai 2003. Le scénario sans adaptation au bien-être est également présenté, de même que l'écart par rapport aux résultats du CEV.

TABLEAU 8 - Le coût budgétaire du vieillissement à long terme
(en % du PIB - scénario du CEV et scénario sans adaptation au bien-être)

<i>Composantes du coût budgétaire du vieillissement</i>	Scénario du Comité d'étude				Ecart par rapport aux résultats de mai 2003		
	2003	2010	2030	2003-2030	2003-2010	2010-2030	2003-2030
Pensions ^a	9.2	8.8	12.0	2.8	0.0	0.2	0.2
Soins de santé ^b	6.9	7.8	9.3	2.4	0.5	0.0	0.5
Incapacité de travail	1.3	1.3	1.3	-0.0	-0.0	0.0	0.0
Chômage	2.3	1.8	1.1	-1.2	-0.1	0.1	-0.0
Prépension	0.4	0.4	0.4	-0.1	0.0	0.0	-0.1
Allocations familiales	1.7	1.4	1.2	-0.5	0.0	0.0	0.0
Autres dépenses sociales ^c	1.5	1.5	1.4	-0.1	0.0	0.0	0.0
Total	23.4	23.1	26.7	3.4	0.5	0.2	0.7
p.m. Rémunérations du personnel enseignant	4.4	4.0	3.8	-0.7	0.0	0.0	0.0
<i>Composantes du coût budgétaire du vieillissement</i>	Scénario sans adaptation au bien-être				Ecart par rapport aux résultats du CEV		
	2003	2010	2030	2003-2030	2003-2010	2010-2030	2003-2030
Pensions	9.2	8.7	11.6	2.4	-0.1	-0.4	-0.4
Soins de santé	6.9	7.8	9.3	2.4	-0.0	-0.0	-0.0
Incapacité de travail	1.3	1.3	1.2	-0.0	-0.0	-0.0	-0.0
Chômage	2.3	1.8	1.1	-1.2	-0.0	-0.0	-0.0
Prépension	0.4	0.4	0.4	-0.1	-0.0	-0.0	-0.0
Allocations familiales	1.7	1.4	1.1	-0.6	-0.0	-0.1	-0.1
Autres dépenses sociales	1.5	1.5	1.4	-0.1	-0.0	-0.0	-0.0
Total	23.4	23.0	26.1	2.8	-0.1	-0.5	-0.6
p.m. Rémunérations du personnel enseignant	4.4	4.0	3.8	-0.7	-0.0	0.0	0.0

a. Y compris les pensions des entreprises publiques à charge de l'Etat (estimation) et la GRAPA

b. Dépenses publiques de soins de santé

c. Principalement les accidents de travail, les maladies professionnelles, la sécurité d'existence, l'assurance dépendance instaurée en Flandre.

D'après le scénario du Comité d'étude, le coût budgétaire du vieillissement devrait représenter 3,4 % du PIB entre 2003 et 2030. Si nous prenons 2002 pour année de référence, comme dans le rapport précédent, le coût budgétaire devrait atteindre 3,8 % du PIB, contre 3,1 % d'après les estimations de l'an dernier. L'écart de 0,7 point de pourcentage est attribuable pour 0,5 point de pourcentage à la période de moyen terme (voir page 52) et pour 0,2 point de pourcentage au niveau des pensions entre 2010 et 2030. Plus précisément, l'écart de 0,2 point de pourcentage est dû à une hausse plus marquée des charges de pension entre 2010 et 2030 attribuable à différents facteurs: le relèvement plus important qu'attendu du plafond salarial, les effets de la reprise par les pouvoirs publics des pensions de Belgacom à partir de 2003, et des facteurs techniques.

D'après le scénario sans adaptation au bien-être, le coût budgétaire du vieillissement ne dépasserait pas 2,8 % du PIB entre 2003 et 2030. Le non-octroi d'une adaptation au bien-être annuelle moyenne de 0,5 % allège le coût budgétaire du vieillissement de 0,6 point de pourcentage.

c. par entité

Le tableau 9 présente la répartition du coût budgétaire du vieillissement entre l'entité I (Pouvoir fédéral et Sécurité sociale) et l'entité II (Communautés & Régions et Pouvoirs locaux), dans le cadre du scénario du Comité d'étude et du scénario sans adaptation au bien-être.

La majeure partie du coût budgétaire du vieillissement se situe au niveau l'entité I: 2,9 % du PIB entre 2003 et 2030 selon le scénario du Comité d'étude (2,4 % selon le scénario sans adaptation au bien-être). S'agissant de l'entité II, le coût est de 0,5 % du PIB (0,4 % dans l'autre scénario) sur la même période.

Pour une définition précise des différentes composantes du coût budgétaire du vieillissement dans les deux entités, nous vous renvoyons au Rapport annuel de mai 2003, p. 28 à 30.

TABLEAU 9 - Coût budgétaire du vieillissement par entité
(en % du PIB - scénario du CEV et scénario sans adaptation au bien-être)

	Entité I							
	Scénario du Comité d'étude				Scénario sans adaptation au bien-être			
	2003	2010	2030	2003-2030	2003	2010	2030	2003-2030
Pensions	7.7	7.4	10.0	2.3	7.7	7.4	9.6	1.9
Soins de santé	6.2	7.0	8.6	2.4	6.2	7.0	8.6	2.4
Incapacité de travail	1.3	1.3	1.3	-0.0	1.3	1.3	1.2	-0.0
Chômage	2.3	1.8	1.1	-1.2	2.3	1.8	1.1	-1.2
Prépension	0.4	0.4	0.4	-0.1	0.4	0.4	0.4	-0.1
Allocations familiales	1.6	1.3	1.1	-0.5	1.6	1.3	1.0	-0.6
Autres dépenses sociales	1.2	1.2	1.2	-0.0	1.2	1.2	1.2	-0.0
Total	20.7	20.5	23.7	2.9	20.7	20.4	23.1	2.4
p.m. Rémunérations du personnel enseignant	0.0	0.0	0.0	-0.0	0.0	0.0	0.0	-0.0
	Entité II							
	Scénario du Comité d'étude				Scénario sans adaptation au bien-être			
	2003	2010	2030	2003-2030	2003	2010	2030	2003-2030
Pensions publiques	1.5	1.4	2.0	0.5	1.5	1.4	2.0	0.5
- à charge de l'entité I	1.1	1.0	1.4	0.3	1.1	1.0	1.4	0.3
Soins de santé et aide sociale	0.7	0.7	0.7	0.0	0.7	0.7	0.7	0.0
Assurance dépendance en Flandre	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0
Allocations familiales	0.1	0.1	0.1	-0.0	0.1	0.1	0.1	-0.1
Autres dépenses sociales	0.2	0.3	0.2	-0.1	0.2	0.3	0.2	-0.1
Total	2.6	2.6	3.1	0.5	2.6	2.6	3.1	0.4
p.m. Rémunérations du personnel enseignant	4.4	4.0	3.7	-0.7	4.4	4.0	3.7	-0.7

C. Analyses de sensibilité

1. Un taux d'emploi accru

Un scénario de stimulation de l'emploi, principalement des personnes âgées de 50 à 64 ans, a été simulé dans le cadre d'une variante à caractère purement technique. Ce scénario ne vise pas à déterminer des mesures susceptibles de réaliser une telle stimulation de l'emploi, mais a pour objectif d'évaluer les conséquences macroéconomiques et budgétaires d'une évolution plus favorable de l'emploi dans un cadre méthodologique cohérent. Le scénario suppose un relèvement du taux d'activité correspondant au volant de prépensions dans le scénario du Comité d'étude et une baisse du taux de chômage structurel de long terme de l'ordre de 20 %.

Cette simulation offre une illustration à caractère technique, des conséquences d'une évolution plus favorable des taux d'emploi et de chômage sur l'évolution macroéconomique et le coût budgétaire du vieillissement. Cette simulation n'entend nullement évaluer les effets de mesures concrètes. En outre, afin de se conformer à la logique interne du modèle et de focaliser l'analyse sur les effets de long terme, l'adaptation des taux d'emploi et de chômage n'est introduite qu'à la fin de la décennie en cours.

a. Impact socio-économique

Par rapport à la projection du scénario du Comité d'étude, les principaux effets socio-économiques sont présentés dans le tableau 10.

TABLEAU 10 - Impacts socio-économiques d'une hausse du taux d'emploi
(écart par rapport au scénario du CEV)

	2010	2020	2030
<i>Niveaux en milliers d'unités</i>			
Activité potentielle: emploi	+33.8	+172.4	+164.9
dont emploi des 50-64 ans	+43.6	+218.8	+199.3
Activité potentielle: autre ^a	-34.4	-196.4	-193.6
dont les 50-64 ans	-44.1	-242.8	-228.1
Activité potentielle	-0.6	-24.0	-28.8
Population pensionnée	+1.0	+39.7	+47.3
<i>Taux en %</i>			
Taux d'emploi ^b	+0.5	+2.5	+2.5
dont taux d'emploi des 50-64 ans	+2.1	+9.9	+9.8
dont taux d'emploi des 55-64 ans	+2.6	+12.5	+12.8
Taux de chômage (y compris chômeurs âgés) ^c	-0.1	-1.5	-1.4
dont taux de chômage des 50-64 ans	-1.4	-9.0	-8.2
Taux d'activité potentielle ^d	-0.0	-0.4	-0.4

a. chômage (y compris chômeurs âgés), prépension, interruption de carrière à temps plein

b. en % de la population de 15 à 64 ans

c. en % de la population active (emploi et chômage - y compris chômage âgé)

d. en % de la population de 15 à 64 ans

A l'horizon 2030, les créations d'emploi se concentrent de manière presque exclusive, sur les catégories âgées de 50 à 64 ans (près de 200 000 emplois créés). Le taux d'emploi global augmente, par rapport au scénario du Comité d'étude, de 2,5 points de pourcentage et celui des âgés de près de 10 points de pourcentage.

Toutefois, un effet de substitution apparaît entre la hausse de l'emploi des travailleurs âgés et l'emploi des autres travailleurs: ainsi en 2030, la création de près de 200 000 emplois parmi les catégories âgées s'accompagne d'une perte de 35 000 emplois chez les plus jeunes.

Cette création d'emploi est réalisée grâce à une diminution du chômage et des formes de retrait anticipé du marché du travail comme le système du chômage âgé et la prépension (-194 000 personnes en 2030). Le taux de chômage (y compris chômeurs âgés) est inférieur de 1,4 point de pourcentage au scénario du Comité d'étude en 2030, tandis que celui des chômeurs de 50 à 64 ans est réduit de 8 points de pourcentage.

L'augmentation du taux d'emploi des âgés engendre également un accroissement de la population pensionnée. La pension anticipée est en effet utilisée comme un système de retrait du marché du travail attractif pour les travailleurs de 60 à 64 ans.

Il est également intéressant de mettre en perspective les taux d'emploi atteints dans cette variante par rapport aux objectifs européens (tableau 11).

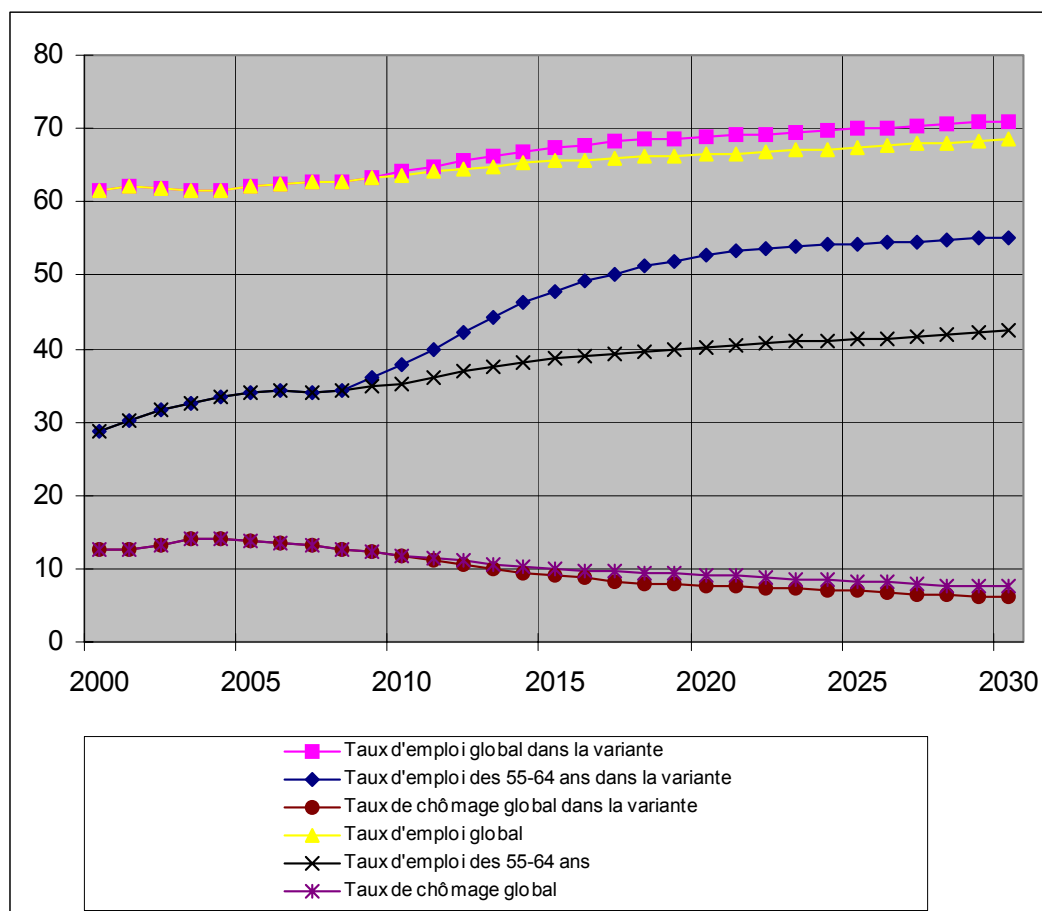
TABLEAU 11 - Niveaux des taux d'emploi: observations en 2002, objectifs européens pour 2010 et projection selon la variante d'une politique d'emploi renforcée

en %	2002 <i>observé</i>	2010	2020	2030
<i>Rappel: objectifs européens</i>				
Taux d'emploi		70.0		
Taux d'emploi féminin		60.0		
Taux d'emploi des âgés de 55 à 64 ans		50.0		
Taux d'emploi	61.8	64.1	68.9	71.0
dont taux d'emploi féminin	53.2	57.2	62.7	65.8
dont taux d'emploi des 55-64 ans	31.7	37.9	52.7	55.2
dont taux d'emploi des 50-64 ans	43.8	49.2	61.1	63.3

Le taux d'emploi féminin belge atteindrait 60 % en 2014 tandis que le taux d'emploi global parviendrait seulement à son objectif de 70 % en 2026. Par contre le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans atteindrait déjà l'objectif de 50 % en 2017, ce qui représente une augmentation non négligeable de 18 points de pourcentage par rapport à 2002 .

La figure 16 présente l'évolution des taux d'emploi et de chômage par rapport au scénario du Comité d'étude.

FIGURE 16 - Evolution du taux de chômage (en % de la population active) et des taux d'emploi (en % de la population correspondante)
(Scénario du Comité d'étude et scénario de politique d'emploi renforcée)



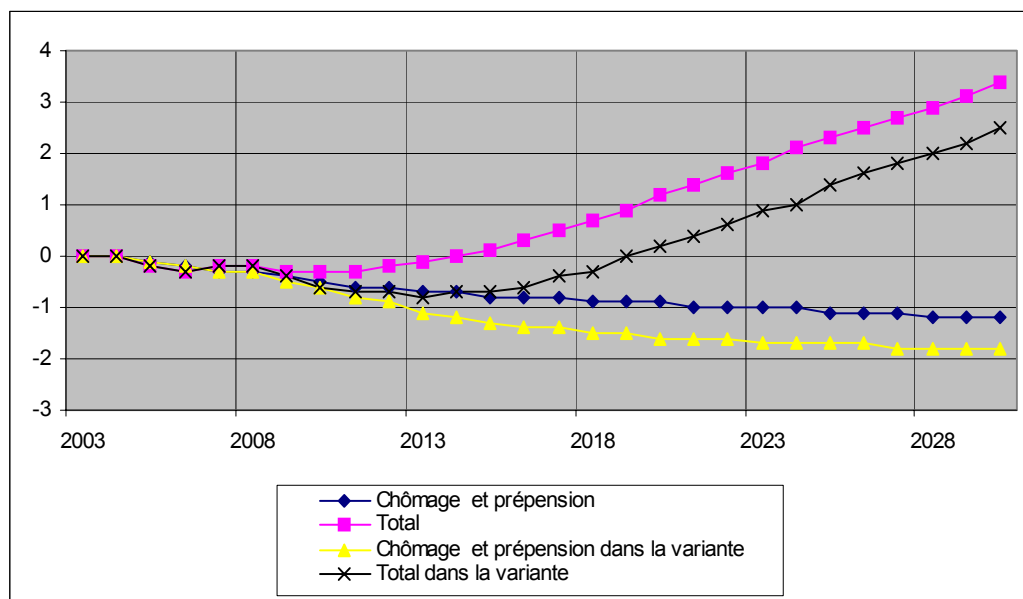
b. Impact sur le coût budgétaire du vieillissement

L'accroissement du taux d'emploi n'est pas sans effet sur le coût budgétaire du vieillissement qui tombe de 3,4 à 2,5 % du PIB en 2030 (ou une diminution de 0,9 point de pourcentage) dans le scénario du Comité d'étude. Cette diminution s'explique à concurrence de 0,5 point de pourcentage par l'assise économique plus large. Elle se localise pour 0,6 point de pourcentage dans les branches chômage et prépension et pour 0,2 point de pourcentage dans les dépenses de pension (respectivement 0,1 et 0,2 points de pourcentage des économies réalisées sont dus à une croissance économique plus favorable). Cependant, on peut s'attendre à une augmentation du nombre de pensionnés car les individus ayant un emploi prennent leur pension plus tôt que les prépensionnés ou les chômeurs. Cela impliquerait un coût supplémentaire, cependant compensé par une pension moyenne plus faible due à la durée de carrière plus courte.

La figure 17 illustre l'impact d'une politique d'emploi renforcée sur le coût budgétaire du vieillissement.

FIGURE 17 - Le coût budgétaire du vieillissement

(par rapport à 2003, en % du PIB - scénario du CEV et scénario de politique d'emploi renforcée)



c. Impact sur l'âge de sortie du marché du travail

Le faible niveau d'activité des âgés en Belgique se reflète sur l'âge moyen de sortie du marché du travail. Cet âge de sortie de la population active n'est que de 58 ans en 2002¹ et augmenterait, sous l'influence principalement de la croissance structurelle de l'activité féminine, d'un peu plus de 2 ans pour dépasser 60 ans à l'horizon 2030, dans le scénario du Comité d'étude.

Le scénario d'évolution plus favorable de l'emploi retenu ici a un impact positif sur l'âge moyen de retrait de la population active: il serait relevé d'un an environ à l'horizon 2030 et s'établirait à 61 ans.

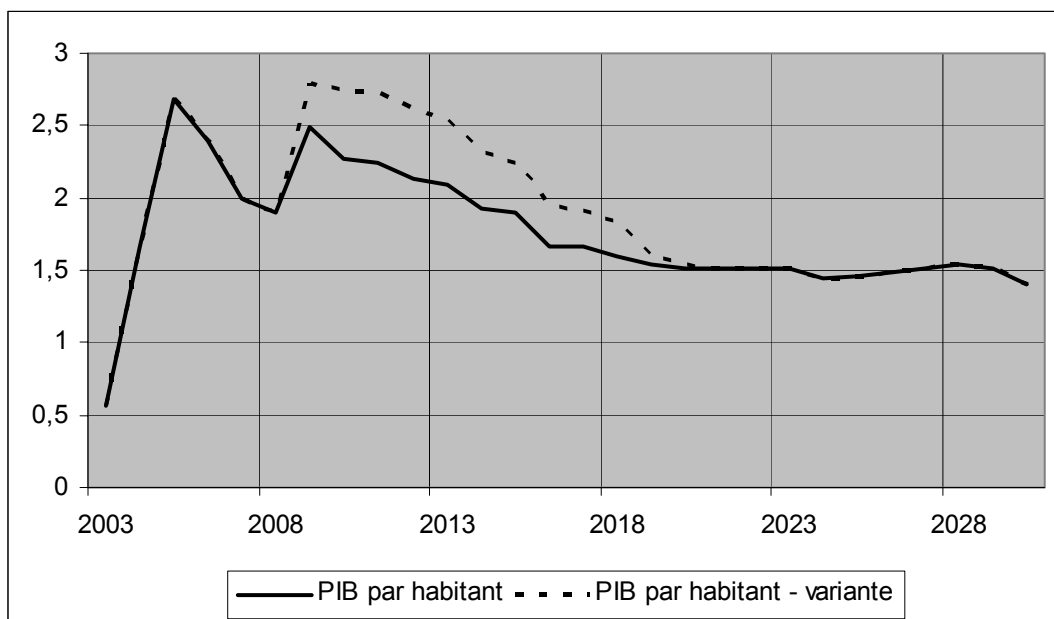
d. Impact sur le niveau de vie moyen

L'évolution plus favorable de l'emploi a un impact positif sur le niveau de vie général indiqué par un accroissement du PIB par habitant (voir figure 18). Lorsque la mesure a produit ses pleins effets, le taux de croissance du PIB rejoint celui du scénario du Comité d'étude.

1. Eurostat et OCDE, "Coping with Ageing: a Dynamic Approach to Quantify the Impact of Alternative policy Options on Future Labour Supply in OECD Countries", Economic Department Working Papers n°371, 2003, annexe 2, p.25.

FIGURE 18 - Evolution du PIB par habitant

(taux de croissance en termes réels - scénario du CEV et scénario de politique d'emploi renforcée)



e. Impact d'une moindre hausse de la productivité du fait d'une progression de l'emploi à temps partiel

Le scénario de simulation d'un taux d'emploi accru présenté ci-avant ne suppose aucune altération des gains de productivité. Toutefois, une évolution plus favorable de l'emploi des travailleurs âgés pourrait entraîner de moindres gains de productivité, notamment suite à une extension du travail à temps partiel ou au développement de statuts spécifiques pour des travailleurs à faible productivité. Avec une productivité des emplois supplémentaires créés et subsidiés réduite de moitié par rapport à celle du scénario du Comité d'étude, la croissance économique annuelle serait en moyenne de 0,1 % moins favorable que dans le scénario d'une politique d'emploi renforcée sans effet sur la productivité. L'allègement du coût budgétaire du vieillissement serait donc amoindri de 0,2 % du PIB, du fait d'une assise économique réduite et de coûts additionnels de la promotion de l'emploi (à temps partiel). L'impact favorable de l'accroissement du taux d'emploi sur le coût budgétaire du vieillissement serait moindre que dans le scénario de politique d'emploi renforcée sans modification des gains de productivité: au lieu de tomber à 2,5% du PIB, il atteindrait 2,7% du PIB en 2030.

2. Variantes d'évolution des dépenses de soins de santé

Les incertitudes liées à l'évolution future des soins de santé sont nombreuses. Contrairement à d'autres composantes de la sécurité sociale qui connaissent des évolutions plus mécaniques, les dépenses futures de soins de santé dépendront de nombreux facteurs tels que les développements technologiques futurs, les pathologies nouvelles et les traitements qui leur seront associés. Ces développements sont très difficiles à anticiper. Dans ce qui suit, nous nous limiterons à examiner les incertitudes inhérentes à la méthodologie utilisée dans ce rapport.

Les variantes examinent l'impact du *vieillessement démographique* sur les dépenses de soins de santé. Elles consistent à tester la sensibilité des résultats de la projection des dépenses de santé aux hypothèses concernant les profils de dépenses par classe d'âges et de sexe. En outre, un deuxième exercice est effectué en vue d'illustrer la robustesse des résultats obtenus pour la projection des dépenses de soins de santé *hors effet du facteur démographique*.

a. Incertitudes liées aux hypothèses quant aux profils de dépenses de santé par classe d'âges et de sexe

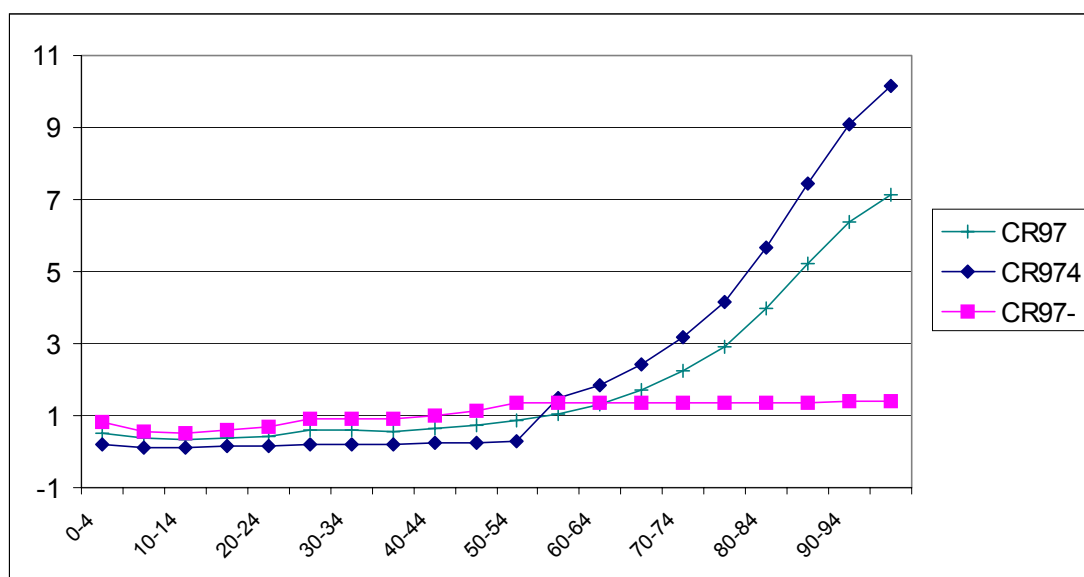
Dans notre méthodologie, l'impact du vieillissement sur les dépenses de soins de santé est appréhendé à l'aide de données d'échantillon sur les profils de dépenses par classe d'âges et de sexe pour l'année 1997. Les profils qui ressortent de cet échantillon déterminent *le coût relatif des dépenses de soins de santé par classe d'âges et par sexe*. Ne disposant pas de données annuelles sur ces profils, ceux-ci sont maintenus constants, au niveau observé en 1997, sur la période de projection. Cette hypothèse forte pourrait entraîner une sous (sur)-estimation des dépenses futures de soins de santé. En effet, si dans le futur, les âgés coûtent relativement plus (moins) que leur coût relatif en 1997, nous risquons de sous(sur)-estimer les dépenses de soins de santé.

Pour évaluer l'impact d'une hypothèse différente quant aux profils, nous testons deux variantes. La première repose sur l'hypothèse d'une multiplication par quatre du coût relatif des classes d'âges de plus de 55 ans comparativement au coût relatif observé en 1997 à l'aide de nos données d'échantillon. La deuxième variante consiste à ramener ce coût au même niveau que celui de la classe d'âge 49-54 ans. Toutefois, remarquons que ces variations supposent des réductions de la part des dépenses dans les classes d'âges jeunes, afin de maintenir inchangées les dépenses totales observées au point de départ et ainsi d'isoler l'impact des effets démographiques de ceux de la "tendance lourde"¹.

Le graphique suivant présente les profils normalisés (moyenne=1) de dépenses par classe d'âges et de sexe pour la projection de base (CR97), et lorsque le coût relatif des âgés est multiplié par quatre (CR974) et ramené au même niveau que celui de la classe d'âges 49-54 ans (CR97-). Le graphique permet également de voir que les changements introduits pour les âgés induisent des effets de compensation au sein des classes d'âges plus jeunes.

1. Voir chapitre III, section E et annexe 3, section B.

FIGURE 19 - Dépenses de soins de santé: coût relatif par classes d'âges et sexe
(dans la projection de base et les variantes - moyenne totale=1)



Le tableau suivant présente les résultats de la projection obtenus à l'aide de ces nouveaux profils. Tout d'abord, remarquons que l'impact sur les dépenses publiques de santé en pour cent du PIB n'est pas négligeable sans être spectaculaire. Ainsi, l'accroissement du coût relatif des âgés génère un accroissement des dépenses de 0,8 point de pour cent du PIB en 2030. Inversement, la baisse du coût relatif des âgés engendre une diminution des dépenses de 0,9 point de pour cent du PIB en 2030. Il faut néanmoins remarquer qu'une modification considérable des profils est nécessaire pour obtenir ces résultats.

TABLEAU 12 - Dépenses publiques de santé: augmentation (variante 1) et diminution (variante 2) du coût relatif des âgés par rapport au coût relatif observé pour l'année de référence (1997)
(en % du PIB)

	2010	2020	2030
Projection de base (scénario du CEV)	7.8	8.6	9.3
Augmentation du coût relatif de âgés (variante 1)	7.9	9.0	10.1
Diminution du coût relatif des âgés (variante 2)	7.7	8.0	8.4

b. Incertitudes liées à l'estimation économétrique de la "tendance lourde"

La "tendance lourde" ou "tendance historique" est définie comme la partie de l'augmentation des dépenses totales de soins de santé dans le PIB *hors effet du facteur démographique*. Elle est supposée identique dans chaque classe d'âges et résulte d'une dynamique combinant des facteurs d'offre, de demande et des objectifs politiques en matière de soins de santé. Elle est constituée tant d'effets-volume que d'effets-prix. Pour estimer cette "tendance lourde", nous faisons appel à une approche économétrique¹. Par définition, cet exercice comporte des incertitudes qui peuvent provenir de diverses sources. Ainsi, l'équation économétrique utilisée peut avoir été imparfaitement spécifiée, par exemple, car des variables pertinentes, pour lesquelles nous ne disposons pas de données, ont dû être omises. Une deuxième source potentielle d'erreur provient des valeurs

1. Pour les aspects techniques relatifs à l'approche économétrique, voir annexe 3, section B.

futures estimées du PIB qui servent à projeter les dépenses de soins de santé à l'aide de l'équation. Le PIB n'est évidemment pas connu sur la période de projection et il est, à son tour, estimé avec une certaine marge d'erreur. Une troisième source d'erreur est liée au fait que nous projetons à l'aide des paramètres estimés par l'équation et non pas à l'aide des vrais paramètres qui sont évidemment inconnus. Enfin, la projection des dépenses futures à l'aide d'une telle équation suppose implicitement que l'erreur future est nulle alors que celle-ci est probablement différente de zéro.

Dans ce qui suit, nous allons nous concentrer sur les deux derniers types d'erreurs. En effet, la notion d'erreur de projection nous permet de quantifier l'incertitude liée au fait que nous avons dû recourir à une estimation économétrique où les paramètres du modèle sont des variables aléatoires. Par contre, cette mesure ne nous dit rien sur les incertitudes qui pourraient être dues à un changement drastique des dépenses de santé futures par rapport au passé (changement structurel), ni aux incertitudes liées à l'estimation du PIB. Concrètement, l'erreur de prévision nous permet de estimer un intervalle de confiance autour des résultats de la projection.

Le tableau suivant présente un intervalle de confiance pour les dépenses totales par habitant et les dépenses totales et publiques en pour cent du PIB. Ces intervalles sont estimés avec un niveau de confiance de 95 %, c'est-à-dire, où nous sommes certains 19 fois sur 20 que la vraie valeur sera comprise dans l'intervalle. Il faut noter que l'équation de la tendance lourde est estimée sur les dépenses totales de soins de santé par habitant *hors effet du vieillissement*. Les *dépenses totales* sont ensuite calculées en tenant compte des évolutions démographiques. Enfin, les *dépenses publiques de soins de santé* sont ensuite projetées en faisant l'hypothèse d'une croissance identique à celle des *dépenses totales*.

TABLEAU 13 - Dépenses de soins santé en 2030: incertitudes liées à la tendance lourde (intervalle de confiance)

	Dépenses totales par habitant hors effet du vieillissement (euros de 98)	Dépenses totales en pour cent du PIB	Dépenses publiques en pour cent du PIB
borne inférieure	3841	12.3	9.2
valeur obtenue	3898	12.5	9.3
borne supérieure	3955	12.7	9.4

Le tableau montre que les résultats obtenus sont relativement précis. Ainsi, et en ce qui concerne les dépenses publiques en pour cent du PIB, l'erreur est de l'ordre de 0,1 point de pour cent. Rappelons, toutefois, que ces résultats ne tiennent pas compte des incertitudes liées à l'estimation du PIB ni à celles qui émaneraient d'un changement important du comportement de consommation des soins de santé par rapport au passé.

3. Un scénario de productivité plus élevée

Une autre hypothèse en matière de croissance de la productivité...

Depuis de nombreuses années, les simulations du Bureau fédéral du Plan s'appuient sur un scénario 'prudent' et un scénario 'élevé' en matière d'évolution de la productivité du travail après 2008, à savoir 1,75 % et 2,25 % (en comparaison avec une croissance moyenne de la productivité de 1,91 % pendant la période 1913-2002). Quant au CEV, il opte pour le scénario 'prudent' de croissance de la productivité. Tant ce scénario que le scénario 'élevé' d'évolution des gains de productivité à long terme s'inscrivent dans les

tendances de long terme de l'économie belge. On dispose en effet d'informations sur la croissance de la productivité de l'économie belge depuis 1913. La croissance de la productivité varie considérablement d'une période à l'autre¹: si la croissance de la productivité du travail a atteint en moyenne environ 1,91 % pour la plus longue période connue (1913-2002), elle s'est révélée bien supérieure au cours des cinquante dernières années (2,52 % pendant la période 1950-2002). Mais, pour l'instant, elle penche vers une croissance inférieure en raison, entre autres, de l'accroissement du travail à temps partiel et des mesures favorisant l'abaissement des coûts du travail (notamment la modération salariale, les diminutions de cotisations sociales et le développement de statuts spéciaux pour les travailleurs à faible productivité).

En outre, l'hypothèse de gains annuels de productivité de 2,25 %, combinée à une hypothèse d'emploi relativement constant, mène à une croissance économique (à l'issue de la période de moyen terme) qui correspond à la tendance de long terme de l'économie belge, c'est-à-dire 2,27 % par an pour la plus longue période disponible (1820-2002)².

... et ses impacts pour la politique sociale.

Dans le scénario 'prudent' de croissance de la productivité, le CEV opte pour une adaptation annuelle au bien-être de 0,5 % des pensions et des autres allocations sociales. Les adaptations annuelles au bien-être sont donc inférieures de 1,25 % à la croissance de la productivité ou à la croissance réelle des salaires.

En conservant ce 'découplage' entre l'adaptation au bien-être et la croissance de la productivité du travail, l'hypothèse de croissance de la productivité de 2,25 % entraîne une adaptation moyenne au bien-être de 1 %. La liaison au bien-être des allocations sociales forfaitaires est dès lors de 1,5 % par an en moyenne.

a. Projection macro-économique

Le tableau 14 présente les résultats macro-économiques selon le scénario prudent et le scénario de croissance plus élevée de la productivité.

TABLEAU 14 - Projection macro-économique (2003-2030; en % - scénario de productivité 2,25 % (1) et écart par rapport au scénario de productivité 1,75 % (2))

	Scénario de productivité plus élevée		Ecart avec le scénario prudent de productivité	
	2003-2010	2011-2030	2003-2010	2011-2030
Emploi ^a	0.7	0.1	0.0	0.0
Productivité et salaires ^a	1.7	2.3	0.1	0.5
PIB ^a	2.4	2.3	0.1	0.5
Taux de chômage structurel ^b de long terme.	7.5		0.0	

a. Taux de croissance annuels moyens en termes réels

b. Y compris les chômeurs âgés non demandeurs d'emploi.

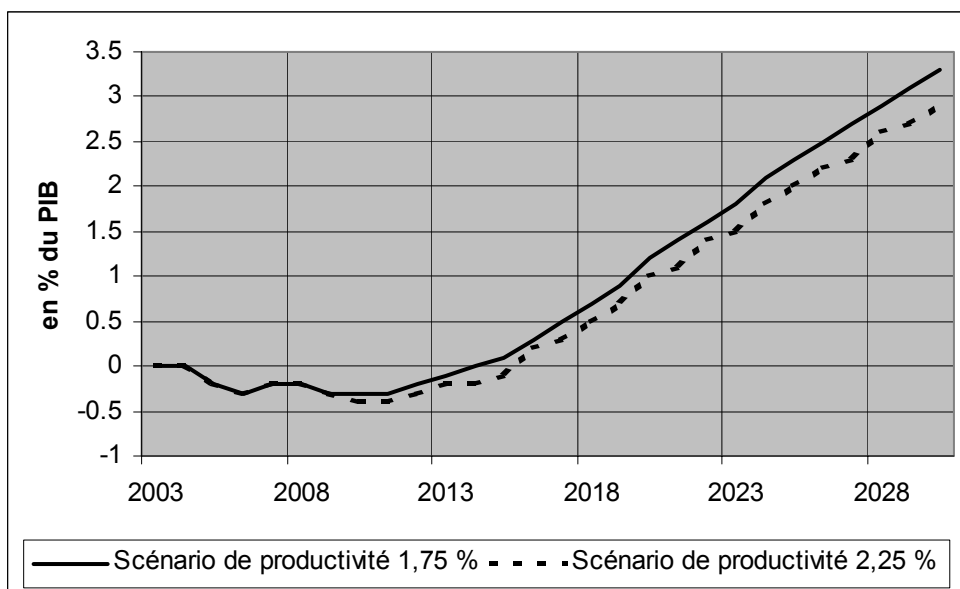
1. Voir N.FASQUELLE, S.WEEMAES, "Perspectives financières de la sécurité sociale à l'horizon 2050", Bureau fédéral du Plan, Planning Paper 83, novembre 1997, p.14
2. Banque de données d'Angus Maddison, complétée avec les données des Comptes nationaux belges; calculs BfP.

b. Impact sur le coût budgétaire du vieillissement

La figure 20 montre qu'une croissance plus élevée de la productivité diminue le coût budgétaire du vieillissement de 0,4 point de pourcentage du PIB par rapport au scénario du Comité d'étude en 2030 et atteint 3 % du PIB en 2030.

FIGURE 20 - Le coût budgétaire du vieillissement

(en % du PIB, par rapport à 2003 - selon deux scénarios de productivité)



La réduction des dépenses est presque entièrement due à la diminution du poids des pensions dans le PIB. Les pensions sont en effet calculées en fonction des salaires perçus par le passé, lesquels demeurent inchangés par rapport au scénario prudent de productivité. Ce n'est qu'à très long terme que les économies réalisées au niveau des pensions disparaissent progressivement. En effet, les nouveaux pensionnés bénéficieront alors d'une pension calculée sur base de salaires dont une partie de plus en plus grande aura connu une croissance de 2,25 %.

III Evolution des dépenses publiques de soins de santé

A. Introduction

Ce chapitre est scindé en quatre sections.

La première section donne un aperçu historique du développement de l'assurance obligatoire soins de santé et rappelle les principales mesures prises dans ce domaine. L'évolution historique des dépenses de soins de santé est également décrite. Ensuite, on montre comment ces évolutions se sont traduites en termes d'activité économique.

La deuxième section présente une esquisse de la situation des soins de santé dans une perspective internationale, sur base de chiffres-clés et d'indicateurs.

Dans la troisième section, "Perspectives à moyen terme 2003-2008", la même approche que dans la partie historique est retenue. Elle consiste à établir le lien entre les évolutions des dépenses et de l'activité économique mais dans une perspective de moyen terme.

La quatrième section, "Perspectives à long terme 2009-2030", est consacrée à l'analyse des évolutions futures des dépenses de consommation de soins de santé. La méthodologie de projection utilisée et les résultats obtenus y sont décrits. Pour cette partie, on ne dispose pas de résultats des évolutions sectorielles.

B. Aperçu historique

Cette section se compose de trois parties. Dans un premier temps, une brève description de l'historique de l'assurance obligatoire soins de santé est donnée, de même qu'une énumération des principales mesures qui ont contribué à l'établissement du système actuel. Ensuite, une analyse succincte de l'évolution historique des dépenses de soins de santé est présentée en indiquant les modifications législatives qui ont (ou non) influencé cette évolution. Ces deux aperçus n'ont aucunement l'ambition d'être exhaustifs mais seulement de soutenir les projections de moyen et de long termes des parties D et E. Enfin, une analyse historique des évolutions, en termes de valeur ajoutée et d'emploi de la branche d'activité "santé et action sociale", est présentée afin de montrer le lien entre les évolutions des dépenses et l'évolution de l'activité économique.

1. Instauration de l'assurance soins de santé obligatoire

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 fusionne en une structure administrative unique diverses dispositions légales de sécurité sociale pour travailleurs salariés, dont l'assurance maladie qui, à cette occasion, se voit transformée d'une assurance¹ mutualiste libre et subsidiée en une assurance obligatoire. Les mutuelles y restent intégrées en qualité d'organisme assureur chargé de la gestion de l'assurance maladie, mais sans aucun pouvoir dans sa mise en oeuvre. La réglementation concernant le fonctionnement de l'assurance, sa coordination et son contrôle est confiée à une nouvelle institution publique, le Fonds national d'assurance maladie-invalidité. La loi du 9 août 1963, qui institue et organise l'assurance maladie-invalidité obligatoire, réforme le Fonds national, qui devient l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ou INAMI), en lui définissant une nouvelle structure (entre autres, le Service du contrôle médical) et en étendant ses compétences.

Les ouvriers mineurs et les marins sont intégrés à l'assurance maladie en 1945. L'assurance maladie obligatoire pour travailleurs indépendants est organisée en 1964 (AR du 30 juillet 1964) bien que limitée aux "gros risques"². En 1965 (AR du 22 mars 1965), l'assurance maladie obligatoire est étendue aux services publics et au personnel enseignant. En 1967 et 1969, cette extension se poursuit en faveur d'autres catégories de la population³ et l'assurance maladie atteint un taux de couverture de 98 % de la population belge alors que les 2 % restants peuvent s'y affilier librement.

L'ensemble des prestations ou produits qui ne sont pas fournis directement par un médecin ou un dentiste requièrent une prescription médicale pour pouvoir être remboursés. C'est le cas notamment des prestations et produits paramédicaux et pharmaceutiques.

- Remboursement des honoraires

Déjà à son origine, même si c'était sur base d'un taux de remboursement réduit, l'assurance soins de santé couvrait une vaste gamme de prestations médicales. Initialement, l'objectif était de fixer un tarif d'honoraires, auquel se conformeraient les médecins, dont 3/4 seraient remboursés à l'assuré pour une consultation en cabinet, 2/3 pour une consultation à domicile et l'intégralité pour des soins spéciaux. Ces taux de remboursement n'ont pas pu être atteints vu que les médecins n'étaient pas disposés à respecter les tarifs proposés. Il fallut attendre "l'Accord de la St-Jean" du 25 juin 1964 pour qu'un nouveau système tarifaire soit accepté par les médecins. Cet accord, qui régit les rapports entre le

-
1. La première agrégation officielle d'une société de type mutualiste (société d'entraide mutuelle qui, par le prélèvement de cotisations minimales auprès d'un nombre restreint d'affiliés, fournit une assistance de première nécessité en cas de maladie ou d'accident) remonte au 3 avril 1851. La loi du 23 juin 1894 donne un statut officiel aux mutualités. Par la suite, l'octroi de subsides publics aux mutuelles reconnues (loi du 19 mars 1898) a constitué un incitant important à l'extension et à la consolidation de leur champ d'action.
 2. L'assurance "gros risques" intervient initialement dans le remboursement des coûts d'hospitalisation en vue d'examen, de traitements médicaux et d'interventions chirurgicales ainsi que les traitements associés aux maladies dites sociales (maladies mentales, tuberculose, cancer, paralysie infantile, maladies et malformations congénitales). Par la suite, y ont été ajoutées également les prestations spéciales en matière de soins ambulatoires effectuées par des médecins spécialistes (radiodiagnostic, radiothérapie, maladies des voies digestives, biologie clinique et réhabilitation). Les indépendants auxquels est reconnu le statut de handicapé bénéficient également d'une intervention pour les "petits risques".
 3. Les infirmes et les mutilés, les handicapés mentaux, les domestiques, les étudiants de l'enseignement supérieur, les membres du clergé et des communautés religieuses, et finalement l'ensemble des personnes non couvertes. A dater du 20 février 1991, le personnel statutaire de la SNCB relève également du régime général de soins de santé.

gouvernement, les médecins et dentistes et les mutuelles, a été ratifié par la loi du 8 avril 1965.

Les honoraires et autres indemnités pour prestations médicales remboursables sont repris dans une nomenclature fixée par arrêté royal: une liste numérotée de toutes les prestations médicales existantes, suivie d'une lettre-clé (qui associe une valeur à chaque prestation) et d'un coefficient de pondération. Les valeurs associées aux lettres-clés sont déterminées par accords négociés (respectivement pour les médecins et les dentistes) entre les mutuelles et les prestataires de soins. La valeur de la lettre, multipliée par le coefficient de pondération, définit l'honoraire conventionnel ou assuré, à partir duquel est déterminée l'intervention de l'assurance maladie par application d'un taux de remboursement.

De manière générale, le taux de remboursement était de 75 % pour les soins courants et de 100 % pour les soins spéciaux (chirurgie et prestations technico-médicales). Le restant, 25 % en l'occurrence à charge de l'assuré, constitue le ticket modérateur. Certains assurés bénéficiaient d'un taux de remboursement préférentiel, donnant lieu à un remboursement intégral. Ces assurés ne payaient donc pas le ticket modérateur. Il s'agit, sous condition de revenu, des veuves, des invalides, des pensionnés et des orphelins, catégorie reprise sous l'abréviation de "VIPO".

Les périodes successives d'assainissement des finances publiques ont été jalonnées de mesures de restriction des dépenses de l'INAMI en matière d'honoraires:

- l'indexation partielle et le blocage des honoraires (de 1981 à 1983);
- la restriction de l'accès au tarif VIPO (1981), (entre autres pour la biologie clinique et la radiographie), la hausse du ticket modérateur pour certaines prestations (entre autres pour les prestations de biologie clinique et de radiographie) pour les assurés du régime général (1982, 1985, 1994), l'introduction d'un forfait d'admission à payer par les patients hospitalisés en cas de prestations techniques spéciales (1997).
- la non-indexation (1985) et la baisse des tarifs de biologie clinique et de médecine nucléaire in vitro (respectivement de 30 et 33 % en 1989), l'établissement de normes plus sévères d'agrément des laboratoires (1989), l'introduction au niveau national d'un système d'enveloppes budgétaires prévoyant une procédure de remboursement en cas de dépassement (1985 pour la biologie clinique et 1992 pour la radiographie);
- la fixation d'un cadre budgétaire - à savoir, les moyens budgétaires fixés par le gouvernement pour les soins de santé - à la négociation des accords et conventions (loi du 29 décembre 1990);
- l'augmentation des dépenses budgétaires fut par la suite bridée par la norme budgétaire - augmentation réelle des dépenses de 2 % en 1993, 1,5 % durant la période 1994-1995 et 2,5 % en 2000 et 2001 - hors dépenses exceptionnelles ou dépenses liées à des initiatives nouvelles;
- l'introduction d'une nouvelle procédure pour la conclusion d'accords et de conventions dans laquelle le rôle de la Commission de contrôle budgétaire est renforcé (loi du 15 février 1993, mieux connue sous le nom de "loi Moureaux");
- le contrôle du comportement de prescription des médecins et la mise en place de sanctions en cas d'abus (loi du 21 décembre 1994); la constitution de commis-

sions de profils ayant comme tâche d'évaluer le profil des prestataires de soins et de mener d'éventuelles actions à caractère préventif ou informatif auprès des prestataires;

- la limitation du nombre de médecins par fixation de quotas;
- la mise en oeuvre de la responsabilisation financière (limitée) des mutuelles (A.R. du 12 août 1994);

En 1994, le taux de remboursement était de 70 % pour une consultation chez le généraliste, de 65 % pour une visite à domicile d'un généraliste ou d'un pédiatre et de 60 % pour une consultation chez le spécialiste, taux exprimés en fonction des honoraires conventionnels. Le tarif préférentiel prévoyait une intervention majorée à 85 % pour une consultation chez un médecin spécialiste et à 90 % pour les autres prestations de soins.

Pour éviter que l'augmentation du ticket modérateur rende inabordable, car engendrant un coût prohibitif, l'accès aux soins de santé, l'exonération sociale et fiscale du ticket modérateur a été introduite en 1993. Pour certaines catégories d'allocataires sociaux ayant de faibles revenus, l'exonération sociale prévoit un remboursement de 100 % lorsque la somme des tickets modérateurs supportés au cours d'une année calendrier dépasse un certain seuil. L'exonération fiscale prévoit également un remboursement intégral des prestations médicales reprises dans la nomenclature mais s'applique à l'ensemble des ménages fiscaux et le seuil de remboursement, bien plus élevé, dépend du revenu brut imposable.

La hausse du ticket modérateur est également tempérée par le système d'accréditation (1993). Les médecins qui remplissent certaines normes de qualité¹ peuvent demander des honoraires plus élevés alors que le ticket modérateur pour le patient n'est pas majoré.

Un fonds spécial de solidarité a été instauré en 1994: il accorde une intervention dans les coûts de prestations exceptionnelles qui ne sont pas reprises dans la nomenclature, y compris dans le cas de produits pharmaceutiques non-remboursables.

A partir du 1er juillet 1997, le groupe de bénéficiaires d'un remboursement majoré est élargi aux handicapés et invalides, les ayants droit âgés bénéficiant d'une allocation sociale ou du revenu garanti minimum pour les personnes âgées, les chômeurs complets indemnisés de longue durée (plus de 1 an) et de plus de 50 ans (pour les chefs de famille et isolés à partir du 1er juin 1999 et pour les cohabitants depuis le 1er juillet 2001).

Depuis 1999, le ticket modérateur de certains patients ayant ouvert un "dossier médical global"² auprès de leur généraliste est diminué pour certaines consultations, de 30 %. Il s'agit des personnes âgées de plus de 60 ans. L'accord du 18 décembre 2000 élargit le "dossier médical global" ainsi que les réductions du ticket modérateur aux assurés de plus de 50 ans (à partir du 1er mai 2001) et ensuite à tous les assurés (1er mai 2002).

1. Ces normes de qualité sont mesurées à l'aide de critères tels que des formations complémentaires, un nombre minimum de patients, des évaluations de qualité par des pairs, une bonne collaboration entre généralistes et spécialistes, la tenue d'un dossier médical global,...

2. Il s'agit des généralistes qui à la demande du patient, constituent un "dossier médical global" comprenant les données socio-administratives du patient, ses antécédents et problèmes médicaux y compris les traitements administrés et qui transmettent ces données à leurs collègues médecins devant traiter également le patient.

En 2001, de nouvelles initiatives sont prises en ce qui concerne les soins intégrés personnalisés pour les maladies chroniques, la politique en matière de soins palliatifs et de pédopsychiatrie.

En 2002, le maximum à facturer, MAF, est instauré en vue de remplacer les exonérations sociales et fiscales. Bien qu'il s'agisse du même principe - remboursement de la totalité de la quote-part personnelle lorsque les tickets modérateurs de certains soins de santé excèdent un plafond bien déterminé - le remboursement est, cette fois, limité à certains soins médicaux et trois types de MAF sont définis:

- le MAF social pour les personnes avec une intervention majorée;
- le MAF pour revenus modestes, pour les enfants de moins de 16 ans et pour des cas particuliers;
- le MAF fiscal pour tous les ménages fiscaux belges en tenant compte de leurs revenus annuels nets.

- Remboursement du prix de journée d'hospitalisation

La loi sur les hôpitaux de 1963 règle les relations de base entre les hôpitaux et l'assurance maladie. Elle instaure le statut d'hôpital afin de rendre le fonctionnement de celui-ci économiquement acceptable et socialement efficace. Néanmoins, avec les subsides du Ministère de la santé publique et des emprunts, la construction d'hôpitaux augmente à tel point qu'une offre surabondante de lits est constatée au début des années 70. Afin d'occuper ces lits, une surconsommation se développe et la durée des séjours s'allonge.

A partir de 1974, une programmation impérative des lits est établie ainsi que des normes pour les appareillages lourds. En 1982, un certain nombre de lits sont transformés de lits "intensifs" en lits de soins¹ et l'établissement de quotas par hôpital² freine le nombre de journées d'hospitalisation. Par la suite, un certain nombre de lits furent supprimés (fermeture de 6000 lits en 1986) et de nouvelles possibilités de traitement alternatif furent recherchées comme l'hospitalisation de jour.

Les remboursements d'hospitalisation se font sur base du prix de la journée d'hospitalisation établie par le ministre de la Santé publique conformément à la loi sur les hôpitaux. Le financement de la journée d'hospitalisation, assuré à l'origine par un prix forfaitaire par service qui fut continuellement relevé grâce à la possibilité de refacturation (par l'article 9), a été remplacé en 1976 par un prix prévisionnel de la journée d'hospitalisation basé sur les augmentations justifiées des coûts de l'année précédente.

Les patients hospitalisés dans des établissements de soins se sont vus appliquer le système du tiers-payant, c'est-à-dire que la facture est directement réglée par la mutuelle, laquelle est financée aux trois-quarts par l'assurance maladie et pour un quart par le SPF Santé publique³.

1. L'instauration de maisons de repos et de soins a été subordonnée à la désaffectation de lits "intensifs" en surnombre (AR n° 58 et 59, MB 27 janvier 1982).

2. Nouveaux critères de reconnaissance avec entre autres une capacité minimum pour les différents services organisés.

3. L'intervention dans le prix de journée d'hospitalisation à charge du SPF Santé publique est supportée à partir de 2004 par l'INAMI.

Bien que l'hospitalisation en chambre commune soit en principe gratuite, le patient doit néanmoins payer un ticket modérateur supplémentaire le jour de l'admission (ceci n'est pas d'application pour les bénéficiaires d'un régime préférentiel). Une quote-part personnelle est facturée à partir du premier jour d'hospitalisation - les frais de séjour (1980) - et un ticket modérateur majoré lors d'un séjour de plus de 365 jours dans un hôpital psychiatrique (1985). En cas de soins administrés en maisons de retraite, maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou institutions de revalidation, l'intervention ou le forfait journalier est fonction des besoins du patient en soins.

- Remboursement des médicaments

En 1945, le système de remboursement des médicaments était relativement simple: pour les produits repris dans la nomenclature officielle de tarification, le remboursement, toutefois plafonné, était fixé de manière uniforme à 50 % du prix. Dès son origine, des tarifs fixes sont d'application car, bien plus tôt qu'avec les médecins, des accords sont signés avec les pharmaciens, qui de manière générale, s'accordent au principe du tiers-payant¹. Aussi bien l'agrément que le prix des médicaments sont soumis à une réglementation stricte et sont de la compétence du Ministre de la Santé publique après avis du Conseil technique pharmaceutique. Une distinction est faite entre spécialités pharmaceutiques et préparations magistrales.

En 1948, les spécialités pharmaceutiques sont classées par catégorie: la catégorie A pour les spécialités uniques avec un taux de remboursement de 70 %, la catégorie B avec un taux de remboursement de 50 % et enfin la catégorie C sans remboursement. Au cours des années 50, la liste des produits remboursables fut plusieurs fois revue².

Selon la loi du 9 août 1963, le ticket modérateur pour les spécialités pharmaceutiques est fixé de manière uniforme à un montant forfaitaire. Simultanément, un taux de remboursement préférentiel, qui supprime le ticket modérateur de certains médicaments pour les assurés qui bénéficient du statut de VIPO, est instauré. Entre 1966 et 1980, le ticket modérateur est augmenté régulièrement et un ticket modérateur réduit est appliqué aux assurés VIPO.

En novembre 1980, une nouvelle réforme qui classe les spécialités pharmaceutiques en quatre catégories est mise en oeuvre:

- la catégorie A regroupe les médicaments pour le traitement des maladies graves et prolongées (par exemple le cancer, la tuberculose, l'épilepsie ou le diabète) qui sont entièrement remboursés;
- la catégorie B reprend les médicaments "de grande utilité" (par exemple, les antibiotiques et les médicaments contre l'asthme ou les maladies cardio-vasculaires) pour lesquels le ticket modérateur est fixé à 25 et 15 % respectivement pour les assurés "normaux" et les VIPO, et est plafonné à un montant différant selon le statut de l'assuré;
- la catégorie C inclut les médicaments "de moindre utilité" (par exemple les vaccins et les traitements d'états de faiblesse générale ou de problèmes de circulation) avec un ticket modérateur de 50 %, plafonné (à un montant supérieur au

1. L'assuré ne paie que la différence entre le prix du médicament et l'intervention de la mutuelle.
2. Le prix des spécialités pharmaceutiques de la catégorie B ne pouvant excéder celui des préparations magistrales correspondantes.

plafond pour les médicaments de la catégorie B) et variable suivant le statut de l'assuré;

- la catégorie D englobe les médicaments “de confort” dont la valeur thérapeutique n'est pas établie ou dont l'utilisation peut générer une dépendance (par exemple les somnifères, les anti-douleur, les médicaments contre la migraine ou le vertige ou les traitements contre les varices); ces produits sont entièrement à charge de l'assuré.

Seuls les produits pharmaceutiques qui sont repris dans la liste introduite par l'arrêté royal du 2 septembre 1980 peuvent bénéficier d'un remboursement à condition d'être prescrits et fournis par des personnes accréditées.

En 1983, certains produits de la catégorie C sont transférés vers une nouvelle catégorie “spéciale” Cs (par exemple, le vaccin contre la grippe ou les traitements contre les allergies) pour laquelle le ticket modérateur est fixé à 60 % et n'est pas plafonné. Ensuite, fut encore introduite la catégorie Cx¹ (par exemple, pour la pilule contraceptive) avec un ticket modérateur fixé à 80 %, non plafonné. De plus, le ticket modérateur des préparations magistrales, toujours exprimé en un montant forfaitaire par préparation standard (module de base), est augmenté pour les assurés “normaux”.

Dans les années 80, le prix des médicaments administrés dans les hôpitaux et autres institutions de soins sont réduits notamment de manière à comprimer les marges bénéficiaires (emballage économique et prix à l'unité). Le coût des préparations magistrales est inclus dans le prix d'une journée d'hospitalisation.

Les médicaments génériques apparaissent dès 1981 mais n'ont dans notre pays qu'un succès limité. Il s'agit de spécialités pharmaceutiques dont le brevet a expiré (en Belgique après 15 ans) et qui de ce fait peuvent être vendues au minimum 26 % moins chères. Ils sont commercialisés sous leur appellation scientifique et ont une composition chimique et un effet thérapeutique reconnu identiques au médicament original².

Depuis juin 2001, le système dit du “remboursement de référence” est d'application pour les spécialités pharmaceutiques: la base de remboursement de la spécialité originale est abaissée lorsqu'une spécialité meilleure marché devient disponible (sous forme de médicament générique ou de copie).

-
1. La catégorie Cx rassemble des médicaments dont l'efficacité thérapeutique n'est pas établie. Après une période de test, ils sont à nouveau évalués et sont soit intégrés à la catégorie C, soit ils ne bénéficient plus d'une intervention de l'assurance soins de santé.
 2. Les dispositions réglementaires belges distinguent la “copie” du “médicament générique”. La première est vendue à moindre prix et sous un nom de marque propre et ne possède pas une efficacité thérapeutique reconnue identique au médicament original même si elle a une composition chimique identique. Selon les dispositions de l'Union Européenne un médicament générique est un médicament “substantiellement identique” à un médicament existant depuis au moins 10 ans.

2. Dépenses de soins de santé

Dans la mesure où les taux de remboursement ont connu de fortes variations, l'analyse des dépenses de soins de santé sera menée au niveau de la consommation globale de soins et sur sa décomposition par type de consommateur.

La nomenclature SEC distingue la consommation de soins de santé de 3 types d'intervenants économiques: les institutions de sécurité sociale, les autres institutions publiques et les ménages qui comprennent également les remboursements à charge des sociétés d'assurance¹. Ces prestations sociales en nature correspondent à des dépenses d'achat de biens et services produits par le secteur marchand dont la propriété est transférée aux ménages sans aucune transformation complémentaire. Elles sont comptabilisées comme si elles étaient directement effectuées par les autorités publiques, d'où leur comptabilisation en tant que "dépenses de consommation" des entités publiques². Dans ce contexte, la somme des dépenses de consommation des secteurs institutionnels correspond à la "consommation réelle" des ménages.

a. Evolution des dépenses globales de soins de santé et des dépenses ventilées par secteur institutionnel

La consommation globale de soins de santé et services de soins apparentés est obtenue par la somme:

- des indemnités accordées par les institutions légales de sécurité sociale au titre de dépense de soins de santé ainsi que les autres prestations de santé couvertes par le gouvernement fédéral, les autorités locales et les Régions;
- des indemnités des assurances complémentaires de soins de santé des travailleurs indépendants (contractée auprès des mutuelles en leur qualité d'institution financière) et les interventions des assurances hospitalisation collectives, toutes deux comptabilisées à charge des institutions d'assurance;
- les interventions des assurances complémentaires individuelles contractées auprès des mutuelles, enregistrées comme "indemnités d'assurance-dommage" des institutions financières;
- la part des dépenses de soins de santé à charge des ménages, à savoir, le ticket modérateur sur les prestations et produits remboursés, les prestations et produits non remboursés et les achats des ménages non couverts par une prescription médicale.

à l'exclusion des soins fournis aux non-résidents et des dépenses de l'assurance dépendance en Flandre.

Dans la nomenclature SEC-95 des comptes publiés par l'Institut des comptes nationaux (édition 2002), les données relatives aux dépenses publiques de santé remontent jusqu'à 1970.

En SEC-95, la consommation des ménages, qui comprend le remboursement des dépenses de soins de santé à charge des sociétés d'assurance, ventilée selon la nomenclature COICOP, n'est publiée qu'à partir de 1995. Les données reprises dans ce chapitre sont dès lors, pour les années antérieures à 1995, le fruit d'une rétropolation sur la série statistique correspondante en SEC-79.

-
1. Dans la nomenclature SEC-95, les remboursements des sociétés d'assurance sont comptabilisés comme un transfert de revenus aux ménages.
 2. Selon l'hypothèse que le ménage intervient sur le marché au nom de l'institution, le montant de l'intervention est comptabilisé comme à charge de l'institution dès le moment où l'achat est réalisé par le ménage.

La figure 21 reprend l'évolution des dépenses globales de soins de santé et de ses composantes, à savoir la part financée par le pouvoir public, celle à charge des assurances extra-légales et l'intervention personnelle des ménages. Ces dépenses sont exprimées en pour-cent du PIB. La figure 22 met l'évolution des dépenses globales de santé en perspective de la croissance économique, toutes deux exprimées en prix constants du PIB.

Durant la période 1979 - 2003, et sans tenir compte dès lors des évolutions atypiques des années 70, les dépenses de santé ont crû à un rythme moyen de 3,4 % par an comparativement à une croissance de 2 % du PIB. La figure 21 suggère que les dépenses de santé possèdent une *dynamique propre*, non directement dictée par la croissance économique.

Néanmoins, la figure 22 montre également que cette dynamique propre finit par être infléchiée avec un certain retard lors de périodes de ralentissement économique. Cette réaction différée explique pourquoi la part des dépenses de santé dans le PIB s'accroît quand la croissance économique faiblit. Sur la période 1979 - 2003, cette part s'est accrue de 2,6 points de pourcentage du PIB (de 6,6 % en 1978 à 9,2 % en 2003), dont 2,2 points ont été financés par le pouvoir public, 0,3 point par les ménages et 0,1 par les sociétés d'assurance.

FIGURE 21 - Dépenses de soins de santé
- en % du PIB

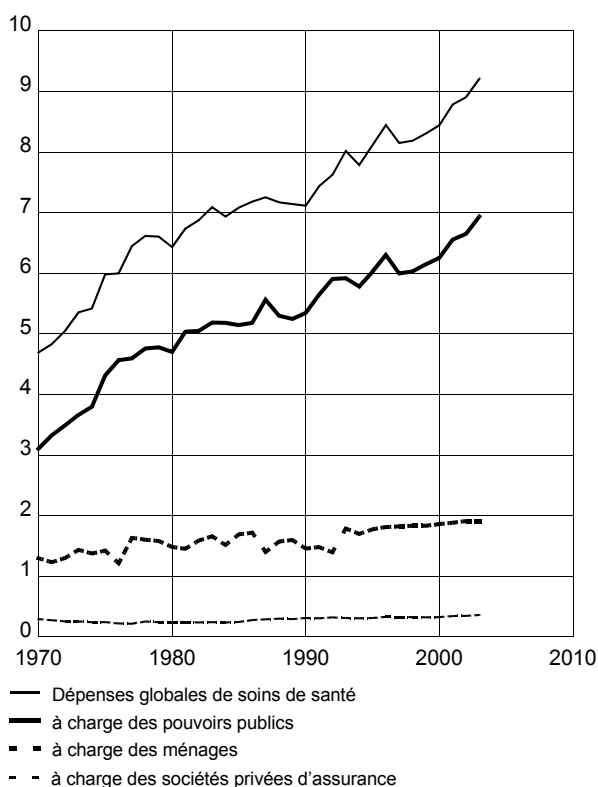
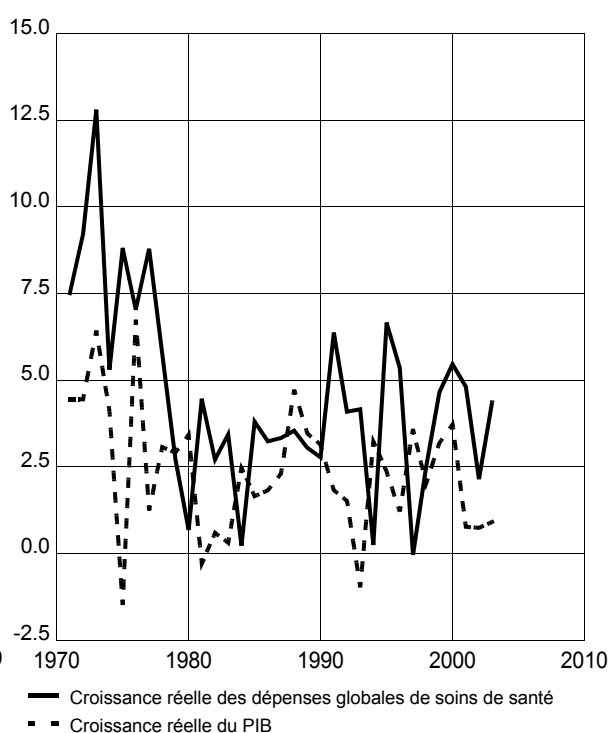


FIGURE 22 - Dépenses de soins de santé et PIB



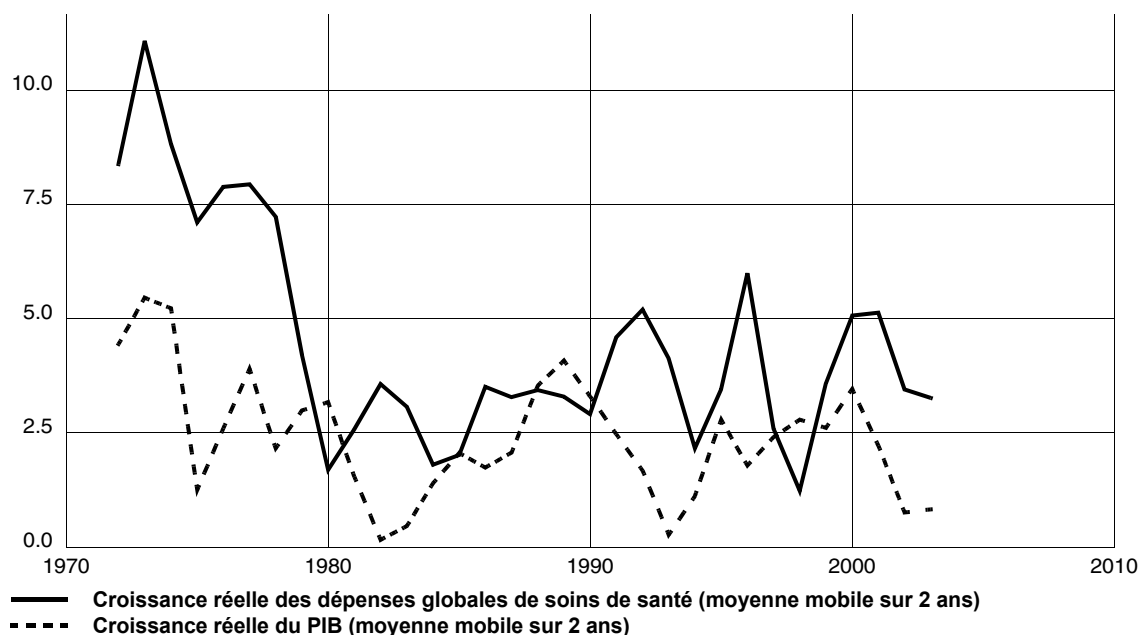
Source: ICN, Comptes Nationaux, édition 2002 et calculs propres (voir encadré page 74)

Au regard de l'évolution comparée des dépenses de soins de santé et du PIB, différentes périodes peuvent être distinguées.

- Au cours de la période 1971 - 1978, la croissance économique rapide de 3,6 % en moyenne est largement dépassée par une progression de 8,1 % en termes réels des dépenses globales de santé. La part de ces dépenses dans le PIB s'est dès lors accrue de 4,7 % en 1970 à 6,6 % en 1978. Cette croissance hors norme, de 1,9 point de pourcentage, sur une période de 8 ans a été principalement financée par les pouvoirs publics - à concurrence de 1,7 points de pourcentage du PIB - alors que la part à charge des ménages connaissait une croissance de 0,3 point de pourcentage. Cette période doit être considérée comme atypique.
- Alors que la croissance économique est ralentie de plus de moitié, 1,7 % en moyenne, durant la période 1979 - 1987, la croissance des dépenses de santé est également marquée par une décélération importante et se monte à 2,7 % par an, soit un niveau nettement inférieur à la moitié de son niveau antérieur. La part des dépenses de soins de santé continue de croître et atteint 7,3 % du PIB en 1987, ou +0,6 point de pourcentage. La part publique des dépenses de santé dans le PIB augmente de 0,8 point de pourcentage, celle des ménages diminue de 0,2 point.
- Durant la courte période de reprise économique qui a marqué la fin des années 80 (une croissance annuelle moyenne de 3,8 % sur la période 1988 - 1990), les dépenses de soins de santé ont crû à un rythme de 3,1 % par an, manifestement encore sous l'effet de la faible croissance économique de la période précédente. Le financement public diminue de 0,2 point de pourcentage du PIB, les dépenses des ménages croissent par contre de 0,1 point de pourcentage du PIB.
- Lors des trois années suivantes de basse conjoncture (de 1991 à 1993), marquées par une croissance de 0,8 % du PIB, les dépenses de santé (à prix constants du PIB) sont caractérisées par un rythme soutenu de croissance de 4,9 % en moyenne, faisant passer la part de ces dépenses dans le PIB de 7,1 % en 1990 à 8,0 % en 1993. Il est intéressant de souligner que les ménages ont financé cette augmentation à concurrence de 0,3 point de pourcentage, d'autant plus que ce financement s'inscrit dans le prolongement des mesures d'austérité prises durant les années 80 qui ont notamment creusé l'écart entre le salaire brut et le salaire net d'environ un quart suite à l'introduction de nouvelles cotisations personnelles et à l'application de trois sauts d'index.
- La période 1994 - 2000 est marquée par une croissance moyenne des dépenses de soins de santé de 3,5 % par an, malgré la fixation d'une norme budgétaire limitant celle-ci à 1,6 %. Dans le contexte d'une croissance économique de 2,8 %, la part des dépenses de santé dans le PIB atteint 8,4 %, une augmentation de 0,3 points de pourcentage financée par les pouvoirs publics.
- Au cours des trois dernières années, qui ont connu une croissance économique annuelle de 0,8 %, les dépenses de santé se sont hissées jusqu'à 9,2 % du PIB en 2003. Cette augmentation est à nouveau principalement financée par les deniers publics (+0,7 point de pourcentage du PIB).

Au vu de ces évolutions, il apparaît que les dépenses de soins de santé sont mues par une dynamique propre, qui, il est vrai, est influencée avec quelques années de retard par l'évolution du PIB. Ce phénomène ressort de manière encore plus évidente de la figure 23 qui reprend l'évolution des dépenses de santé et du PIB exprimés en moyenne mobile prospective sur deux ans et en prix constants du PIB.

FIGURE 23 - Evolution en moyenne mobile sur deux ans des dépenses de soins de santé et du PIB (en %)



Bien qu'un ralentissement économique soit intervenu dès le milieu des années 70, ce n'est qu'à partir de 1979 que la croissance des dépenses de soins de santé est descendue sous la barre des 5 %. Par la suite, les perturbations économiques de la seconde moitié des années 70 ont étendu leur influence sur l'évolution des dépenses de santé sur la période 1981 - 1987. On observe ensuite un retour de balancier à la fin des années 80, certes de moindre ampleur que la chute de l'activité économique en 1980 et 1981. Cette influence différée du PIB sur les dépenses de santé est également perceptible dans le courant des années 90. Les évolutions des dépenses de santé sont toutefois plus prononcées que celles du PIB, et ont connu un ralentissement important en 1997 et en 1998.

La section suivante se penche sur l'influence des mesures de restriction budgétaire sur l'évolution des dépenses globales de soins de santé.

b. Financement public des dépenses globales de soins de santé

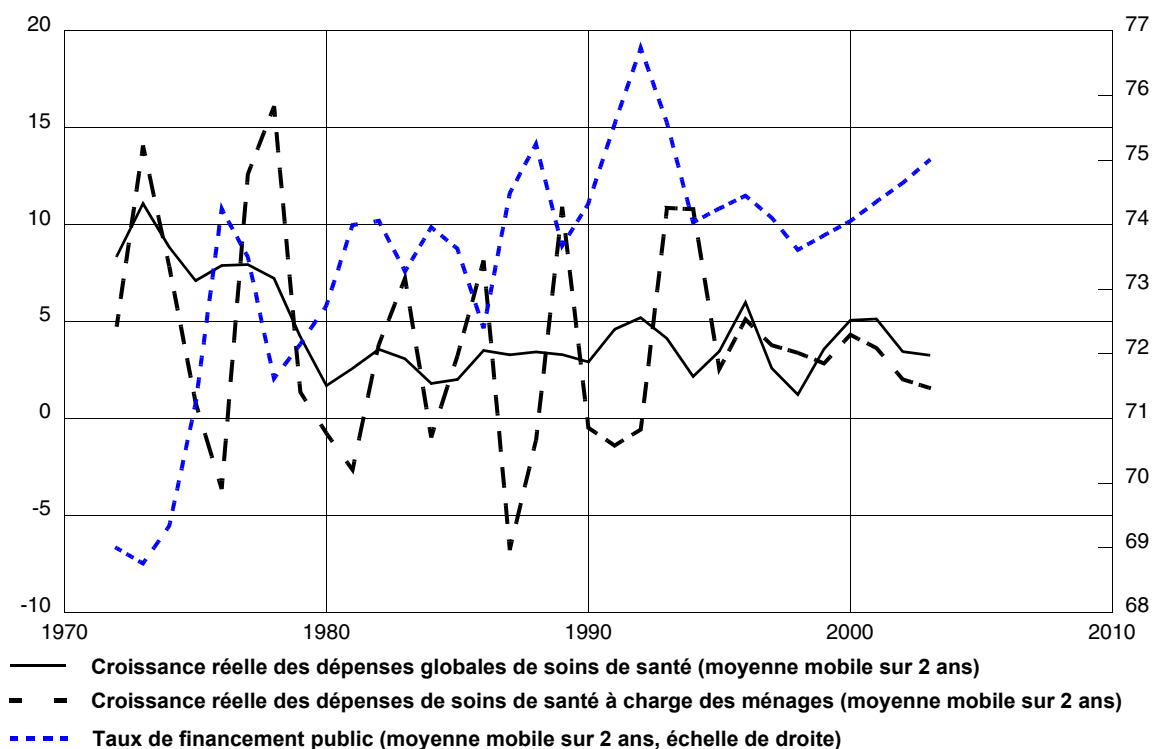
Les dépenses publiques de soins de santé englobent, outre les dépenses des institutions de sécurité sociale:

- les interventions des autorités fédérales dans le prix de journée d'hospitalisation (la part à charge du SPF Santé publique) et les prestations en nature de l'Institut national des invalides de guerre;
- les transferts des Communautés et Régions aux institutions d'aide aux personnes handicapées¹;
- les dépenses d'aide sociale des CPAS (logement, soins médicaux et paramédicaux, médicaments, frais de séjour en maison de repos).

1. Soit le *Vlaams fonds voor sociale integratie van personen met een handicap*, l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées et le Service bruxellois francophone pour personnes handicapées.

La figure 24 examine les effets qu'ont pu avoir les variations du taux de financement public sur les dépenses de consommation des ménages et sur les dépenses globales en matière de soins de santé. Aussi bien les dépenses globales que celles à charge des ménages sont exprimées à prix du PIB constants. Par souci de clarté graphique, les séries reprises sont exprimées en moyenne mobile sur deux ans.

FIGURE 24 - Croissance des dépenses de soins de santé, déflatées par l'indice des prix du PIB (en %) - taux de financement public (échelle de droite)



Au cours des années 70 et au début des années 80, la part des dépenses publiques dans les dépenses globales de santé a connu une croissance continue, passant de 67,5 % en 1971 à 74,1 % en 1982. Les années 1977 et 1978 échappent toutefois largement à cette tendance et connaissent également une évolution atypique des dépenses de santé à charge des ménages. Dans l'ignorance de mesures particulières, on attribuera cette évolution à une anomalie des données disponibles.

Il est frappant de constater que les évolutions dans le taux de financement public sont systématiquement compensées par des variations de sens opposé de la croissance des dépenses de santé à charge des ménages, exception faite des années 1997 et 1998. La mise en place des comités des profils (1996) et l'instauration d'un forfait d'admission pour le recours à des prestations techniques spéciales (1997) ont non seulement comprimé les dépenses publiques mais aussi le rythme de croissance des dépenses globales de santé. Egalement au cours des années qui ont suivi (1999 - 2003), on aurait pu s'attendre à une compression de la part des ménages sous l'effet d'un financement public accru, ce qui n'est pas perceptible au vu du graphique 24 où dépenses globales et dépenses des ménages suivent des chemins parallèles. L'extension sélective de la population ayant droit à une intervention majorée, la réduction du ticket modérateur en faveur de certains groupes spécifiques (dans le cadre du dossier médical global des personnes âgées ou du

traitement intégré de maladies chroniques,...) ainsi que les incitants à la prescription de médicaments génériques pourraient être les facteurs explicatifs de cette évolution récente.

De manière générale cependant, l'évolution historique des dépenses de santé ne permet pas de mettre en évidence une forte corrélation positive entre le niveau du financement public et le rythme de croissance des dépenses globales de santé. Il est possible que l'instauration de la norme budgétaire ait ralenti la croissance des dépenses en 1994, mais ce ralentissement s'inscrit également dans la période de faible croissance économique de 1991 à 1994. L'influence réduite des mesures d'économie budgétaire sur les comportements de consommation de soins de santé est également confirmée par une étude récente des Mutualités Chrétiennes où l'on peut lire: "*Il semble donc que la catégorie sociale et l'âge soient des déterminants des dépenses plus robustes que le niveau de remboursement.*"¹.

La relative insensibilité mise en avant ici des dépenses globales de santé aux mesures d'économie budgétaire ne préjuge en rien de l'effet de mesures concernant diverses sortes de prestations spécifiques. Comme indiqué dans une publication de l'Institut belge des finances publiques², le recours croissant aux nouvelles technologies dans le secteur de la santé explique le rythme de croissance particulièrement élevé des dépenses de santé au cours des années 70. Les mesures d'économie prises dans les années 80 ont freiné les dépenses relatives aux prestations concernées, pendant que d'autres actes techniques connaissaient une envolée d'autant plus rapide. Une analyse détaillée par type de prestation nourrit l'hypothèse qu'à chaque mise en oeuvre d'une nouvelle avancée technique, les dépenses de santé s'accroissent sous l'effet souvent conjugué d'une augmentation du prix unitaire de la prestation et du volume de prestations. Une tendance à différer l'implémentation de nouvelles techniques médicales ne se développe qu'en cas de faiblesse persistante de l'activité économique, laquelle finit par altérer les capacités de financement public des soins de santé.

3. Evolutions sectorielles

a. Introduction

Les dépenses de santé ont une spécificité par rapport à la plupart des autres dépenses sociales: elles génèrent directement de l'activité économique. En d'autres mots, les dépenses de soins de santé créent de la valeur ajoutée et de l'emploi dans la branche d'activité "santé et action sociale".

En effet, la production de la branche d'activité "santé et action sociale" est quasi-exclusivement axée sur la demande intérieure et est peu ouverte au commerce extérieur: les exportations et les importations sont négligeables. De plus, cette branche consomme relativement peu d'inputs intermédiaires et livre peu d'inputs intermédiaires aux autres branches.

-
1. Etude non publiée de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, *Evolution des dépenses pour soins de santé de 1990 à 2000. Détermination des éléments explicatifs de la croissance*, page 11.
 2. M.-J. Festjens, *De ontwikkeling van de sociale zekerheid 1980-1990*, in *Geschiedenis van de Openbare Financien in België 1980-1990*, Chapitre VI, p. 305-314, Academia Press, Gand, 1992.

La branche d'activité "santé et action sociale" possède une valeur ajoutée élevée¹ qui représentait 7,3 % de la valeur ajoutée de l'ensemble de l'économie en 2002². De plus, cette branche d'activité génère un très grand nombre d'emplois: elle représentait 9,8 % de l'emploi total de la Belgique en 2002³. Le niveau de la productivité est donc faible comparativement aux autres branches d'activités de l'économie.

Dans ce chapitre, on étudiera l'évolution de la branche d'activité "santé et action sociale" en vue de montrer que l'évolution de la consommation de soins de santé a entraîné une forte progression de la valeur ajoutée et de l'emploi de cette branche. La branche d'activité sera d'abord analysée d'une manière globale. Pour la branche d'activité prise dans son ensemble, on dispose de données historiques longues (1975-2002). Afin d'identifier les activités exclusivement liées à la santé, la branche d'activité sera ensuite étudiée de façon désagrégée. Elle sera scindée en deux sous-branches: "soins de santé" d'une part et "action sociale" d'autre part. Pour cette approche désagrégée, les données disponibles sont restreintes et ne permettent pas une analyse historique détaillée: il s'agit de la valeur ajoutée sur la période 1995-2002 et l'emploi *salarié* sur cette même période.

b. Définition de la branche d'activité

La définition retenue de la branche d'activité "santé et action sociale" est celle de la comptabilité nationale⁴.

Les activités relatives aux "soins de santé" comprennent les "activités hospitalières", les "pratiques médicales", les "pratiques dentaires" et les "autres activités de soins de santé", à savoir les laboratoires médicaux, les ambulances, les activités paramédicales, les kinésithérapeutes, les centres de collecte de sang...

Les activités relatives à l'"action sociale" comprennent des activités avec et sans hébergement. Les activités avec hébergement incluent entre autres les maisons de repos pour personnes âgées, les instituts pour handicapés et les orphelinats. Quant aux activités sans hébergement, elles englobent entre autres les crèches et garderies d'enfants, les ateliers protégés et les activités sociales telles que les visites aux personnes âgées ou malades.

Les activités vétérinaires font également partie de la branche d'activité, à savoir, les activités de soins et de contrôle vétérinaires exercées sur des animaux de ferme et sur des animaux de compagnie ainsi que les activités des ambulances pour animaux⁵.

Pour l'approche globale, l'ensemble des activités de la branche "santé et action sociale" seront prises en compte, de façon agrégée: "soins de santé" plus "action sociale" plus "activités vétérinaires".

Dans l'approche désagrégée, on distinguera, tout d'abord, les sous-branches "soins de santé" et "action sociale". Ensuite, on distinguera les 3⁶ classes formant la sous-branche

-
1. Valeur ajoutée à prix courant.
 2. Comme on le verra à la section c.
 3. Ibid.
 4. Institut national de Statistique, *Nomenclature d'Activités NACE-BEL*.
 5. Les activités vétérinaires ne seront pas reprises dans l'approche fine car elles représentent une part négligeable de la branche d'activité "santé et action sociale".
 6. Dans ce rapport, les classes "pratiques médicales" et "pratiques dentaires" sont regroupées en une seule classe "pratiques médicales et dentaires".

“soins de santé” et on isolera une des sous-classes appartenant à la sous-branche “action sociale”, à savoir les maisons de repos pour personnes âgées.

c. Une branche d'activité tournée vers la demande intérieure

La branche d'activité “santé et action sociale” est quasi-exclusivement axée sur la demande intérieure, soit 88,9 % des emplois totaux en 1995. La demande intérieure provient majoritairement de la consommation publique: 74,6 % en 2002 contre 25,4 % issus de la consommation privée.

La branche d'activité “santé et action sociale” est peu ouverte au commerce extérieur: les exportations ne représentaient que 0,17 % de ses emplois totaux en 1995 et les importations 0,05 %. De plus, cette branche consomme relativement peu d'intrants intermédiaires: 35 % de ses emplois totaux, en 1995. Enfin, cette branche d'activité livre peu d'intrants intermédiaires aux autres branches: 11,1 % de ses emplois totaux, en 1995.

d. Evolutions dans la branche d'activité “santé et action sociale”: approche globale

Bien que le vieillissement n'ait pas encore commencé à produire ses effets, le poids économique de la branche d'activité “santé et action sociale” est en progression depuis plusieurs décennies. La part de cette branche d'activité dans le PIB est passée de 4,1 % en 1975 à 7,3 % en 2002. Sur la même période, le poids de la branche d'activité en termes d'emploi s'est accru encore plus nettement: il passe de 3,6 % à 9,8 %, et a donc plus que doublé.

La création nette d'emplois dans cette branche d'activité (270 000 unités) représente plus de 74,5 % de la création totale d'emplois dans l'économie pendant la même période (361 000 unités).

Remarquons que la période 2000-2002 est marquée par une nouvelle progression de la branche d'activité “santé et action sociale”. Ainsi, le poids économique de la branche d'activité dans le PIB est passé de 6,8 % en 2000 à 7,3 % en 2002. En termes d'emploi, le poids de la branche d'activité est passé de 9,2 % à 9,8 %. L'emploi net a augmenté de 29 000 unités dans la branche d'activité “santé et action sociale” alors que l'emploi total n'a augmenté que de 48 000 unités.

TABLEAU 15 - Valeurs ajoutées à prix courants
(en % du total)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Industrie	40.8	36.9	34.3	32.7	29.5	28.1	27.0
Services marchands	42.3	46.1	50.2	54.2	57.5	59.1	59.2
- dont santé et action sociale	4.1	5.3	5.8	6.0	6.5	6.8	7.3
Autres	16.9	17.0	15.5	13.1	13.0	12.8	13.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: ICN, Comptes nationaux 1995-2002 d'octobre 2003 et BIP, Base de données du modèle Hermes de janvier 2004.

TABLEAU 16 - Emploi intérieur
(salariés et indépendants, en % du total)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002
Industrie	38.0	32.9	28.7	26.7	24.3	22.4	21.6
Services marchands	39.8	42.8	46.3	49.8	52.7	54.9	55.5
- dont santé et action sociale	3.6	5.2	6.3	7.3	8.2	9.2	9.8
Autres	22.2	24.3	25.0	23.5	23.0	22.7	22.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: ICN, Comptes nationaux 1995-2002 d'octobre 2003 et BfP, Base de données du modèle Hermes de janvier 2004.

Le constat est un peu différent lorsque l'on se penche sur les évolutions en termes réels: la croissance en termes de volume de services produits apparaît faible au regard de la progression en termes nominaux. Il en résulte une progression très faible, même négative, de la productivité dans cette branche d'activité.

TABLEAU 17 - Productivité horaire
(taux de croissance annuels moyens, en %)

	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2002
Industrie	6.9	5.3	3.1	3.1	3.3	2.5
Services marchands	3.2	1.3	1.4	1.3	-0.3	-0.4
- dont santé et action sociale	1.4	-1.3	1.6	-0.8	-1.4	-0.5
Autres	6.2	5.3	1.1	6.1	4.9	1.7
Total	5.0	2.9	1.9	1.7	1.2	0.7

Source: ICN, Comptes nationaux 1995-2002 d'octobre 2003 et BfP, Base de données du modèle Hermes de janvier 2004.

Il n'est effectivement pas évident d'accroître la productivité du facteur travail dans la branche d'activité "santé et action sociale", vu le type de service concerné. Il est cependant possible que ces chiffres reflètent en partie la difficulté de désagréger la production des services concernés entre volume et prix, par exemple, parce que les progrès de qualité ne sont qu'imparfaitement répercutés dans les volumes (cfr. point iv.)¹.

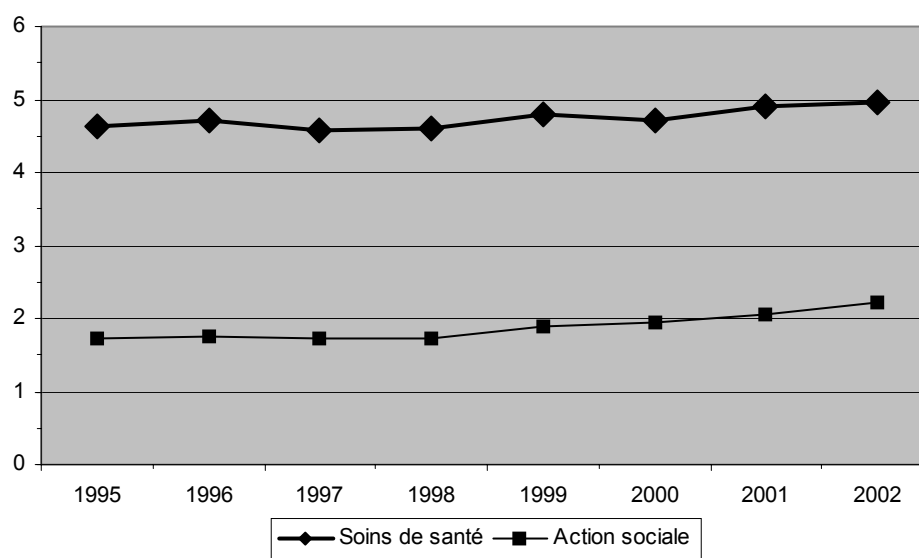
e. Evolutions dans la branche d'activité "santé et action sociale": approche désagrégée

i. Valeur ajoutée

La valeur ajoutée de la sous-branche "soins de santé" passe de 4,6 % du PIB en 1995 à 5 % du PIB en 2002. La valeur ajoutée de la sous-branche "action sociale" passe de 1,7 % du PIB en 1995 à 2,2 % du PIB en 2002. Depuis 1998, le poids dans le PIB de la sous-branche "action sociale" augmente plus vite que celui de la sous-branche "soins de santé": augmentation de 0,5 point de pourcentage contre 0,3 entre 1995 et 2002.

1. Il faut remarquer que la croissance de la productivité de l'ensemble des services marchands est faible comparativement à l'industrie. En effet, la hausse des coûts de production par unité produite est plus forte que dans l'industrie, notamment parce que celle-ci subit la pression de la concurrence internationale. Par ailleurs, le problème de la prise en compte des améliorations de qualité dans les statistiques de volumes produits plutôt que dans les prix concerne différents types de services marchands.

FIGURE 25 - Valeur ajoutée des sous-branches “soins de santé” et “action sociale”
(en % du PIB)



Source: ICN

La progression plus rapide de la sous-branche “action sociale” par rapport à la sous-branche “soins de santé” se vérifie aussi par la croissance moyenne annuelle réelle des sous-branches sur la période 1995-2002: 4,3 % contre 1,6 %.

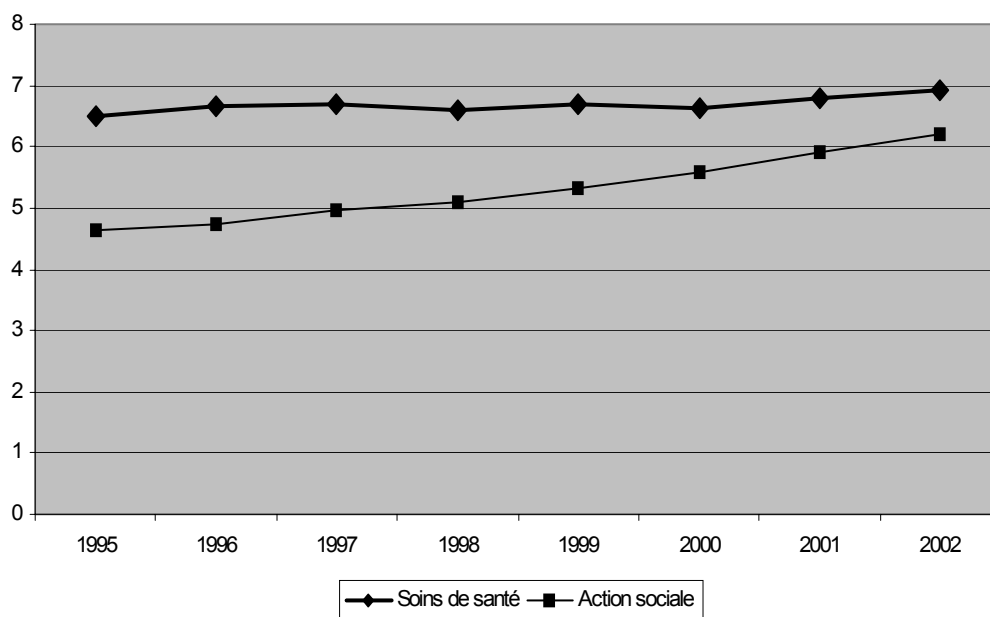
ii. Emploi

Dans cette partie, on s’intéressera uniquement à l’emploi salarié vu le manque de données disponibles sur l’emploi indépendant. Ceci dit, on peut approcher l’analyse désagrégée par l’emploi salarié. En effet, même si la part de l’emploi salarié dans l’emploi total de la branche d’activité “santé et action sociale” a légèrement diminué (de 90,7 % en 1975 à 87,6 % en 2002), l’emploi salarié et l’emploi total de la branche d’activité ont suivi une évolution similaire par rapport à l’évolution de l’emploi dans l’ensemble de l’économie.

Emploi salarié des sous-branches “santé” et “action sociale”

La part de l’emploi salarié de la sous-branche “soins de santé” dans l’emploi salarié de l’ensemble de l’économie est passée de 6,5 % en 1975 à 6,9 % en 2002. La part de l’emploi salarié de la sous-branche “action sociale” est passée de 4,7 % en 1975 à 6,2 % en 2002. La part de l’emploi salarié de la sous-branche “action sociale” est en forte hausse comparativement à la sous-branche “soins de santé”: augmentation de 1,6 point de pourcentage contre 0,4 entre 1975 et 2002.

FIGURE 26 - Emploi salarié des sous-branches "santé" et "action sociale"
(en % de l'emploi salarié total)



Source: ICN.

Productivité

La productivité par emploi salarié¹ était, en 2002, de l'ordre de 53 282 euros pour la sous-branche "soins de santé"; cette productivité était nettement plus faible pour la sous-branche "action sociale": elle était de l'ordre de 27 979 euros².

Cette différence de niveau de productivité s'explique par le fait que la branche d'activité de la santé recouvre à la fois des activités à forte intensité en capital (matériel technologique de pointe) et des activités à faible intensité en capital (maisons de repos pour personnes âgées, service d'aide domestique, soins de santé à domicile). La sous-branche "soins de santé" englobe beaucoup d'activités à forte intensité en capital alors que la sous-branche "action sociale" comporte des activités à faible intensité en capital.

Ce constat permet de donner un éclaircissement concernant le déflateur élevé dans la branche d'activité "santé et action sociale". Les indices des prix de la valeur ajoutée des sous-branches "soins de santé" et "action sociale" étaient - l'indice étant équivalent à 1 en 1995 - respectivement de 1,22 et 1,21 en 2002 alors que celui du PIB n'était que de 1,11. En effet, la croissance annuelle moyenne des indices sur la période 1995-2002 était de 2,9 % pour la sous-branche "soins de santé" et de 2,7 % pour la sous-branche "action sociale" alors que celle du PIB n'était que de 1,5 %.

Les indices des prix de la valeur ajoutée des deux sous-branches seraient similaires et fort élevés pour des raisons différentes. Pour la sous-branche "action sociale", l'indice fort élevé se justifierait par le fait qu'il recouvre des activités à faible intensité en capital et à forte intensité en emploi. Quant à la sous-branche d'activité "soins de santé",

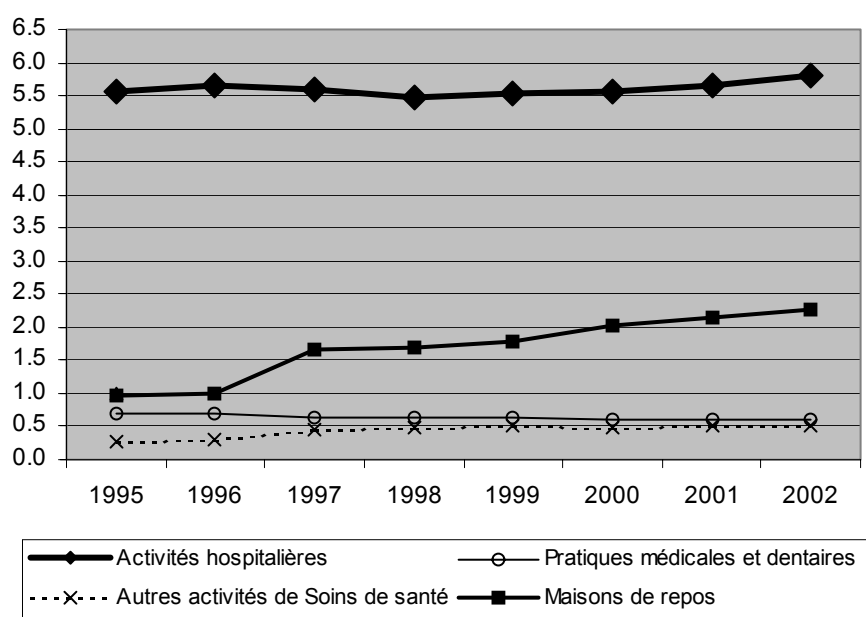
1. Ici, la productivité équivaut à la valeur ajoutée à prix courants divisée par l'emploi salarié.
2. Pour comparaison, la productivité par emploi salarié de l'ensemble de l'économie était de l'ordre de 74 751 euros en 2002.

l'indice fort élevé s'expliquerait par la difficulté, pour la comptabilité nationale, à appréhender correctement les effets volume et prix dans cette sous-branche où les développements technologiques sont rapides et dont l'output en biens et services est donc peu homogène dans le temps¹.

Emploi salarié des classes “activités hospitalières”, “pratiques médicales et dentaires”, “autres activités de soins de santé” (formant la sous-branche “soins de santé”) et de la sous-classe “maisons de repos” (incluse dans la sous-branche “action sociale”)

La part de l'emploi salarié relatif aux “activités hospitalières”² dans l'emploi salarié de l'ensemble de l'économie est, de loin, prépondérante: en 2002, elle représentait 5,8 %. La part de l'emploi salarié dans les “maisons de repos”³ est relativement importante et représentait 2,3 % en 2002. Viennent ensuite la part de l'emploi salarié relatif aux “pratiques médicales et dentaires”⁴ (0,6 % en 2002) et la part de l'emploi relatif aux “autres activités de soins de santé”⁵ (0,5 % en 2002).

FIGURE 27 - Emploi salarié des classes “activités hospitalières”, “pratiques médicales et dentaires”, “autres activités de soins de santé” et “maisons de repos”
(en % de l'emploi salarié total)



Source: ONSS et calculs propres du BfP.

- Concernant la dimension qualitative, le principe de base du “système européen des comptes - Sec 1995”, publié par Eurostat (1996) consiste à prendre en compte les améliorations de qualité dans les statistiques de volumes produits. Cependant, dans le cas de services tels que les “soins de santé”, il est mentionné (p.252) qu’ “il n’est pas possible de mesurer leur volume par l’amélioration du niveau de santé de la population”.
- Les activités hospitalières comprennent, entre autres, les services médicaux, chirurgicaux et techniques, les services d’urgence, les analyses, les services d’hébergement....
- On distingue les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et les maisons de repos et de soins (MRS). Les MRPA sont des institutions non médicalisées où les personnes âgées reçoivent une aide quotidienne pour se laver, manger, s’habiller.... Les MRS sont similaires aux MRPA mais des soins médicaux y sont dispensés.
- Principalement les consultations données et les soins dispensés par les médecins généralistes, les spécialistes, les chirurgiens et les pratiques dentaires de nature générale ou spécialisée.
- Cette classe comprend principalement les laboratoires médicaux, les activités paramédicales, les kinésithérapeutes, les centres de collecte de sang, les banques d’organes et similaires.

Remarquons aussi la progression rapide de l'emploi salarié dans les maisons de repos. Cette branche d'activité connaît un développement continu sans cesse croissant. Le nombre de personnes résidant dans une maison de repos était de l'ordre de 96 000 en 1995. En 2001, ce nombre atteignait un peu plus de 119 000. Le pourcentage de la population belge résidant dans une maison de repos est passé de 0,95 % en 1995 à 1,16 % en 2001¹.

C. Les soins de santé dans une perspective de comparaison internationale

1. Introduction

Le tableau 18 reprend la part des dépenses de soins de santé dans le PIB d'une série de pays industrialisés. En 2001, cette part est de 8,9 % du PIB au niveau européen (UE).

TABLEAU 18 - Dépenses globales de soins de santé²
(en % du PIB)

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne		6,2	8,7	8,5	10,6	10,7
Autriche	4,3	5,3	7,6	7,1	7,7	7,7
Belgique		4,7	6,4	7,1	8,4	8,8
Danemark			9,1	8,5	8,3	8,6
Espagne	1,5	3,6	5,4	6,7	7,5	7,5
Finlande	3,8	5,6	6,4	7,8	6,7	7
France				8,6	9,3	9,5
Grèce		6,1	6,6	7,4	9,4	9,4
Irlande	3,7	5,1	8,4	6,1	6,4	6,5
Italie				8	8,2	8,4
Luxembourg		3,6	5,9	6,1	5,6	5,6
Norvège	2,9	4,4	6,9	7,7	7,6	8
Pays-Bas			7,5	8	8,6	8,9
Portugal		2,6	5,6	6,2	9	9,2
Royaume-Uni	3,9	4,5	5,6	6	7,3	7,6
Suède		6,7	8,8	8,2	8,4	8,7
Suisse	4,9	5,6	7,6	8,5	10,7	11,1
Canada	5,4	7	7,1	9	9,2	9,7
Japon	3	4,5	6,4	5,9	7,7	8
Etats-Unis	5	6,9	8,7	11,9	13,1	13,9
Moyenne UE (i)		4,7	7	7,3	8	8,2
Moyenne pondérée UE (iii)		5	7,2	7,7	8,7	8,9
Moyenne internationale (ii)		4,9	6,9	7,3	8,2	8,4
Moyenne internationale pondérée (iii)		5,9	7,7	9,1	10,4	10,9

(i) Pour les 15 Etats membres de l'UE selon la disponibilité des données

(ii) Pour les 15 Etats membres de l'UE ainsi que les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie, la Norvège, la Suisse, la Turquie, la Tchèque, la Slovaquie, la Hongrie, la Pologne et l'Islande selon la disponibilité des données

(iii) Pondérée par le PIB selon la disponibilité des données (Source: Eurostat)

1. Source: INAMI

2. Source: OECD 2003 Health Data (3ème édition), sauf pour la Belgique où les données proviennent du Bureau fédéral du Plan.

De manière générale, la part des dépenses de santé dans le PIB des pays sous revue s'est accrue au cours des deux dernières décennies. Certaines spécificités nationales méritent toutefois d'être soulignées. Ainsi, la croissance soutenue observée en Allemagne durant les années 90 s'inscrit dans le contexte de sa réunification. La croissance rapide des dépenses de santé en termes de PIB aux Etats-Unis entre 2000 et 2001 reflète en grande partie un fort ralentissement économique. A l'inverse, si la croissance des dépenses de santé dans le PIB y est restée relativement limitée dans les années 90, c'est notamment le fruit d'une croissance économique soutenue à partir des années 1993 et 1994, renforcé par la mise en place de réseaux de soins intégrés qui ont permis de contenir l'évolution des prix et du volume d'activité du secteur. De même, en Irlande, où la croissance économique a été extrêmement favorable, la part des dépenses de santé dans la richesse nationale a décliné au cours des 20 dernières années.

Parmi les pays de l'Union Européenne, c'est en Allemagne que la part des dépenses de santé dans le PIB est la plus importante (10,7 %), et à l'autre extrémité de ce classement se situe le Luxembourg (5,6 %). En moyenne pondérée, cet indicateur affiche, tout au long de la période d'observation, un score plus bas au niveau de l'Union européenne qu'au niveau international. En 2001, la moyenne internationale était de 10,9 %, moyenne toutefois fortement influencée par une part de 13,9 % aux Etats-Unis.

TABLEAU 19 - Dépenses publiques de soins de santé¹
(en % du PIB)

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne		4,5	6,8	6,5	7,9	8
Autriche	3	3,3	5,2	5,2	5,4	5,3
Belgique		3,1	4,7	5,3	6,3	6,6
Danemark		6,7	8	7	6,9	7,1
Espagne	0,9	2,3	4,3	5,3	5,3	5,4
Finlande	2,1	4,1	5	6,3	5,1	5,3
France				6,6	7,2	7,2
Grèce		2,6	3,7	4	5,3	5,2
Irlande	2,8	4,2	6,8	4,4	4,7	4,9
Italie				6,4	6	6,3
Luxembourg		3,2	5,5	5,7	4,9	4,9
Norvège	2,2	4	5,9	6,4	6,5	6,8
Pays-Bas		4,2	5,2	5,4	5,5	5,7
Portugal		1,6	3,6	4,1	6,2	6,3
Royaume-Uni	3,3	3,9	5	5	5,9	6,2
Suède		5,8	8,2	7,4	7,1	7,4
Suisse				4,5	5,9	6,4
Canada	2,3	4,9	5,4	6,7	6,5	6,9
Japon	1,8	3,1	4,6	4,7	6	6,2
Etats-Unis	1,2	2,5	3,6	4,7	5,8	6,2
Moyenne UE (i)		3,8	5,5	5,6	5,9	6,1
Moyenne pondérée UE (iii)		4,0	5,7	6,0	6,6	6,7
Moyenne internationale (ii)		3,4	5,1	5,4	6,0	6,2
Moyenne internationale pondérée (iii)		3,1	4,4	5,2	6,1	6,4

(i) Pour les 15 Etats membres de l'UE selon la disponibilité des données

(ii) Pour les 15 Etats membres de l'UE ainsi que les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie, la Norvège, la Suisse, la Turquie, la Tchèque, la Slovaquie, la Hongrie, la Pologne et l'Islande selon la disponibilité des données

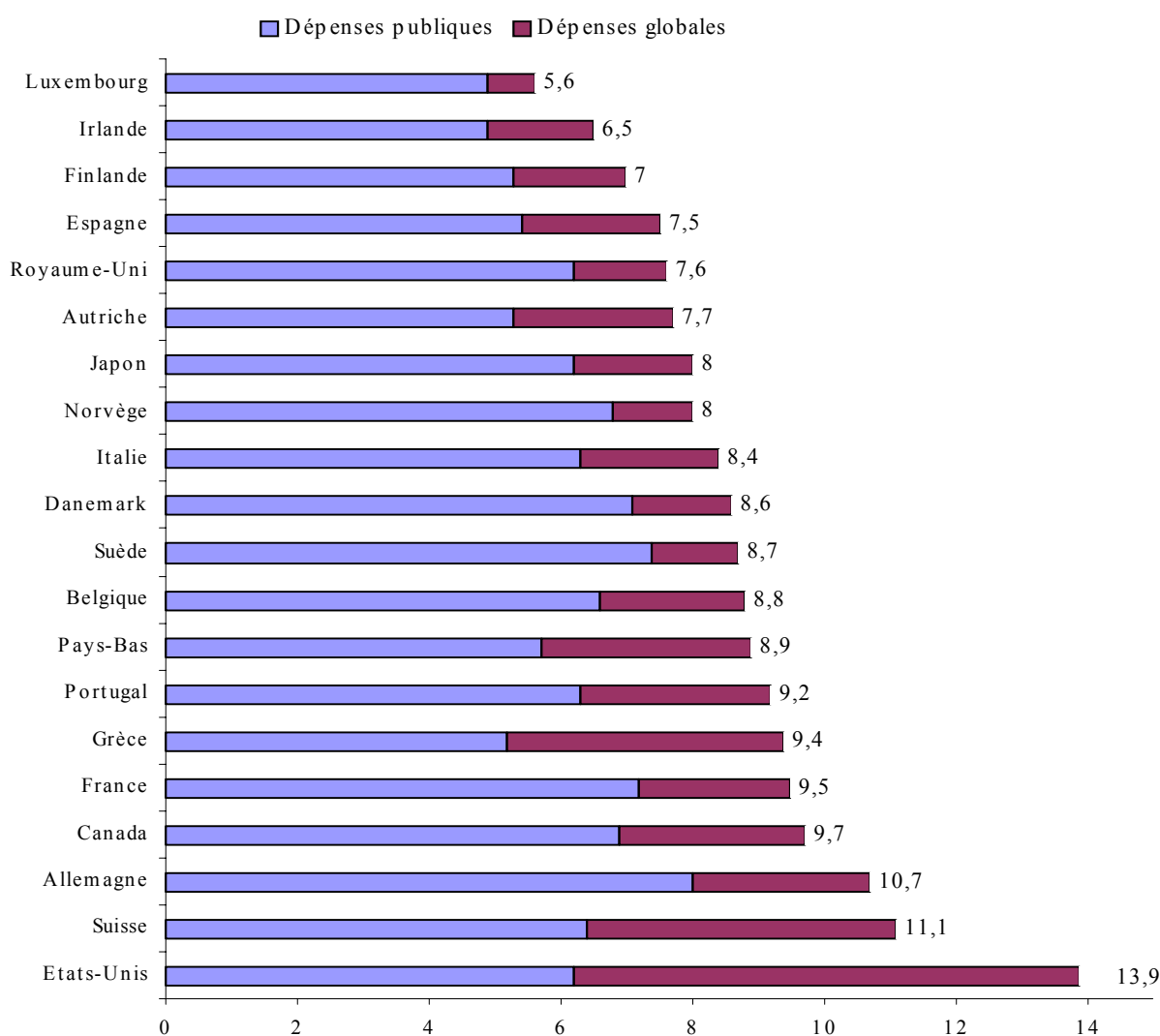
(iii) Pondérée par le PIB selon la disponibilité des données (Source: Eurostat)

1. Source: OECD 2003 Health Data (3ème édition), sauf pour la Belgique où les données proviennent du Bureau fédéral du Plan.

Une tendance majoritairement croissante se dégage aussi en matière de dépenses publiques de soins de santé (exprimées en % du PIB), même si les politiques d'assainissement budgétaire menées à partir du début des années 80 ne sont pas restées sans effet. Ainsi, dans les pays membres de l'Union européenne, la part des dépenses publiques dans le PIB a chuté de 1,7 point de pour-cent du PIB sur la période 1970-1980 à 0,3 point de pour-cent du PIB à partir de 1980, pour remonter 0,7 point de pour-cent du PIB sur la dernière décennie. En 2001, la part des dépenses publiques dans le PIB des pays de l'Union européenne se situait dès lors à un niveau supérieur de 2,7 points de pour-cent du PIB à son niveau de 1970. En élargissant ce résultat aux autres pays, le bond s'élève à 3,3 points de pour-cent du PIB, ce qui représente un doublement de la part des dépenses publiques de santé dans le PIB.

Au niveau européen, l'Allemagne est le pays où la part des dépenses publiques de santé dans le PIB est la plus élevée (8 % en 2001), l'Irlande et le Luxembourg se retrouvant en bas de l'échelle avec 4,9 %. En 2001, la Belgique y occupe une position intermédiaire avec un chiffre de 6,6 %, très légèrement inférieur à la moyenne (pondérée) européenne, alors que, antérieurement, elle en était plus éloignée.

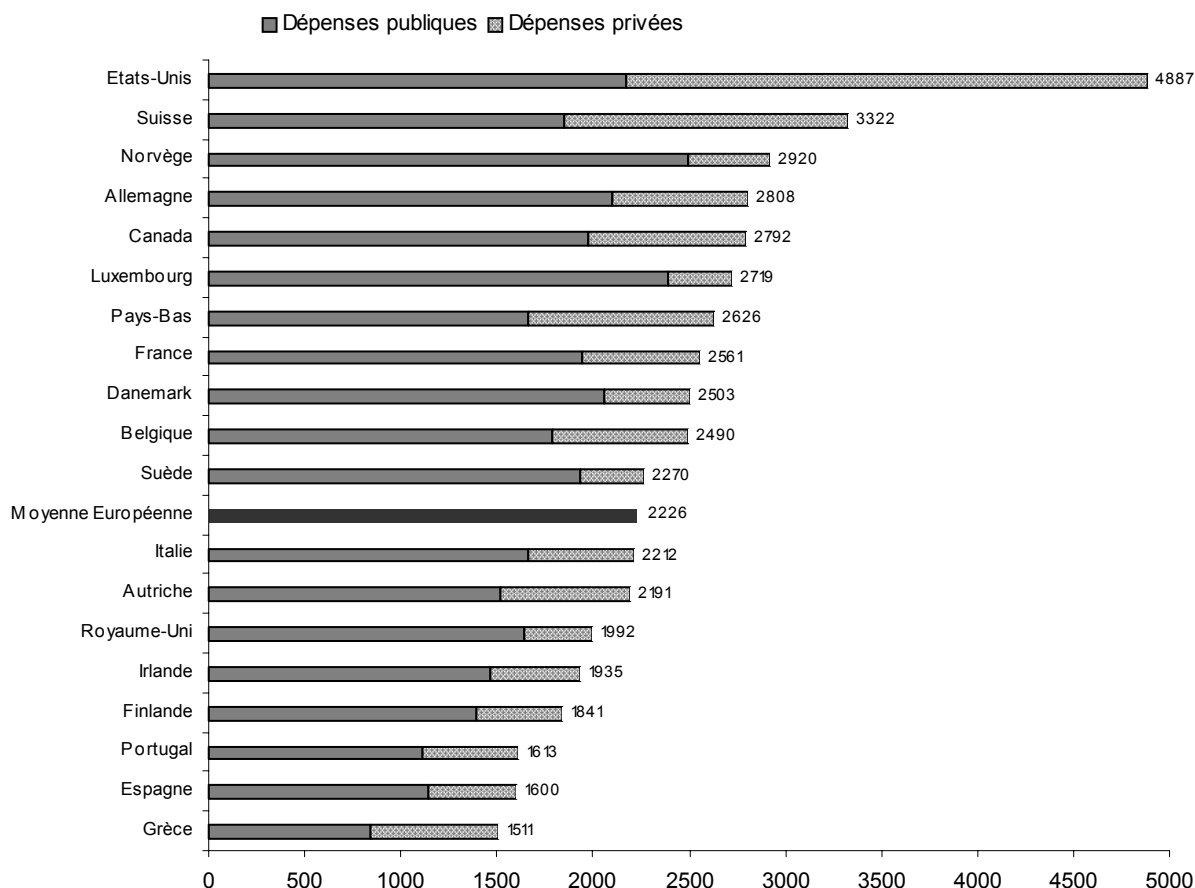
FIGURE 28 - Dépenses publiques et globales de soins de santé, 2001¹
(en % du PIB)



1. Source: www.oecd.org

La figure 28 reprend la ventilation des dépenses globales et publiques de soins de santé exprimées en pour-cent du PIB pour l'année 2001. Les pays qui, outre les Etats-Unis, consacrent une part importante de leur PIB aux dépenses de santé sont la Suisse et l'Allemagne où cette part se monte respectivement à 11,1 et 10,7 % du PIB. Certains pays se distinguent par une part relativement faible de financement public des dépenses de soins de santé. Il s'agit principalement de l'Autriche, de la Grèce, des Pays-Bas, de la Suisse et des Etats-Unis (cfr. infra figure 31).

FIGURE 29 - Dépenses de soins de santé par habitant, \$PPA, 2001¹

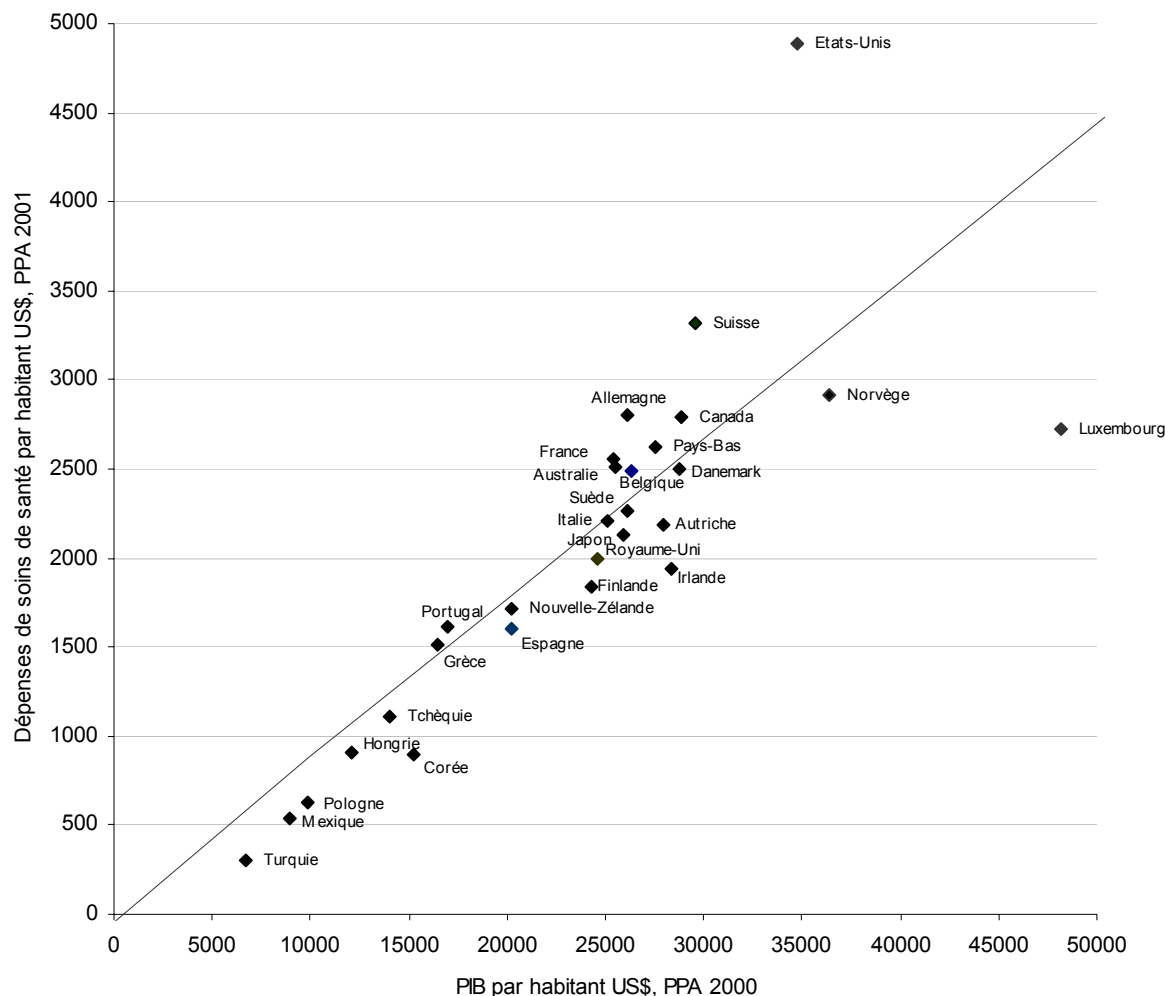


Avec un montant de 4900 \$ par an, les Etats-Unis se classent également en tête en termes de dépenses de soins de santé par habitant²; soit plus du double des dépenses moyennes dans l'Union européenne qui sont d'environ 2200 \$ (figure 29). Malgré une couverture majoritairement privée des dépenses de santé, les dépenses publiques de santé par habitant se situent, aux Etats-Unis, à un niveau supérieur à ceux, Norvège et Luxembourg exceptés, des pays européens. Ce résultat est d'autant plus remarquable que seul un quart de la population américaine est couverte par une assurance publique, alors qu'à l'inverse, les assurances publiques de santé ont un caractère quasiment universel dans les pays européens (où l'Allemagne avec 90,9 % de la population couverte et encore plus les Pays-Bas avec un taux de 75,7 % font figure d'exception)³. La Suisse, la Norvège et

1. Source: OECD 2003 Health Data; pour la Suisse et le Luxembourg, données relatives à l'année 2000.
 2. Dépenses exprimées en parité de pouvoir d'achat (PPA).
 3. OECD 2003 Health Data (3ème édition)

l'Allemagne suivent les Etats-Unis dans ce classement, positions qu'occupaient déjà la Suisse et l'Allemagne en termes de part des dépenses de soins de santé dans le PIB.

FIGURE 30 - PIB et dépenses de soins de santé par habitant, \$PPA¹



La corrélation entre ces dépenses exprimées par habitant et le PIB par habitant est révélatrice des tendances en matière de dépenses de soins de santé. La figure 30 illustre une corrélation étroite et positive entre ces deux grandeurs, même si certains pays parmi les plus riches s'en écartent quelque peu. Remarquons également que la Belgique ne s'éloigne pas de la tendance centrale dégagée par ce graphique: au regard de son PIB par habitant les dépenses de santé en Belgique ne sont en rien excessives.

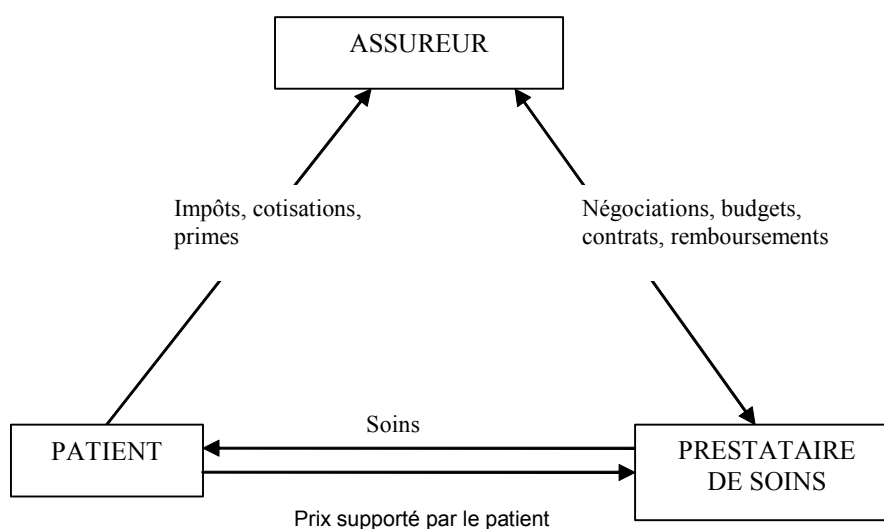
2. Les systèmes de soins de santé

Bien que marqués par des caractéristiques institutionnelles fortement divergentes, les systèmes de santé s'articulent autour de trois acteurs: le patient, l'assureur, et le prestataire de soins. La diversité des systèmes se manifeste notamment au niveau de la sphère d'appartenance des acteurs et des liens financiers et réels qui existent entre eux. L'assu-

1. EIU (Economist Intelligence Unit).

leur comme le prestataire peuvent aussi bien relever de la sphère privée que publique, ce qui n'est pas sans influence sur les relations entre le patient et celles des deux autres intervenants.

La distinction entre *assurance* privée et publique détermine en grande partie le *mode de financement* du système de soins. La charge financière des soins de santé est répartie entre le patient, les autorités publiques et le secteur privé. Le financement public se fait au travers de la sécurité sociale et des prélèvements fiscaux des différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional, local,...). Une partie du coût est également supportée par le patient. Les assureurs privés offrent une intervention complémentaire.



Selon les relations existant entre *l'assurance et le financement* d'une part et *la prestation* de l'autre, les systèmes de santé peuvent être apparentés à un des trois modèles suivants:

1. le modèle public de santé: un *réseau de soins entièrement public* où la profession médicale est intégrée au secteur public (principalement dans les pays nordiques, en Australie (hôpitaux publics) et jusqu'il y a peu au Royaume-Uni) et le financement est intégralement public. La Grèce, l'Italie et le Portugal peuvent également être classés dans cette catégorie. Dans de tels systèmes, pratiquement l'intégralité de la population est assurée. Le financement par l'assurance du prestataire de soins se fait en grande partie de manière anticipée¹. Cette forme de financement rend le contrôle de la croissance des dépenses plus aisé, mais constitue un moindre incitant aux gains de productivité et à une amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins fournis. Ce type de financement s'étend également de plus en plus aux soins ambulatoires, au travers d'engagements contractuels permettant d'adapter une intervention financière de base à un certain nombre de facteurs. Souvent, un montant est alloué selon le volume de patients et le profil de cette clientèle ou un salaire est versé au prestataire en fonction de son expérience professionnelle et de sa localisation géographique.

1. Cela tient au fait que le prestataire ou l'institution de soins n'est pas rétribué selon le volume de ses prestations mais qu'il reçoit une enveloppe budgétaire afin d'effectuer les soins demandés.

2. dans les *systèmes privés de santé*, le financement des soins de santé repose principalement sur des mécanismes de marché. L'adhésion au système peut être obligatoire ou libre, comme aux Etats-Unis, où, en outre, les assureurs peuvent jouer également le rôle de prestataire (la "Health Maintenance Organisation" ou "HMO"). Cette intégration du rôle d'assureur et de prestataire de soins peut s'avérer avantageuse pour le patient, si elle permet de garder sous contrôle le prix des soins. Par contre, un tel système peut mener à une sous-consommation médicale: même si certains groupes particuliers bénéficient d'une couverture publique, les programmes Medicare (personnes âgées) et Medicaid (personnes moins nanties), certaines personnes telles que les malades chroniques ou les individus souffrant d'anomalies congénitales ne seront pas assurées ou se verront opposer un prix prohibitif. Les pratiques consistant au transfert systématique, par les services d'urgence des cliniques privées, des patients non "rentables" vers les hôpitaux publics étaient à peine réfrénées en 1994, 8 ans après que le Congrès Américain les a jugées illégales.

Dans ce système, la rétribution des prestations est principalement rétrospective¹. Ce type de système favorise une adaptation rapide aux besoins mais incite moins au contrôle des coûts. Au cours des années 90, une série de réformes ont d'ailleurs été mises en oeuvre afin de contenir l'évolution des prix et du volume des prestations médicales, notamment par la conclusion de contrats d'exclusivité entre sociétés d'assurance et prestataires de soins concurrents. Un tel système, même s'il permet dans une certaine mesure de comprimer les coûts, peut, dans un marché où évoluent des prestataires privés principalement mûs par des aspirations financières, avoir des conséquences néfastes sur la satisfaction du patient, notamment en termes d'accès aux soins.

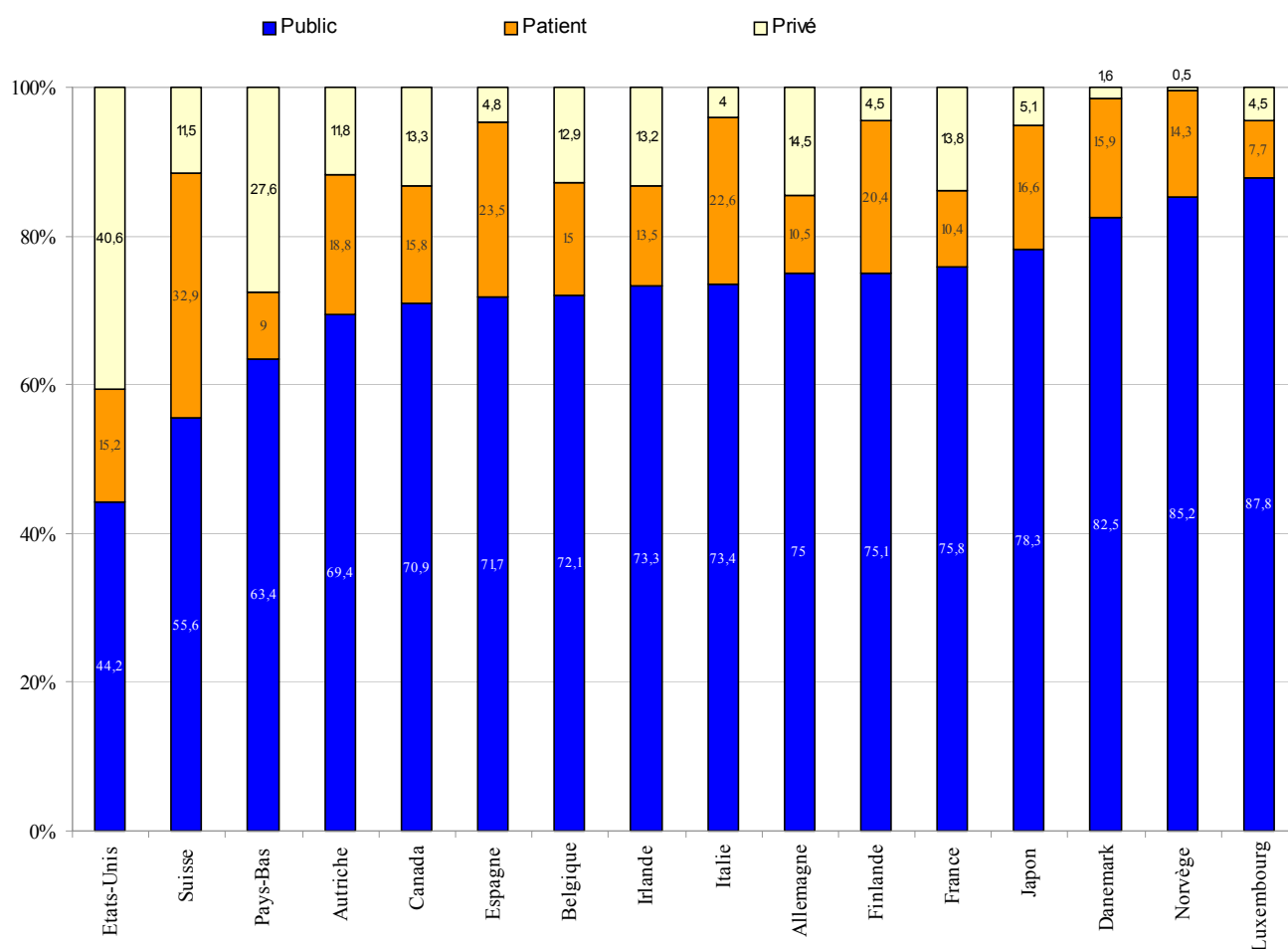
3. Entre les deux modèles susmentionnés, se situe le *modèle mixte* de santé où se côtoient intervenants publics et privés. Ce modèle est le plus répandu. La Belgique, à l'instar du Canada, du Japon et de la plupart des pays européens (l'Allemagne, l'Autriche, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et, depuis peu, le Royaume-Uni), relève de cette catégorie. Ce modèle s'intègre généralement dans un système bismarckien, reposant sur un financement collectif, de protection sociale. Une quasi-totalité de la population y est assurée de manière obligatoire et est couverte pour un éventail assez vaste de prestations médicales. Les assurances complémentaires privées, protégeant des risques non couverts par le pan public, ne concernent qu'un nombre restreint de prestations. En Allemagne et aux Pays-Bas, les assureurs privés jouent toutefois un rôle important. La figure 31 montre que la part publique dans le financement des dépenses de soins de santé est, aux Pays-Bas, nettement inférieure à celle observée dans la plupart des autres pays. Les Pays-Bas envisagent d'ailleurs une refonte de leur système de santé qui devrait faire disparaître la dichotomie actuelle entre assurance publique et assurance privée et instaurer une couverture uniforme et obligatoire en la matière (Hofman, D.).

Les relations entre prestataires publics et/ou privés de soins de santé et les institutions publiques d'assurance (collective) sont gérées, dans le modèle mixte, au moyen de contrats qui fixent les budgets, prix et tarifs de remboursement des prestations médicales. Les hôpitaux y sont généralement organisés en tant qu'institutions non lucratives et, dans le domaine des soins ambulatoires, la majorité des prestataires ressortissent au régime privé. En matière de financement, on assiste depuis deux décennies à une transition lente et progressive d'un système de financement à l'unité produite (financement à posteriori par acte) à un système de financement par enveloppe budgétaire (un budget censé couvrir un volume anticipé de soins est accordé à une institution, indépendamment de ses

1. Ce qui signifie que le prestataire de soins est rétribué par prestation.

coûts réels). Dans le premier cas, les sommes allouées à l'institution de soins dépendent directement du volume des prestations effectuées annuellement, ce qui constitue un incitant pour l'institution à accroître ce volume. En ce sens, le financement par enveloppe budgétaire est généralement considéré comme un mode de financement plus efficace. Néanmoins, le comportement du prestataire de soins peut, dans ce système, être influencé par les conséquences d'un éventuel surplus ou déficit budgétaire, ce qui nécessite la mise en place de mécanismes de contrôle et de régulation par les autorités publiques.

FIGURE 31 - Sources de financement des dépenses de soins de santé 2000¹
(en % du total)



Les dépenses de soins de santé sont, dans la plupart des pays industrialisés, principalement financées par les autorités publiques. La part publique de ces dépenses tourne généralement autour de 70 %, le solde étant supporté à la fois par les assureurs privés et les patients (figure 31).

1. Source: www.oecd.org

TABLEAU 20 - Dépenses publiques de santé en % des dépenses globales¹

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Allemagne		72,8	78,7	76,2	75	74,9
Autriche	69,4	63	68,8	73,5	69,4	67,9
Belgique		66,1	73,1	75,1	74,1	74,6
Danemark			87,8	82,7	82,5	82,4
Espagne	58,7	65,4	79,9	78,7	71,7	71,4
Finlande	54,1	73,8	79	80,9	75,1	75,6
France				76,6	75,8	76
Grèce		42,6	55,6	53,7	56,1	56
Irlande	76	81,7	81,6	71,9	73,3	76
Italie				79,3	73,4	75,3
Luxembourg		88,9	92,8	93,1	87,8	
Norvège	77,8	91,6	85,1	82,8	85,2	85,5
Pays-Bas			69,4	67,1	63,4	63,3
Portugal		59	64,3	65,5	68,5	69
Royaume-Uni	85,2	87	89,4	83,6	80,9	82,2
Suède		86	92,5	89,9	85	85,2
Suisse				52,4	55,6	57,1
Canada	42,6	69,9	75,6	74,5	70,9	70,8
Japon	60,4	69,8	71,3	77,6	77,7	77,9
Etats-Unis	23,3	36,4	41,5	39,6	44,2	44,4

Au cours des 20 dernières années, la part publique des dépenses de santé a connu une relative stabilité, voire une légère décroissance (tableau 20), dans la plupart des pays de l'Union européenne. Cette tendance contraste avec la croissance observée sur la période 1970-1980 dans l'ensemble des pays, croissance qui s'infléchit à partir de 1980, à cette période, rares sont les pays où une hausse est encore perçue (en Autriche, en Belgique, en Finlande, au Luxembourg et au Portugal). Au cours des années 90, seuls la Grèce, l'Irlande et le Portugal connaissent encore une augmentation de la part relative du financement public de leurs dépenses de santé. La tendance baissière plus importante, observée dans des pays comme le Canada et la Suède, est le fruit de politiques d'assainissement des finances publiques. A l'inverse, une tendance haussière est observée dans les pays où la part publique des dépenses de santé était relativement faible au début des années 80. Ce phénomène est observé aux Etats-Unis, au Japon et en Suisse.

3. Autres indicateurs

Mener une comparaison internationale des systèmes de santé peut également se faire au travers d'indicateurs non monétaires sur les inputs et les outputs du secteur. Des indicateurs-clés en la matière sont notamment la capacité d'accueil (nombre de lits), les équipements technologiques, le volume de travail (nombre de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens,...). Les différences observées sont le résultat d'un certain nombre de facteurs, dont notamment d'éventuelles politiques de limitation du nombre de diplômés.

1. Source: OECD 2003 Health Data (3ème édition), sauf pour la Belgique où les données proviennent du Bureau fédéral du Plan.

TABLEAU 21 - Nombre de médecins, infirmiers et pharmaciens par 1000 habitants, 2000¹

	Médecins	Infirmiers	Pharmaciens
Allemagne	3,3	9,6	0,6
Autriche	3,1	9,2	0,6
Belgique	3,9	-	-
Danemark	3,4	9,5	0,5
Espagne	3,3	6,6	0,8
Finlande	3,1	14,7	1,5
France	3,3	6,7	1
Grèce	4,5	3,9	0,9
Irlande	2,2	14	0,8
Italie	4,1	5,2	1,1
Luxembourg	2,5	10,1	0,7
Norvège	2,9	10,3	0,4
Pays-Bas	3,2	13,4	0,2
Portugal	3,2	3,7	0,8
Royaume-Uni	2	8,8	0,6
Suède	3	8,8	0,6
Suisse	3,5	10,7	0,5
Canada	2,1	9,9	0,6
Japon	1,9	7,8	1,1
Etats-Unis	2,7	8,1	0,7

La Belgique dispose, comparativement aux autres pays industrialisés d'un nombre relativement élevé de médecins par habitant (tableau 21). Malgré tout, l'incidence des dépenses de santé dans son PIB n'est pas excessive (cf. supra). Le système belge de santé peut par conséquent être qualifié de système à "haut volume et prix bas"².

1. Source: OECD 2003 Health Data (3ème édition), in: DOCTEUR, Elizabeth en OXLEY, Howard, 2003, Health-Care Systems: Lessons from the reform experience, *OESO Economic Department Working Papers*, No. 374, ECO/WKP(2003)28.
2. D. Hofman, 2003, IMF

TABLEAU 22 - Indicateurs d'hôpitaux aigus, 2001 ou dernière année disponible¹

	Nombre de lits pour 1000 habitants	Nombre d'hospitalisations en % de la population	Durée moyenne du séjour hospitalier	Taux d'occupation
Allemagne	6.3	21	9.3	81
Autriche	6.1	27	6.1	76
Belgique	5.8	17	8	80
Danemark	3.4	18	3.8	84
Espagne	-	11	7.5	76
Finlande	2.4	20	4.4	-
France	4	20	5.5	77
Grèce	4	15	-	-
Irlande	3	14	6.4	83
Italie	4	16	6.9	76
Luxembourg	5.6	18	7.7	-
Norvège	3.1	16	5.8	85
Pays-Bas	3.1	9	7.4	58
Portugal	-	12	7.3	76
Royaume-Uni	4.2	21	-	81
Suède	2.3	15	6.5	78
Suisse	4	16	9.2	85
Moyenne UE	4.1	17	7.1	78

Egalement en matière de capacité d'accueil hospitalier, la Belgique dispose d'un nombre de lits pour 1000 habitants assez élevé (tableau 22), même si elle se situe en la matière derrière certains de ses voisins. Dans le courant des années 90 a été mise en place, dans de nombreux pays européens, une politique de limitation progressive des capacités d'accueil hospitalier. On tablait sur une réduction du nombre de jours d'hospitalisation pour réaliser des économies dans le secteur de la santé. La diminution du nombre de journées d'hospitalisation par habitant répond à une double évolution: d'une part, la baisse continue de la durée moyenne du séjour hospitalier, probablement imputable au progrès technologique dont bénéficie la pratique médicale, et d'autre part, une augmentation du taux d'hospitalisation (nombre d'hospitalisations exprimé en pourcentage de la population), reflet notamment du vieillissement. La dernière colonne du tableau 22 reprend un taux d'occupation hospitalier, à savoir le rapport entre lits occupés et lits disponibles.

1. Source: WHO Regional Office for Europe health for all database (<http://www.euro.who.int/hfadb>)

TABLEAU 23 - Indicateurs d'état de santé, 2001¹

	Mortalité infantile pour 1000 naissances	Espérance de vie à la naissance	
		Femmes	Hommes
Allemagne	4,5	-	-
Autriche	4,8	81,7	75,9
Belgique	5	80,8	74,2
Danemark	4,9	79	74,3
Espagne	3,9	82,9	75,6
Finlande	3,2	81,5	74,6
France	4,6	83	75,5
Grèce	5,9	80,7	75,4
Irlande	5,8	-	-
Italie	4,3	82,9	76,7
Luxembourg	5,9	-	-
Norvège	3,8	-	-
Pays-Bas	5,3	80,6	75,7
Portugal	5	80,3	73,5
Royaume-Uni	5,5	80,4	75,7
Suède	3,7	82,1	77,5
Suisse	-	82,8	77,2
Japon	3,1	84,9	78,1
Etats-Unis	6,9	-	-

Les comparaisons internationales en matière d'état de santé de populations se limitent souvent à des indicateurs de mortalité, par défaut d'indicateurs suffisamment comparables en matière de morbidité ou d'incapacité physique. Les statistiques de mortalité, comme par exemple sur la mortalité infantile ou les décès "évitables", fournissent cependant des informations insuffisantes sur les interactions complexes entre morbidité et mortalité. Les statistiques sur l'espérance de vie, par contre, échappent à cette critique (tableau 23).

Ces chiffres doivent toutefois également être interprétés avec précaution: il n'existe pas de lien univoque entre cet indicateur et la qualité d'un système de santé, dans la mesure où d'autres facteurs (habitudes de vie, alimentation, tabagisme, activité physique, statut socio-économique...) exercent également une influence sur l'état de santé d'une population.

1. Source: OECD 2003 Health Data (3ème édition); espérance de vie pour la Belgique: 1997, source: www.euro.who.int/hfad/b

TABLEAU 24 - Degré de satisfaction vis-à-vis des systèmes de santé, 1999¹

	très satisfait	assez satisfait	TOTAL
Allemagne	7,4	42,5	49,9
Autriche	31,4	52	83,4
Belgique	15,8	61,2	77
Danemark	30,7	45,1	75,8
Espagne	9,6	38	47,6
Finlande	18	56,3	74,3
France	16	62,2	78,2
Grèce	2,9	15,7	18,6
Irlande	11,4	36,3	47,7
Italie	2,1	24,2	26,3
Luxembourg	26	45,6	71,6
Pays-Bas	19	54,2	73,2
Portugal	3,1	21	24,1
Royaume-Uni	13	42,7	55,7
Suède	13,5	45,2	58,7

Le degré de satisfaction de la population sur son système de soins de santé (tableau 24) constitue par contre un indicateur qui résulte en grande partie des caractéristiques propres à ce système et directement observables par le patient, telles la facilité d'accès aux soins ou la rapidité des soins. Néanmoins, cet indicateur est influencé par les attentes personnelles du patient et doit être interprété avec prudence en termes strictement de qualité des prestations de santé. Il n'en est pas moins vrai que la Belgique, comparativement à d'autres pays européens, obtient un très bon résultat en la matière.

D. Perspectives à moyen terme 2003-2008

Le commentaire de ces évolutions à moyen terme s'articule autour de deux points: le premier porte sur les perspectives d'évolution des dépenses de soins de santé, le second sur l'impact de cette évolution sur l'emploi et la valeur ajoutée dans le secteur des services, qui incorpore le secteur de la santé.

1. Consommation de soins de santé

a. Méthodologie

La majeure partie des dépenses de soins de santé, à savoir le montant repris dans les objectifs budgétaires², devrait, conformément à la déclaration gouvernementale, connaître une croissance annuelle de 4,5 pour cent, hors adaptation à l'indice santé.

1. Source: Commission Européenne, in: DOCTEUR, Elizabeth en OXLEY, Howard, 2003, Health-Care Systems: Lessons from the reform experience, *OESO Economic Department Working Papers*, No. 374, ECO/WKP(2003)28.
2. Certaines dépenses de moindre importance à charge de l'INAMI (telles les dépenses réalisées dans le cadre d'accords internationaux, les remboursements réalisés dans le cadre du MAF (maximum à facturer) fiscal, les dépenses d'expertise, celles relatives au "Plan social kiné" et à la lutte contre le tabagisme) ne sont pas intégrées dans la norme de dépenses. Il en est de même pour les accroissements structurels de dépenses tels les augmentations salariales du personnel soignant.

En d'autres termes, nous faisons une hypothèse de croissance réelle des dépenses de soins de santé à charge de la sécurité sociale de 4,7 % en 2004 (l'excédent de 0,2 % étant imputable aux augmentations barémiques dans les institutions de santé) et de 4,5 % sur la période 2005-2007. Pour l'année 2008, cette croissance est estimée à 3,9 %, dont 3,2 % relèvent de la dynamique interne du modèle¹ et 0,7 % est imputable au vieillissement démographique. Ultérieurement, la croissance suit la dynamique usuelle du modèle.

Afin qu'ils soient exprimés selon un dénominateur commun, les chiffres repris dans le tableau qui suit ont été déflatés selon l'indice des prix du PIB.

**TABLEAU 25 - Hypothèses de croissance des dépenses de soins de santé
(à prix du PIB constants et en %)**

En pour-cent	2004	2005	2006	2007	2008
Dépenses des institutions de sécurité sociale					
- dépenses traditionnelles de soins de santé	4.4	4.3	4.4	4.4	3.7
- avec transfert du prix de journée d'hospitalisation à charge du SPF Santé Publique	12.6	4.1	4.2	4.2	3.6
- avec extension aux "petits risques" dans le régime indépendant	12.6	4.1	5.3	6.4	3.6
Pouvoir fédéral	-...	- 4.1	- 4.2	- 3.9	-4.1
Pouvoirs locaux	6.3	1.6	1.9	2.0	2.0
Régions	3.1	3.0	3.4	3.5	3.5
Total des interventions publiques	4.3	3.9	5.0	6.0	3.5
Sociétés privées d'assurance	4.4	4.4	- 10.7	- 32.7	3.8
Part à charge des ménages	3.1	4.3	4.8	3.7	5.4
Consommation globale de soins de santé	4.0	4.0	4.3	4.2	3.9

L'intervention dans le prix de journée d'hospitalisation à charge du SPF Santé publique est supportée, à partir de 2004, par l'INAMI. Les moyens financiers correspondants sont provisionnés par une hausse du financement alternatif de la sécurité sociale. Dans les perspectives de moyen terme, on table sur une croissance réelle de ces dépenses de 1,4 % (soit la croissance annuelle moyenne observée depuis 1993).

Lors du Conseil des ministres extraordinaire de Gembloux des 16 et 17 janvier 2004, le gouvernement a décidé d'étendre, à dater du 1er juillet 2006, la couverture soins de santé des travailleurs indépendants aux "petits risques" et d'y appliquer les principes de maximum à facturer et de tarifs préférentiels. La dichotomie en matière de soins de santé des régimes salarié et indépendant disparaît. Dès lors, la part des sociétés privées d'assurance dans les dépenses globales de soins de santé est amenée à décroître, même si, à l'heure actuelle, plus de 80 % des indépendants sont déjà couverts par une assurance libre complémentaire auprès d'une mutuelle ou par un autre organisme assureur.

Les dépenses d'aide aux personnes handicapées à charge des Régions devraient, à moyen terme, croître en termes réels d'environ 2,8 % par an. Les dépenses des autorités locales en matière de prestations en nature des CPAS augmenteraient de 1,3 %. Ces chiffres reflètent une évolution tendancielle, sauf en 2004 où on s'attend à un accroissement des dépenses des CPAS en faveur des réfugiés. Ces dépenses sont par la suite indexées selon un indice de prix spécifique² aux dépenses de soins de santé à charge du gouvernement.

1. Croissance annuelle moyenne sur les dix dernières années corrigée pour tenir compte du vieillissement démographique.
2. L'évolution des indices de prix spécifiques est basée sur l'évolution de l'indice de prix de la consommation de biens intermédiaires.

Les dépenses des ménages en matière de soins de santé sont estimées dans le modèle HERMES sur base d'indices de prix et de volumes¹ spécifiques.

b. Résultats

Exprimées en prix constants du PIB (voir figure 33), les dépenses de soins de santé connaîtraient une croissance annuelle moyenne de 4,1 % sur la période 2004 - 2008, le PIB une croissance moyenne de 2,3 %, soit une élasticité de 1,8. Cette croissance est supérieure à celle observée sur la période 1979 - 2002, où l'élasticité des dépenses de soins de santé par rapport au PIB était, pour sa part, de l'ordre de 1,6.

FIGURE 32 Dépenses de soins de santé
- en % du PIB

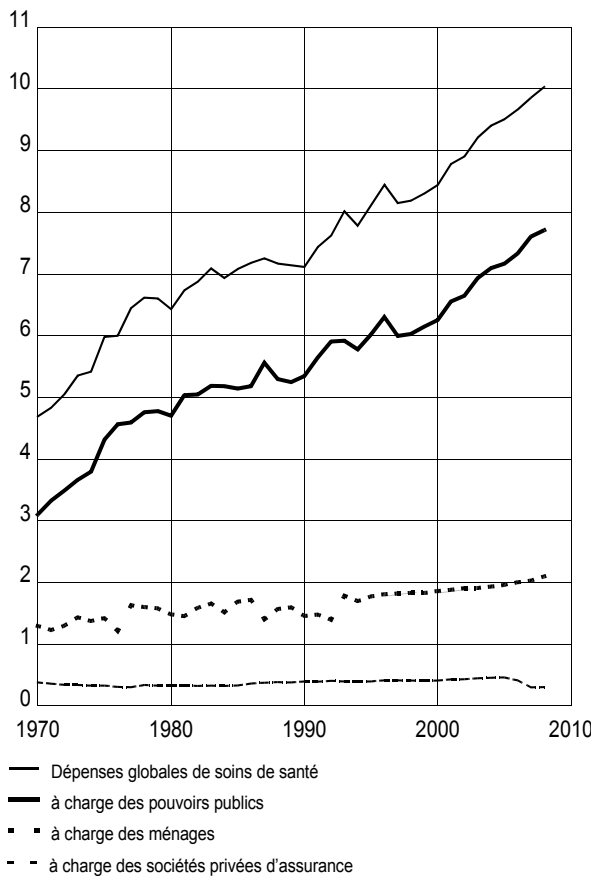
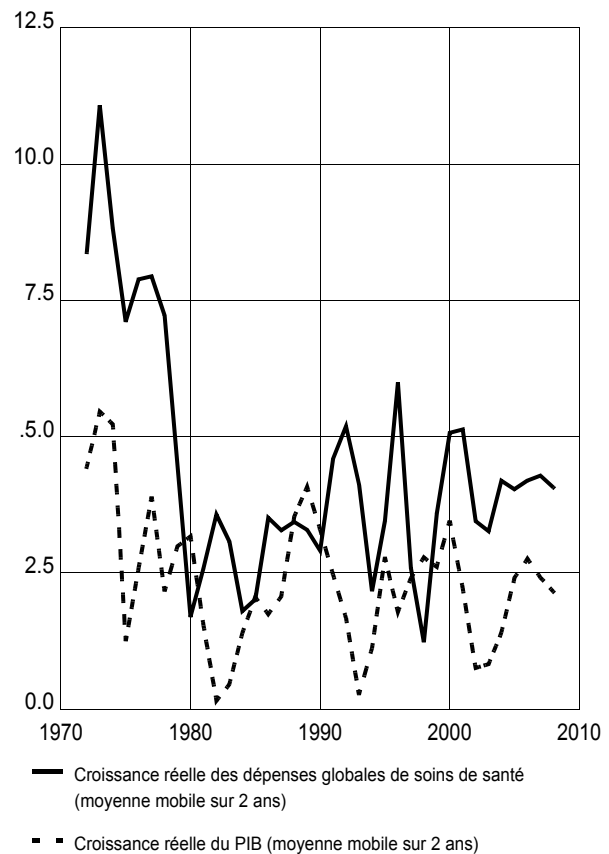


FIGURE 33 Dépenses de soins de santé et PIB



Cette forte croissance des dépenses de santé est conforme au suivi de la norme budgétaire, applicable à deux tiers des dépenses globales. En 2004, cette norme budgétaire procurait une marge de 4,5 % afin de réduire le prix supporté par le patient pour divers médicaments et prestations, d'augmenter les honoraires et d'améliorer le financement des hôpitaux. Parallèlement, l'usage des médicaments génériques a été promu, le prix des produits pharmaceutiques vieux de plus de 15 ans abaissé, et la consommation de

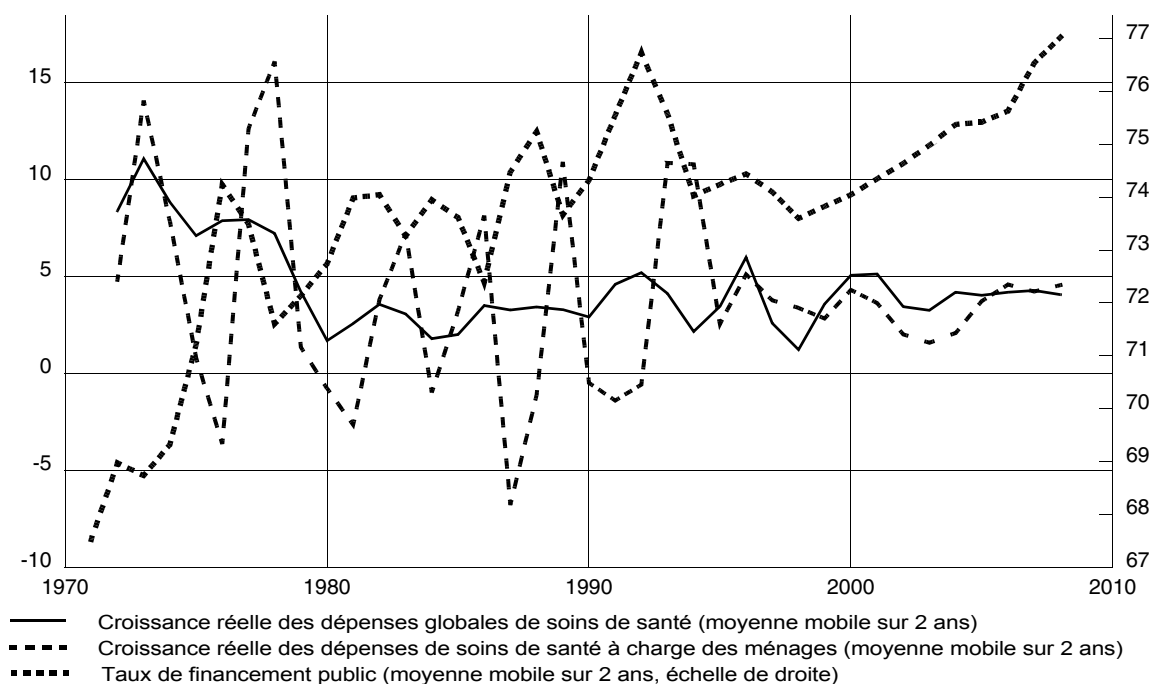
1. Les évolutions de la consommation par tête sont estimées, tenant compte d'une dynamique de correction d'erreurs, en fonction des évolutions de pouvoir d'achat, de prix relatifs et d'un indicateur de vieillissement démographique.

médicaments rationalisée. En outre, les premiers jalons de nouvelles pratiques ont été posés, tels les centres-pilotes en matière de lutte contre le traitement de la douleur chez les enfants, la mise en place d'une infrastructure plus adéquate pour le traitement des patients comateux. Il est supposé que la croissance moyenne de 4,5 % des dépenses sur la période 2005-2007 est consacrée à l'extension et au raffinement de l'offre médicale, dans le prolongement des évolutions passées.

Comme illustré à la figure 32, la norme budgétaire des dépenses de santé génère une forte croissance de la part de ces dépenses dans le PIB: de 9,2 % en 2003 à 10,0 % en 2008. La part des dépenses publiques de soins de santé dans le PIB s'accroît de 0,8 points de pour-cent, dont 0,2 sont imputables à l'extension aux petits risques de la couverture sociale des travailleurs indépendants, extension qui entraîne également une diminution de la part des dépenses des sociétés privées d'assurance. La part des dépenses des ménages augmente pour sa part de 0,2 points de pour-cent.

La figure 34 illustre l'importance croissante du financement public des dépenses de soins de santé, exprimées par souci de clarté en moyenne mobile sur 2 ans. Le taux d'intervention publique, qui était de 75,3 % en 2003, devrait, suite à l'augmentation décidée du remboursement de certaines prestations, s'élever à 75,5 % en 2004, et par la suite encore augmenter en 2006 et 2007 (pour atteindre respectivement 75,9 et 77,2 %) consécutivement à l'extension de la couverture soins de santé des travailleurs indépendants.

FIGURE 34 - Croissance des dépenses de soins de santé déflatées par l'indice des prix du PIB (en %) - taux de financement public (échelle de droite)



2. Evolutions sectorielles

a. Méthodologie de projection

Le modèle utilisé est le modèle de moyen terme HERMES¹. Ce modèle est macro-sectoriel. Sa structure générale est de type néo-keynésien - la performance des branches d'activité est donc liée à la demande - dans laquelle des mécanismes d'offre ont été introduits.

Le modèle a une dimension sectorielle importante: les relations entre les branches d'activité sont décrites dans leur totalité (par exemple, on tient compte de l'information des matrices Input/Output²) et les agrégats macroéconomiques résultent explicitement de leur somme.

Dans le modèle HERMES, la branche d'activité "santé et action sociale" est modélisée selon le schéma appliqué aux différentes branches d'activité des services.

b. Résultats

La tendance passée de l'évolution du poids de la valeur ajoutée de la branche d'activité "santé et action sociale" se poursuit en projection: elle passe de 7,2 % du PIB en 2002 à 8 % du PIB en 2008, soit une augmentation de 0,8 point de pourcentage.

TABLEAU 26 - Valeurs ajoutées à prix courants
(en % du total)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Industrie	26.5	26.3	26.4	26.3	26.1	26.0
Services marchands	60.2	60.6	60.7	61.1	61.5	61.8
- dont Santé et action sociale	7.3	7.4	7.5	7.6	7.8	8.0
Autres	13.3	13.1	12.8	12.6	12.4	12.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: BfP, Perspectives économiques 2003-2008 de novembre 2003.

En termes d'emploi, la tendance passée de la branche d'activité "santé et action sociale" se poursuit également et se renforce: la part de l'emploi de cette branche d'activité passe de 9,7 % en 2002 à 11,4 % en 2008, soit une augmentation de 1,7 point de pourcentage.

1. Harmonised Econometric Research for Modelling Economic Systems.
Voir BOSSIER F., BRACKE I., STOCKMAN P., VANHOREBEEK F., *A description of the HERMES II model for Belgium*, juillet 2000 et BOSSIER F., VANHOREBEEK F., *Simulations with the HERMES II model for Belgium*, décembre 2000.
2. Voir ICN - BfP, *Tableaux Entrées-Sorties de la Belgique pour 1995*, février 2003.

TABLEAU 27 - Emploi intérieur
(salariés et indépendants, en % du total)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Industrie	21.5	21.3	21.1	20.8	20.5	20.3
Services marchands	55.7	56.2	56.7	57.2	57.7	58.2
- dont Santé et action sociale	10.0	10.3	10.6	10.9	11.2	11.4
Autres	22.7	22.6	22.3	22.0	21.8	21.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: BfP, Perspectives économiques 2003-2008 de novembre 2003.

La croissance de la productivité est proche de zéro en projection comme dans le passé. Cette croissance très faible s'expliquerait, comme déjà précisé dans la partie "analyse historique" de ce chapitre, d'une part, par le fait que ce secteur soit à forte intensité en emploi, et d'autre part, par la difficulté de désagréger la production des services de "soins de santé" entre volume et prix, parce que les progrès de qualité ne sont qu'imparfaitement répercutés dans les volumes.

TABLEAU 28 - Productivité horaire
(taux de croissance annuels moyens, en %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Industrie	2.2	2.4	3.0	2.6	2.2	2.2
Services marchands	1.3	1.5	1.5	1.4	1.3	1.2
- dont Santé et action sociale	0.6	-0.0	0.0	0.3	0.4	-0.0
Autres	0.8	2.5	4.9	4.3	4.0	3.5
Total	1.5	1.8	2.0	1.8	1.6	1.5

Source: BfP, Perspectives économiques 2003-2008 de novembre 2003.

E. Perspectives à long terme 2009-2030

1. Méthodologie utilisée

Des méthodologies diverses

La littérature macro-économique offre peu de pistes pour appréhender les dépenses futures de santé. Dans les études empiriques, on trouve principalement des études sur données cross-section qui lient de façon relativement simple les dépenses de santé au PIB pour un groupe de pays. Le WGA du CPE^a, quant à lui, retient une méthodologie qui vise principalement à appréhender l'impact des changements démographiques sur les dépenses futures de santé désagrégées en "acute health care" et "long-term care". Plus spécifiquement, les dépenses de soins de santé dans le PIB par tête (ou PIB par travailleur) sont projetées à l'aide de profils^b de dépenses par classe d'âges pour une année de base et d'une projection démographique. En dehors des effets démographiques, cette méthodologie fait également l'hypothèse que les dépenses de santé publiques par tête évoluent au même rythme de croissance que le PIB par tête (ou par travailleur); en d'autres termes, l'élasticité des dépenses de santé par tête dans une classe d'âge donnée par rapport au PIB par tête (ou par travailleur) est unitaire. Les auteurs reconnaissent que dans le passé l'élasticité de long-terme des dépenses de santé au PIB a été généralement supérieure à l'unité, et donc que leur projection risque de sous-estimer la croissance des dépenses de santé. Malgré cette limitation, cet exercice permet de quantifier, pour la plupart des pays de l'Union européenne, l'impact des effets du vieillissement sur les dépenses de santé à l'aide d'une méthodologie commune. En appliquant la méthodologie WGA à nos données, les dépenses publiques totales de santé (entités 1 et 2) seraient de l'ordre de 7,3 % du PIB en 2030^c.

L'évolution future des dépenses de soins de santé *hors effets démographiques*, appelée "tendance lourde" dans ce rapport, est particulièrement difficile à prédire. Contrairement à d'autres composantes de la sécurité sociale qui devraient connaître des évolutions plus mécaniques, les dépenses futures de soins de santé dépendront de nombreux facteurs (par exemple, les développements technologiques futurs, les pathologies nouvelles, etc.). Pour estimer cette évolution, plusieurs méthodologies peuvent être envisagées. Tout d'abord, la fonction simple qui lie les dépenses de santé hors effets démographiques au PIB par tête peut être modélisée à l'aide d'une *élasticité constante*. Cependant, les données montrent que l'élasticité des dépenses de santé au PIB par tête varie sensiblement sur le passé. De plus, la part des dépenses de santé dans le PIB projetée avec un tel modèle croît indéfiniment. Toutefois, cette contrainte a un impact principalement à très long terme.

Le tableau suivant présente les résultats d'une projection des dépenses publiques de santé (entité 1) à l'aide d'une telle méthodologie. Dans cet exercice, trois niveaux d'élasticité ont été retenus de manière à tenir compte des variations de l'élasticité des dépenses de santé au PIB par tête observées sur le passé.

TABLEAU 29 - Evolution des dépenses publiques de soins de santé: modèle à élasticité constante^a

<i>en taux de croissance annuel moyen</i>		<i>2004-2030</i>		
Effets démographiques		0.9		
<i>Elasticité retenue</i>	<i>1.20 (1993-2003)</i>	<i>1.25 (1981-2003)</i>	<i>1.34 (1971-2003)</i>	
Effets non-démographiques		2.4	2.6	2.9
Dépenses publiques de l'entité 1		3.3	3.5	3.8
<i>PIB</i>		1.9	1.9	1.9
<i>en % du PIB</i>		<i>2030</i>		
Dépenses publiques de l'entité 1		8.9	9.3	10.1
Dépenses publiques de l'entité 2 ^b		0.7	0.7	0.7
Dépenses publiques totales (entités 1 et 2)		9.6	10.0	10.8

a. Source: Banque Nationale de Belgique.

b. Source: calculs propres (les dépenses publiques de l'entité 2 suivent par hypothèse le même rythme de croissance que le PIB).

Une autre voie de modélisation lie les dépenses de soins de santé hors effets démographiques au PIB par tête à l'aide d'un *modèle linéaire à élasticité variable*. Cette modélisation suppose explicitement une propension marginale à consommer constante et une *élasticité qui converge vers l'unité à long terme*. De plus, ce modèle suppose implicitement qu'à long-terme la part des dépenses de santé dans le PIB converge vers un niveau donné qui dépend de la propension marginale à consommer estimée. Toutefois, il n'est pas possible de valider ce niveau sur base de modèles théoriques détaillés. Les sections suivantes préciseront plus en détail cette méthodologie qui est celle retenue dans ce rapport et présenteront les résultats obtenus.

Remarquons, toutefois, que malgré les différences méthodologiques mentionnées ci-dessus, les écarts entre les résultats obtenus à l'aide de ces deux modèles ne sont pas très importants en termes de taux de croissance (voir section E.2 pour les résultats à l'aide du modèle linéaire); en particulier, les résultats sont très proches lorsque l'élasticité retenue dans le modèle à élasticité constante est celle correspondant à la période 1993-2003, soit 1,2.

a. Working Group on the Implications of Ageing of the Economic Policy Committee of the European Commission.

b. Voir Economic Policy Committee, *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Brussels, October 2001 - p.34, graphique 4.1.

c. Méthodologie WGA appliquée sur la période 2003-2030.

La méthodologie utilisée dans ce rapport¹ est axée sur l'estimation future des dépenses *totales* de santé. Trois facteurs affecteront les dépenses *totales* de santé: le volume futur de la population, le vieillissement de celle-ci et une «tendance lourde», soit la partie de l'évolution qui résulte de l'évolution des volumes et des prix des soins de santé à structure démographique inchangée. Ces trois facteurs sont précisés ci-dessous. Pour les aspects techniques de modélisation de ces facteurs, il faut se référer à l'annexe 3.

Les dépenses *publiques* de santé de la *sécurité sociale* sont ensuite projetées en faisant l'hypothèse d'une croissance identique à celle des dépenses *totales*, à l'issue de la période de moyen terme (2003-2008). Les dépenses *publiques* de santé de la *sécurité sociale* ainsi obtenues sont réparties entre le régime des travailleurs salariés et indépendants au pro rata de la répartition par régime des titulaires de l'assurance-maladie. Les *autres dépenses publiques* de santé (certaines dépenses du Pouvoir fédéral, des Régions et des Pouvoirs locaux) suivent l'évolution du PIB.

1. Voir ENGLERT M., FASQUELLE N., FESTJENS M.-J., LAMBRECHT M., SAINTRAIN M., STREEL C., WEEMAES S., *Les perspectives financières de la sécurité sociale 2000-2050. Le vieillissement et la viabilité du système légal des pensions*, Bureau fédéral du Plan, Planning Paper 91, Bruxelles, janvier 2002 - p. 50 à 53.

a. Les déterminants démographiques

Les déterminants démographiques pris en compte sont la taille de la population et la variation de la structure de la population par âge et sexe. L'impact de ces déterminants sur les dépenses de santé est estimé à l'aide d'un modèle démographique et de profils de dépenses de santé par classe d'âges et sexe¹.

i. L'effet 'volume de la population'

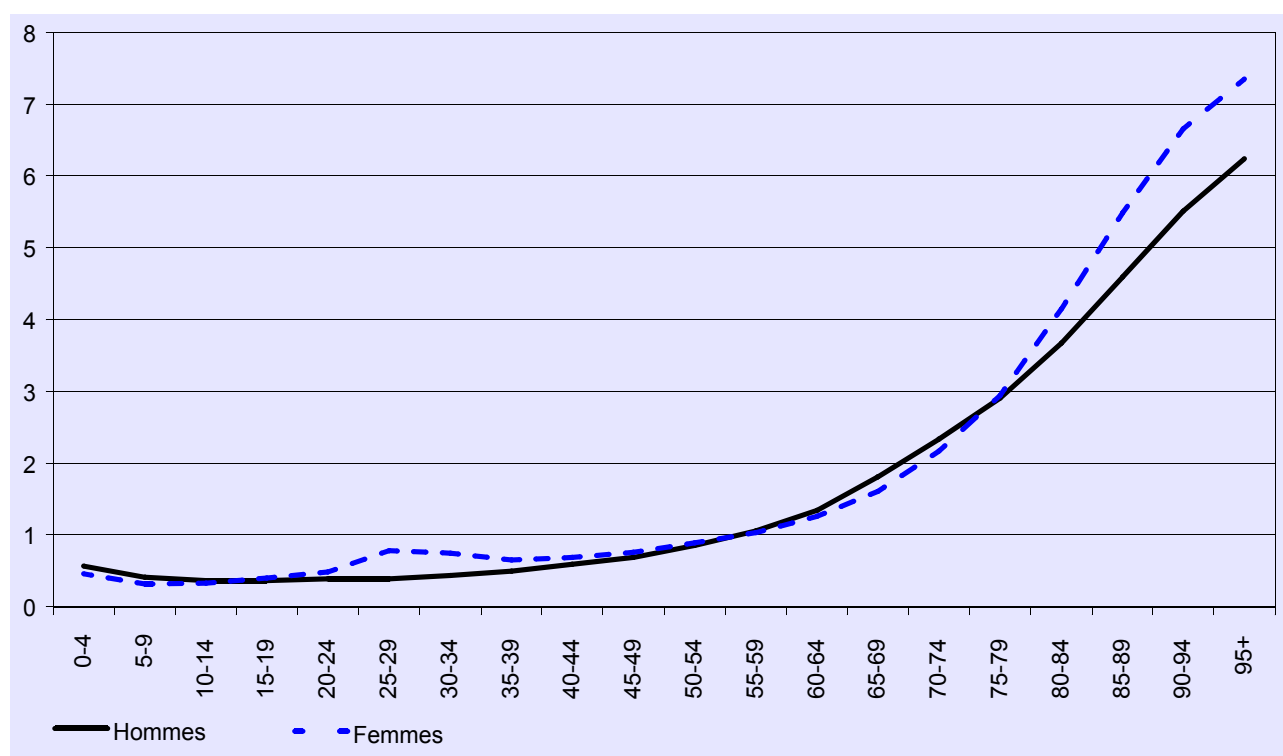
La population de la Belgique devrait croître légèrement au cours des prochaines décennies, suite à l'allongement de la vie qui se poursuit et à la perspective d'un important solde migratoire positif. Ainsi, la croissance annuelle moyenne de la population serait de l'ordre de 0,2 % entre 2001 et 2030, ce qui équivaut à la croissance observée au cours des 3 dernières décennies (1971-2000).

ii. L'effet 'vieillissement de la population'

Le vieillissement de la population est dû à la conjugaison de trois facteurs bien connus: l'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la génération du baby-boom de l'après-guerre et la chute des taux de natalité. Ainsi, le coefficient de dépendance des âgés (60 ans et plus/20 à 59 ans) était de 40 % en 2000 et serait de 44 % en 2010 et de 63 % en 2030. Par ailleurs, le coefficient exprimant le "vieillissement dans le vieillissement" (80 ans et plus/60 ans et plus) était de 16 % en 2000 et serait de 21 % en 2010 et de 22 % en 2030.

1. Le modèle démographique utilisé permet de simuler l'évolution de la population de la Belgique à l'horizon 2050, désagrégée par sexe, classe d'âges, région et arrondissement, après définition d'hypothèses relatives à l'évolution de la natalité, de la mortalité, des migrations intérieures et avec l'étranger. Les perspectives de population reprises dans cette note sont les perspectives de population 2000-2050, réalisées par l'INS et le BfP, remises au niveau des observations au 1er janvier 2002 par le BfP. Par ailleurs, les profils de dépenses de santé par classe d'âge et sexe est réalisé sur base de données d'échantillon.

FIGURE 35 - Profils par classe d'âges et sexe des dépenses de soins de santé en 1997
(profils normalisés par rapport à une dépense moyenne de 1, tous âges et sexes confondus)^a



a. Calculs sur base de données d'échantillon pour l'année 1997.

L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (y compris le taux de remboursement préférentiel à des âges avancés) est déterminé à l'aide des profils par classe d'âges et sexe illustrés par le graphe 35 ci-dessus. Ils permettent de mesurer la croissance moyenne annuelle des dépenses (publiques) de santé exclusivement attribuable au vieillissement¹ qui serait de l'ordre de 0,7 % entre 2001 et 2030, alors que sur la période 1971-2000, cette croissance n'était que de 0,5 %.

Notons que ces profils établis pour la Belgique sont assez similaires à ceux établis pour les autres pays de l'Union européenne².

b. La "tendance lourde"

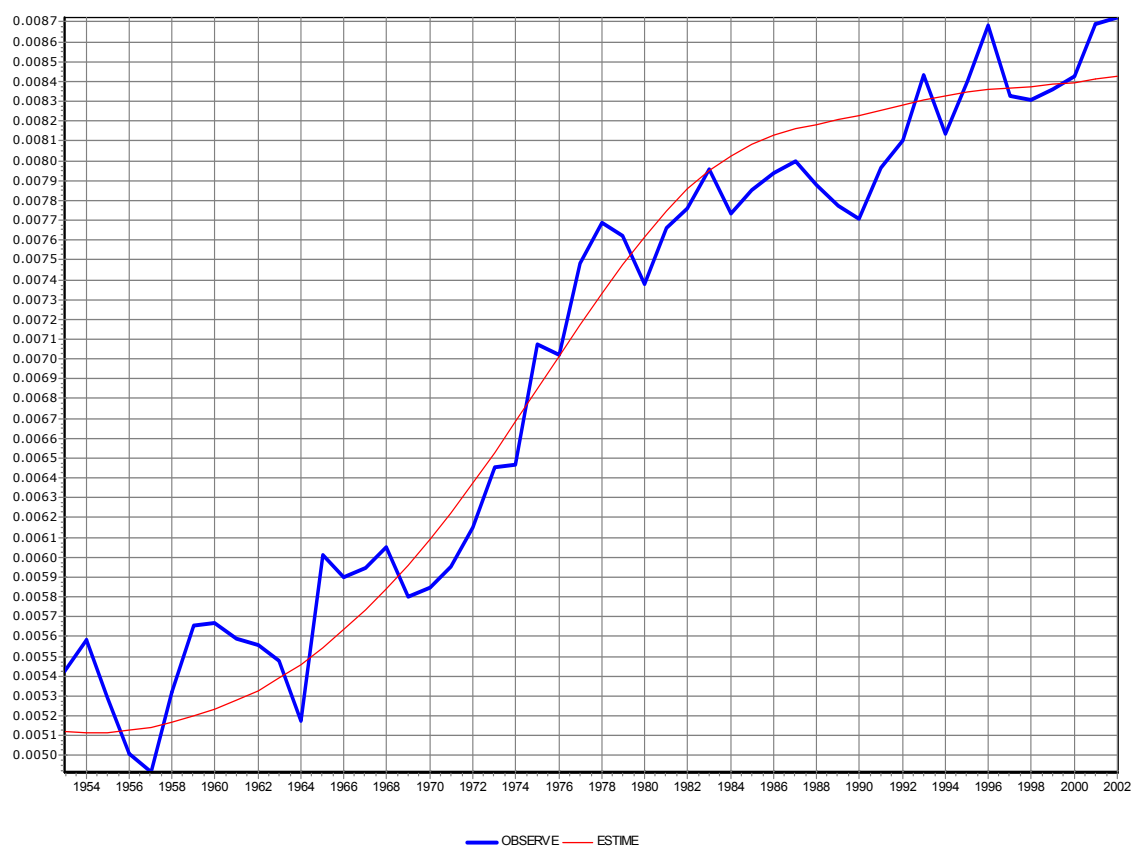
La "tendance lourde" est définie comme la partie de l'augmentation des dépenses totales de soins de santé dans le PIB qui ne résulte pas du facteur démographique. Cette tendance historique résulte d'une dynamique combinant des facteurs d'offre (notamment ceux qui découlent des progrès techniques: nouveaux appareils de diagnostic et de soin, technicisation des actes, hyper-spécialisation des prestataires, élargissement de l'arsenal thérapeutique...), de demande et des objectifs politiques en matière de santé. Elle est constituée tant d'effets-volume que d'effets-prix: la comptabilité nationale montre que la croissance du prix de la consommation de soins de santé est en moyenne supérieure à la croissance du PIB.

1. Dans l'hypothèse où les profils de coût par âge et sexe restent constants dans le temps.
2. Voir Economic Policy Committee, *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, Brussels, october 2001 - p.34, graphique 4.1.

Cette tendance historique est estimée par une approche économétrique: la variable à expliquer est la dépense de santé par tête, déflatée par le prix du PIB (pour prendre en compte le différentiel d'inflation des prix de la santé et du PIB) et par l'indicateur d'impact du vieillissement (afin d'obtenir la consommation de santé à structure d'âge inchangée). Cette variable est fonction du revenu réel par tête et d'un terme auto-régressif: l'élasticité au revenu réel par tête subit de ce fait des variations de court terme. L'élasticité, qui en moyenne sur la période de projection est supérieure à l'unité, tend vers 1 à très long terme.

La figure 36 reprend le ratio des dépenses totales de soins de santé par tête - hors effet du vieillissement - et du PIB par habitant¹ pour la période 1953-2002, une première fois à l'aide des valeurs observées et une deuxième fois à l'aide des valeurs estimées selon l'équation de la tendance lourde. La série des valeurs estimées a été lissée² de manière à isoler son trend et à mieux visualiser les écarts par rapport aux données observées. Le graphique fait apparaître que les valeurs estimées par l'équation des dépenses de soins de santé sont très proches de celles observées.

FIGURE 36 - Part des dépenses de soins de santé par tête hors effet du vieillissement dans le PIB par tête: valeurs observées et estimées.



1. Les dépenses de soins de santé et le PIB sont déflatés par le prix du PIB.
2. Selon la méthode de Hodrick-Prescott.

2. Résultats détaillés

Le tableau 30 présente l'évolution des dépenses de santé *totales* en % du PIB et en taux de croissance. Sur l'ensemble de la période de projection (2003-2030), les dépenses totales de santé passent de 9,2 % du PIB en 2003 à 12,5 % du PIB en 2030, soit un accroissement de 3,3 points de pourcentage du PIB. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales sur cette période (2003-2030) est de 3,2 %.

Le tableau 30 présente également le taux de croissance des dépenses totales de santé désagrégé par facteurs explicatifs, à savoir la "tendance lourde" et les facteurs démographiques ("vieillissement" et "volume de la population"). Sur la période de projection de long terme (2009-2030), le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales de santé est de 2,9 %; le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses dû à la "tendance lourde" est de 2,1 % et celui dû aux facteurs démographiques est de 0,8 % (0,7 % dû au facteur "vieillissement" et 0,2 % dû au facteur "volume de la population").

TABLEAU 30 - Dépenses totales de santé
(en prix de 1998)

en % du PIB	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2010	2020	2030	2030-2003
Dépenses totales de santé ^a	4.7	6.4	7.1	8.4	8.9	9.2	10.2	11.4	12.5	3.3

a. Dépenses de soins de santé à charge de tous les agents intérieurs (Etat, ménages, entreprises)

en taux de croissance annuel moyen	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2002	2003-2008 ^a	2009-2030	2003-2030 ^b
Dépenses totales de santé	6.7	3.2	4.0	3.3	4.4	2.9	3.2
dont tendance lourde	6.1	2.6	3.2	2.3	-	2.1	-
dont effet démographique	0.6	0.6	0.8	0.9	-	0.8	-
* dont effet vieillissement	0.4	0.5	0.5	0.5	-	0.7	-
* dont effet volume de la population	0.2	0.1	0.3	0.4	-	0.2	-

a. La méthodologie de moyen terme est d'application sur cette période.

b. La méthodologie de moyen terme est partiellement d'application sur cette période.

Le tableau 31 présente l'évolution des dépenses *publiques* de santé en % du PIB et en taux de croissance.

Rappelons que les dépenses *publiques* de santé de la *sécurité sociale* sont projetées en faisant l'hypothèse d'une croissance identique à celle des dépenses *totales*, à l'issue de la période de moyen terme. Les dépenses *publiques* de santé de la *sécurité sociale* ainsi obtenues sont réparties entre le régime des travailleurs salariés et indépendants au pro rata de la répartition par régime des titulaires de l'assurance-maladie. Les *autres dépenses publiques* de santé suivent l'évolution du PIB.

Sur l'ensemble de la période de projection (2003-2030), les dépenses publiques totales de santé passent de 6,9 % du PIB en 2003 à 9,3 % du PIB en 2030, soit un accroissement de 2,4 points de pourcentage du PIB. Cet accroissement de 2,4 points de pourcentage du PIB est attribuable pour 0,8 point de pourcentage à la période 2003-2008 et pour 1,6 point de pourcentage à la période 2008-2030.

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques totales sur l'ensemble de la période de projection (2003-2030) est de 3,2 % pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,9 %. Sur la période 2003-2007 (qui correspond à la période prenant en compte les décisions politiques concrètes récentes), le taux de croissance annuel moyen est de 5,1 %¹ pour un taux de croissance économique annuel moyen de 2,1 %. Sur la période 2008-2030, le taux de croissance annuel moyen des dépenses est de 2,8 % pour un taux de croissance économique annuel moyen de 1,9 %.

Notons enfin que l'augmentation des dépenses publiques de soins de santé due uniquement à la "tendance lourde" est de 0,3 point de pourcentage du PIB entre 2009 et 2030 et l'augmentation des dépenses publiques due uniquement aux effets démographiques est de 1,4 point de pourcentage du PIB (1,1 point de pourcentage du PIB dû à l'effet "vieillesse" et 0,3 point de pourcentage dû à l'effet "volume de population").

TABLEAU 31 - Dépenses publiques de santé
(en prix de 1998)

en % du PIB	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2010	2020	2030	2030-2003
Dépenses publiques totales de santé ^a	3.1	4.8	5.4	6.3	6.6	6.9	7.8	8.6	9.3	2.4
Prestations de sécurité sociale	2.5	3.8	4.4	5.2	5.5	5.7	7.0	7.8	8.6	2.8
dont salariés	2.3	3.5	4.0	4.8	5.1	5.3	5.9	6.6	7.2	1.9
dont indépendant	0.1	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.7	0.8	0.9	0.5
dont autres	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.5	0.4
Autres dépenses publiques de santé	1.0	1.0	1.0	1.0	1.2	1.2	0.8	0.8	0.8	-0.4

a. Les dépenses publiques de santé comprennent les dépenses de santé de la Sécurité sociale (régime des travailleurs salariés et indépendants - y compris les petits risques indépendants à partir de 2006 -, OSSOM et autres régimes), du Pouvoir fédéral (principalement le remboursement de 25 % du prix de journée d'hospitalisation qui est transféré, à partir de 2004, à la Sécurité sociale), des Régions (aide aux handicapés) et des pouvoirs locaux (prestations médicales des CPAS aux personnes en difficulté, y compris les frais de séjour dans les maisons de repos).

en taux de croissance annuel moyen	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2002	2003-2007	2008-2030	2003-2030
Dépenses publiques totales de santé	8.2	3.4	3.8	3.6	5.1	2.8	3.2
Prestations de sécurité sociale	8.2	3.6	4.1	3.2	7.0	2.9	3.6
dont salariés	8.3	3.5	4.2	3.2	4.7	3.0	3.3
dont indépendant	10.0	4.6	3.4	3.2	16.4	2.8	5.3
dont autres	-3.9	2.6	8.6	2.6	286.4	1.9	52.7
Autres dépenses publiques de santé	8.2	2.8	2.5	5.8	-4.6	2.0	0.8

1. L'explication détaillée de la formation des taux de croissance sur la période 2003-2007 a été faite à la section D.1. de ce chapitre.

IV Activités des travailleurs âgés

En réponse à la forte augmentation du taux de chômage lors des chocs pétroliers et à son maintien à un niveau élevé depuis, la Belgique, peut-être plus que d'autres pays industrialisés, a multiplié les opportunités offertes aux travailleurs âgés de retrait anticipé de la vie active. Même si ces dernières années on a assisté à un changement de cap, avec certaines mesures visant à encourager le maintien en activité et l'emploi des travailleurs âgés, cette politique a concouru à de faibles taux d'activité de la population âgée. Ainsi, selon les résultats de l'enquête sur les forces de travail, le taux d'emploi des 55-64 ans était, en Belgique, de 25,7 % en 2002 alors qu'il s'élevait à 39,8 % dans l'Union européenne.

Le principal objectif de ce chapitre est d'offrir une description des comportements récents d'activité des travailleurs âgés en Belgique. Cette analyse descriptive est réalisée selon deux optiques. Dans un premier temps (section 2), l'intérêt se porte sur la répartition, observée en 2001, de la population de 50 à 64 ans par groupe d'âges de 5 ans, sexe et statut d'activité (principalement emploi, chômage, prépension, invalidité et retraite anticipée). Dans un second temps, notamment dans l'optique d'évaluer l'attractivité relative des différents régimes de retraite, l'analyse se focalise plus particulièrement sur l'évolution de la situation socio-économique des hommes¹ âgés de 59 en 1996, dont le parcours socio-professionnel est suivi jusqu'en 2001, année où cette génération atteint l'âge de 64 ans (section 3). La dernière partie de ce chapitre (section 4) offre une mise en perspective des comportements d'activité des travailleurs âgés en Belgique, au travers d'une comparaison de certains indicateurs-clé au niveau des pays membres de l'Union européenne. Avant tout, un rapide descriptif des statistiques disponibles en la matière est réalisé (section 1).

1. Emploi et retraits anticipés: les données disponibles

Les dispositifs de retrait anticipé de la vie active qui sont traités dans ce chapitre sont les systèmes de chômage âgé², de prépension, d'interruption de carrière à temps plein et de retraite anticipée (retraite avant l'âge légal de la pension). Outre ces formes de retraits anticipés, les régimes d'invalidité et de pension de survie constituent également des formes d'inactivité rémunérée avant l'âge de la retraite. Elles sont également intégrées à l'analyse qui suit.

Parallèlement à ces dispositifs publics, les entreprises ont également favorisé les retraits anticipés du marché du travail au travers entre autres du système dit de prépension "Canada Dry". Le licenciement de travailleurs âgés avec d'importantes indemnités extra-légales (notamment dans le cadre de la pension du second pilier) permet à l'employeur de contourner les contraintes imposées par le système conventionnel de prépension. Au-

-
1. La réforme des pensions rend un tel exercice moins pertinent pour les femmes.
 2. Il s'agit selon la dénomination officielle des chômeurs non-demandeurs d'emploi. L'âge d'accès à ce statut était jusqu'en 2001 de 50 ans. Il est progressivement relevé, de juin 2002 à juin 2004, jusqu'à 58 ans.

délà de la période de préavis, les travailleurs licenciés se retrouvent en chômage indemnisé. Par manque d'information statistique, ce système ne fait toutefois pas l'objet dans cette section d'un traitement propre.

Contrairement aux catégories socio-économiques évoquées à l'instant, les effectifs d'emploi ne font pas l'objet de statistiques officielles par âge. Le Bureau fédéral du Plan effectue une estimation de la ventilation de l'emploi par âge sur base de diverses sources. Cette estimation est contrainte par l'évolution de l'emploi total publié officiellement par l'Institut des Comptes Nationaux. Une révision importante de l'emploi total avait été effectuée en 2003 conduisant à des modifications non négligeables de la répartition de l'emploi par âge. D'autres révisions seront encore apportées au cours de l'année 2004. Les données d'emploi présentées ci-dessous ne peuvent donc en aucun cas être considérées comme définitives mais apportent déjà un certain éclairage de la situation des travailleurs âgés.

D'autre part, le Bureau fédéral du Plan effectue également divers calculs sur les nombres de pensionnés fournis par les organismes compétents. Il s'agit notamment de tenter d'éliminer les doubles comptages. En effet, un pensionné peut bénéficier de pensions de plusieurs régimes: par exemple une pension du régime des travailleurs salariés et une pension du régime des travailleurs indépendants s'il a effectué une carrière mixte. Au sein du régime général des travailleurs salariés et indépendants, les doubles comptages sont ainsi éliminés, par contre, ne disposant pas d'information suffisamment précise sur les doubles comptages entre le régime général et le régime de pension de la fonction publique, ces derniers subsistent.

2. Les comportements d'activité de 50 ans à 64 ans par classe d'âges

Le tableau 32 décrit, pour l'année 2001, la ventilation de la population de 50 à 64 ans par classe d'âges de cinq ans et selon la situation socio-économique. Les données sont principalement issues de statistiques administratives, ce qui signifie l'existence de doubles comptages principalement d'ailleurs au sein de la population pensionnée.

TABLEAU 32 - Répartition socio-économique de la population de 50 à 64 ans par classe d'âges de 5 ans - année 2001
(en % de la population de la classe d'âges correspondante)

	Emploi	Catégories socio-économiques					Total	
		Chômage total	Chômage âgé	Prépension	Interruption de carrière à temps plein	Invalité		Pension
50-54 ans	62.9	10.8	8.0	1.0	0.3	5.8	3.8	84.6
55-59 ans	45.6	13.0	11.4	6.7	0.3	7.9	7.4	80.9
60-64 ans	13.8	6.2	5.8	12.9	0.0	6.5	49.4	88.8

Ces chiffres montrent que le taux d'emploi des âgés décroît rapidement avec l'âge, de 62,9 % pour la classe d'âge 50-54 ans, à 45,6 % pour les 55-59 ans et seulement 13,8 % pour les 60-64 ans. Le marché du travail des âgés est par conséquent caractérisé par des retraits anticipés très importants.

Avant l'âge de 60 ans, les formes de départ anticipé privilégiées sont le chômage, la prépension et l'invalidité, qui représentent 17,6 % des personnes âgées de 50 à 54 ans et 27,6 % des personnes âgées de 55 à 59 ans. Par contre, l'entrée en pension étant généralement permise à partir de 60 ans (néanmoins sous certaines conditions dans le régime général des travailleurs salariés et indépendants), la pension devient le mode privilégié de départ anticipé du marché du travail pour les 60-64 ans, les autres formes de départ représentant néanmoins encore 25,6 % du total. Cependant, ce constat sera fortement nuancé dans l'analyse fine par sexe et par régime de travail (*cf. infra*). Les interruptions de carrière à temps plein ont un caractère relativement marginal.

Afin d'appréhender de manière plus fine les différentes formes de retrait anticipé, il est intéressant d'introduire deux caractéristiques supplémentaires, à savoir le sexe et le régime de travail (salarié, indépendant, statutaire du secteur public¹). En effet d'une part certaines formes de retrait anticipé du marché du travail n'existent pas pour tous les régimes de travail: par exemple le chômage, la prépension et l'interruption de carrière n'existent que pour le régime des travailleurs salariés, tandis que le régime d'invalidité en tant que tel n'existe pas pour les statutaires du secteur public². D'autre part, la ventilation féminine peut parfois sensiblement différer de celle des hommes.

-
1. Il s'agit uniquement des statutaires du secteur public qui peuvent prétendre à une pension du secteur public. Les travailleurs contractuels du secteur public sont regroupés avec les travailleurs salariés qui bénéficieront d'une pension du régime général des travailleurs salariés.
 2. Ces derniers peuvent par contre bénéficier d'une retraite anticipée pour inaptitude physique. Mais ils sont alors comptabilisés dans les pensionnés du secteur public.

TABLEAU 33 - Répartition socio-économique de la population de 50 à 64 ans par sexe, classe d'âges de 5 ans et régime de travail - année 2001
(en % de la population selon le sexe et la classe d'âge correspondants)

	Régime de travail	Emploi	Catégories socio-économiques					Total	
			Chômage total	Chômage âgé	Prépension	Interruption de carrière à temps plein	Invalité		Pension
Hommes									
50-54 ans	salarié	44.9	10.0	7.3	1.7	0.1	6.0	0.6	63.3
	indépendant	16.2	-	-	-	-	0.5	0.0	16.7
	statutaire	17.2	-	-	-	-	-	0.9	18.1
	total	78.4	10.0	7.3	1.7	0.1	6.5	1.5	98.2
55-59 ans	salarié	31.4	13.7	11.8	10.9	0.3	8.7	0.9	65.9
	indépendant	15.3	-	-	-	-	1.1	0.0	16.4
	statutaire	13.6	-	-	-	-	-	2.6	16.2
	total	60.2	13.7	11.8	10.9	0.3	9.8	3.5	98.4
60-64 ans	salarié	7.6	10.1	9.5	24.4	0.0	9.1	25.2	76.4
	indépendant	10.3	-	-	-	-	2.1	4.2	16.6
	statutaire	2.9	-	-	-	-	-	12.1	15.0
	total	20.8	10.1	9.5	24.4	0.0	11.2	41.5	108.0 ^a
Femmes									
50-54 ans	salarié	27.8	11.6	8.8	0.4	0.5	4.9	3.9	49.1
	indépendant	9.1	-	-	-	-	0.2	0.5	9.8
	statutaire	10.3	-	-	-	-	-	1.7	12.0
	total	47.2	11.6	8.8	0.4	0.5	5.1	6.1	70.9
55-59 ans	salarié	16.1	12.3	11.0	2.5	0.3	5.5	6.7	43.4
	indépendant	7.2	-	-	-	-	0.5	1.0	8.7
	statutaire	7.8	-	-	-	-	-	3.6	11.4
	total	31.2	12.3	11.0	2.5	0.3	6.0	11.2	63.5
60-64 ans	salarié	3.3	2.5	2.3	2.0	0.0	1.8	40.5	50.1
	indépendant	3.3	-	-	-	-	0.2	5.5	9.0
	statutaire	0.6	-	-	-	-	-	10.1	10.7
	total	7.2	2.5	2.3	2.0	0.0	2.0	56.1	69.8

a. La somme de l'ensemble des catégories socio-économiques dépasse 100 % probablement en raison de doubles comptages non éliminés dans les nombres de pensionnés.

Le profil fortement décroissant du taux d'emploi, déjà observé d'un point de vue global, se marque aussi bien chez les hommes que chez les femmes (tableau 33). Le taux d'emploi masculin passe de 78,4 % pour les 50-54 ans à 20,8 % pour les 60-64 ans, tandis que le taux d'emploi féminin passe de 47,2 % à 7,2 %.

Par régime de travail, le constat est relativement similaire excepté pour les travailleurs indépendants qui connaissent des baisses relatives nettement moins fortes de leurs taux d'emploi. Il faut noter également que l'on peut s'attendre à une augmentation des taux d'emploi des travailleuses salariées et indépendantes de 60 à 64 ans, en raison du relèvement progressif de l'âge légal de la pension féminine prévu par la réforme des pensions.

Plus de 78 % des hommes de 50 à 54 ans travaillent alors que 18,3 % bénéficient d'une forme de retrait anticipé, hormis la pension. 97 % de ces retraits anticipés concernent des travailleurs salariés puisque les deux autres régimes de travail ne connaissent presque aucune forme de retrait anticipé. Les retraits anticipés observés pour cette classe d'âges masculine s'effectuent principalement via les statuts d'invalidité et de chômeur (plus particulièrement de chômeur âgé mais ce système est en cours de réforme: l'âge d'entrée dans ce système est progressivement relevé à 58 ans entre 2002 et 2004).

La situation est sensiblement analogue chez les femmes de 50 à 54 ans, avec un moindre niveau d'emploi mais également 17,6 % de retraits anticipés hors pension. On peut remarquer que 6,1 % des femmes de 50 à 54 ans sont déjà pensionnées mais il s'agit principalement de pensions de survie.

Pour les hommes de 55 à 59 ans, on observe un effet de vases communicants entre le taux d'emploi qui n'est plus que de 60,2 % et le taux de retrait anticipé (hors pension) qui s'élève à 34,7 % et qui se partage assez équitablement entre le chômage âgé (11,8 %), la prépension (10,9 %) et l'invalidité (9,8 %). 3,5 % de la population masculine de 55 à 59 ans est pensionnée, dont les trois quarts proviennent du régime statutaire dans le secteur public. Certains régimes publics bénéficient en effet d'un âge légal d'entrée en pension inférieur à 60 ans.

Le constat pour les femmes de 55 à 59 ans diffère quelque peu de celui des hommes. Si l'on observe bien une diminution du taux d'emploi par rapport à celui des femmes de 50 à 54 ans (-16 %), le taux de retrait anticipé hors pension n'augmente que de 3,5 % (ce taux couvre 21,1 % des femmes de 55 à 59 ans). Parmi ces modes de retrait anticipé, la part des chômeuses âgées reste prépondérante (11,0 % des femmes de 55 à 59 ans), suivie par celle des invalides (6,0 %), la prépension (2,5 %) étant loin d'occuper une place aussi importante que pour les hommes. Par contre la part des pensionnées devient non négligeable (11,2 % dont 60 % provient du régime des salariés).

Les hommes de 60 à 64 ans délaissent majoritairement l'emploi (excepté les travailleurs indépendants qui représentent encore 10,3 % des hommes de cette classe d'âges) pour se retrouver presque à part égale en pension (41,5 %) ou dans les autres formes de retrait anticipé (45,7 %). Par contre, dans le régime des salariés, la pension est nettement moins représentée que les autres formes de retrait anticipé (25,2 % vs. 54,1 %). Parmi ces retraits anticipés, la prépension est la plus représentée (24,4 %), suivie par l'invalidité (11,2 %) et le chômage âgé (9,5 %). On observe clairement des entrées importantes d'hommes en pension entre 60 et 64 ans. Dans le régime des travailleurs salariés et indépendants, le bénéfice d'une pension de retraite peut en effet être anticipé à partir de l'âge de 60 ans si le travailleur peut justifier d'une carrière suffisante. Les agents de la fonction publique ont également la faculté de demander une pension anticipée à partir de 60 ans.

La situation des hommes et des femmes de 60 à 64 ans est fort contrastée en 2001 car elle est fortement influencée par l'impact de la réforme des pensions de 1996. En 2001, l'âge légal de la pension de retraite dans le régime général des travailleurs salariés et indépen-

dants est de 62 ans pour les femmes et de 65 ans pour les hommes. Le bénéfice des modes de retrait anticipé tels que le chômage, la prépension et l'invalidité s'arrête également à l'âge de 62 ans pour les femmes en 2001. Ceci explique la faible part de ces retraits anticipés pour les femmes de 60 à 64 ans (6,5 %) par rapport à la part prépondérante de la pension (56,1 %). A la fin de la période transitoire prévue par la réforme des pensions (en 2009, l'âge légal de la pension sera également de 65 ans pour les femmes dans le régime général des travailleurs salariés et indépendants), on peut s'attendre à une augmentation de la part des diverses formes de retrait anticipé et à une diminution de la part de la pension anticipée.

3. Les comportements d'activité des hommes de 59 ans à 64 ans par année d'âge

Cette seconde partie affine l'analyse des différentes catégories socio-économiques masculines entre 59 et 64 ans par année d'âge, sexe et par régime de travail (salariés, indépendants, statutaires du secteur public). Plus particulièrement, l'intérêt se porte sur les hommes âgés de 59 ans en 1996. Cette génération est suivie jusqu'en 2001, année où elle atteint l'âge de 64 ans.

L'analyse par classe d'âges a permis de souligner que les hommes entrent massivement en pension entre 60 et 64 ans. L'analyse par âge permet de déterminer plus particulièrement à quel âge les hommes décident de partir en pension et si les comportements par régime sont différents.

Au regard des chiffres d'emploi (tableau 34), les probabilités masculines de maintien en emploi entre 59 et 60 ans sont relativement similaires dans les statuts salariés et indépendants. En proportion de la population démographique, la représentativité de l'emploi indépendant à 60 ans est légèrement inférieure à 70 % de sa représentativité à 59 ans (11,6 % vs. 17,3 %). Ce chiffre est d'un peu plus de 60 % pour les salariés. Par contre, la proportion de l'emploi public chute de manière importante entre 59 et 60 ans (de 10,8 % à 5,1 %).

Les évolutions aux âges supérieurs de l'emploi indépendant et salarié sont contrastées. De 11,6 % de la population de 60 ans en 1997, l'emploi indépendant représente encore 9,3 % de cette population 4 ans plus tard. Par contre, la part de l'emploi salarié continue à baisser dans des proportions importantes après 60 ans (de 10,8 % à 60 ans à 5,1 % à 64 ans). L'emploi public connaît également une forte diminution après 60 ans (de 5,1 à 1,8 % de la population démographique correspondante). Dès lors, à 64 ans, dans le régime public, on dénombre près de 8 pensionnés pour un emploi. Ce chiffre est de 6 dans le régime salarié alors qu'il est largement inférieur à 1 dans le régime indépendant.

Les autres formes de retrait anticipé de la vie active continuent de représenter une part importante de la population salariée de 60 à 64 ans. La représentativité des prépensionnés continue de croître. Elle passe de 23,2 % de la population de 59 ans en 1996 à 27,7 % de la population de 64 ans en 2001. Les proportions de chômeurs et d'invalides, même si elles baissent légèrement, se maintiennent à des niveaux élevés (respectivement 9,3 % et 9,5 % de la population de 64 ans en 2001).

TABLEAU 34 - Evolution d'une génération masculine entre 59 et 64 ans - salarié, indépendant et statutaire
(en % de la population masculine respective)

	59 ans en 1996	60 ans en 1997	61 ans en 1998	62 ans en 1999	63 ans en 2000	64 ans en 2001
<i>Salarié</i>						
Emploi	17.6	10.8	8.2	6.9	5.9	5.1
Chômage	11.3	10.4	9.3	9.2	8.9	9.3
Prépension	23.2	24.4	24.7	25.1	25.4	27.7
Interruption de carrière à temps plein	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Invalidité	10.6	9.8	9.6	9.5	9.5	9.5
Pension	2.9	19.0	24.3	27.1	28.8	30.4
<i>Indépendant</i>						
Emploi	17.3	11.6	10.4	9.8	9.6	9.3
Invalidité	1.8	2.0	2.1	2.2	2.3	2.4
Pension	0.0	2.8	4.1	4.7	5.3	5.8
<i>Statutaire du secteur public</i>						
Emploi	10.8	5.1	3.2	2.6	2.2	1.8
Pension	3.7	7.8	12.0	12.8	13.5	13.9

4. L'emploi des âgés et les retraits anticipés du marché du travail dans une perspective de comparaison européenne

Offrir une comparaison internationale des systèmes de retrait anticipé du marché du travail dépasse le cadre de ce rapport. Cependant, certains indicateurs offrent une vision synthétique des comportements d'offre de travail, et en particulier des comportements des travailleurs âgés. Ces comportements s'inscrivent dans un contexte institutionnel propre à chaque pays. Dans le cas des travailleurs âgés, les comportements d'offre de travail sont fortement dépendants des possibilités de retrait anticipé qui leurs sont offertes.

Dans ce cadre, comparer les comportements d'offre de travail sur base de données administratives est inadéquat. Dans cette section, des statistiques uniformisées d'emploi et d'activité sont utilisées. Il s'agit des données des enquêtes sur les forces de travail menées dans les différents états membres de l'Union Européenne. Le tableau reprend trois indicateurs d'activité des travailleurs âgés: le taux d'emploi, le taux d'activité et l'âge moyen de sortie du marché du travail.

TABLEAU 35 - Une comparaison européenne d'activité des travailleurs âgés^a
(2002, en %)

	Taux d'emploi des 55-64 ans	Taux d'activité des 55-64 ans	Age moyen de sortie du marché du travail
Allemagne	38.4	43.2	60.7
Autriche	29.3	30.9	59.3
Belgique	25.7	26.7	58.5
Danemark	57.3	60.1	60.9
Espagne	39.8	42.7	61.5
Finlande	47.8	51.6	60.5
France ^b	33.7	35.6	58.8
Grèce	39.3	40.7	59.4 ^c
Irlande	48.1	49.3	62.4
Italie	28.6	29.9	59.9
Luxembourg	27.9	27.9	59.3
Pays-Bas	42.0	42.9	62.2
Portugal	51.4	53.3	62.9
Royaume-Uni	53.3	55.2	62.3
Suède	68.2	71.4	63.2
UE (15 pays)	39.8	42.4	60.8
Objectif européen (2010)	50		

a. Sources: Eurostat (deuxième trimestre 2002 sauf mention contraire) et calculs propres pour les taux d'emploi et d'activité; Eurostat pour l'âge moyen de sortie du marché du travail.

b. Premier trimestre 2002 pour le taux d'emploi et le taux d'activité.

c. Données relatives à l'année 2001.

Le taux d'emploi des travailleurs âgés est en Belgique d'un peu plus de 14 points de pourcentage inférieur à la moyenne européenne (25,7 % vs. 39,8 %). La Belgique occupe d'ailleurs la dernière place du peloton européen en la matière.

En termes d'activité, l'écart avec le moyenne européenne est encore plus prononcé, il est de près de 16 points de pourcentage (42,4 % vs. 26,7 %). La proportion de personnes recherchant activement un emploi est par conséquent, pour la tranche d'âges considérée, également plus faible en Belgique que dans l'Union. Que cette proportion soit exprimée en pourcentage de la population démographique (0,9 % de chômeurs en Belgique, 2,6 % dans l'Union) ou en pourcentage de la population active (respectivement 3,5 et 6,2 %), ce constat est le même.

La position peu avantageuse de la Belgique en matière d'emploi et d'activité des âgés est confirmée par le troisième indicateur retenu, à savoir l'âge moyen de sortie du marché du travail. Alors que dans l'Union, les actifs se retirent du marché du travail en moyenne à près de 61 ans, le travailleur belge quitte le marché du travail à 58 ans et demi. La Belgique détient ici également la lanterne rouge.

V La soutenabilité sociale

La problématique du vieillissement pose non seulement des défis financiers, mais également sociaux: il convient de vérifier dans quelle mesure les objectifs sociaux des régimes légaux des pensions sont rencontrés et continueront à l'être à l'avenir.

Un état des lieux en matière de risque de pauvreté chez les personnes âgées est présenté dans la section A. Une actualisation des indicateurs monétaires de pauvreté (voir section A.1) confirme les conclusions des rapports précédents du CEV, à savoir que les personnes de plus de 65 ans sont davantage exposées au risque de pauvreté que l'ensemble de la population. Etant donné que ces indicateurs ont fait l'objet de critiques et que la pauvreté touche différents domaines de la vie en société, il importe de les interpréter avec prudence et de les compléter par des indicateurs non monétaires. La section A.2 traite des indicateurs en matière de logement, d'accès aux soins de santé et d'intégration sociale. Ces indicateurs semblent nuancer quelque peu le risque de pauvreté financière chez les personnes âgées.

Le système de pension réduit fortement le risque de pauvreté chez les âgés. La pension légale fournit, sous certaines conditions, une protection sociale minimale aux pensionnés par la pension minimum et le droit minimum par année de carrière. Les personnes âgées dont les droits à la pension sont insuffisants (ou inexistant) peuvent recourir à un régime d'assistance, la "Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)". Ce dispositif garantit un "dernier filet de sécurité" lorsque l'ensemble des revenus sont insuffisants, ce qui est établi sur base d'une enquête-ressources. L'analyse des bénéficiaires des différents minima (GRAPA, pension minimum,...) (voir section B) permet d'identifier les catégories les plus exposées au risque de pauvreté, à savoir les pensionnés très âgés, les femmes, les isolés et les indépendants; elle montre que ces minima constituent donc des instruments importants de lutte contre la pauvreté parmi la population âgée. Lors des précédents rapports du CEV, il était apparu que les montants de la GRAPA et de la plupart des pensions minimums se situaient en dessous du seuil de pauvreté¹.

Les récentes adaptations sélectives au bien-être ciblées sur les pensions les plus anciennes et les mesures visant un relèvement progressif des pensions minimums des indépendants améliorent sans aucun doute les pensions des personnes âgées les plus exposées au risque de pauvreté.

Les pensions et la GRAPA sont automatiquement adaptées à l'évolution du coût de la vie. En principe, elles garantissent donc le maintien du pouvoir d'achat. Toutefois, s'il devait s'avérer que l'indice général de santé n'était pas représentatif des dépenses des personnes âgées, leur pouvoir d'achat pourrait s'effriter même en cas d'indexation des allocations. Une évaluation de l'écart que présenterait un indice spécifique des prix pour la population de plus de 60 ans par rapport à l'indice général est présentée à la section C.

1. Seul le montant minimum de la pension au taux isolé pour le régime salarié avec une carrière complète se situe au delà du seuil de pauvreté de 60 % du revenu équivalent médian. Pour plus de détails, se référer au Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de mai 2003, p. 53

Les taux de remplacement¹ fournissent une indication de la mesure dans laquelle le système de pension permet de maintenir le niveau de vie d'un travailleur lorsqu'il prend sa retraite. Le précédent rapport du CEV montrait que, pour les pensions du premier pilier, le taux de remplacement des pensions moyennes et élevées était inférieur à celui des pensions plus faibles. Cependant, ce sont surtout les pensionnés bénéficiaires de pensions légales élevées qui se sont constitués une pension complémentaire du second pilier. La section D présente les taux de remplacement (prospectifs) des pensions du premier et du second pilier (le troisième pilier n'est pas étudié) pour différents cas-types.

En outre, la partie D.3 analyse pour un cas-type de base l'évolution de l'écart entre les taux de croissance de la pension et du salaire moyen après 10 ans de pensionnement.

A. Risque de pauvreté chez les personnes âgées

La pauvreté représente un réseau complexe d'exclusions et s'étend à plusieurs domaines de la vie sociale tels que le revenu, les soins de santé, le logement, l'enseignement, l'intégration sociale, etc. Le point 1 aborde le risque de pauvreté chez les personnes âgées sur base des données de revenu. Il ressort d'une étude de Dekkers G. (2003)² que la mesure financière de la pauvreté peut servir d'approche de la pauvreté multidimensionnelle, quoique les pourcentages de pauvreté financière dépassent souvent les pourcentages de pauvreté multidimensionnelle. Le point 2 expose dès lors quelques indicateurs non monétaires de pauvreté.

1. Indicateurs monétaires

Les données sur la pauvreté basées sur l'European Community Household Panel (ECHP) constituent une source importante de données³ même si elles ne sont pas exemptes de critiques. Nous proposons quelques indicateurs de pauvreté basés sur les dernières enquêtes 2001 de l'ECHP portant sur les revenus de l'année 2000. Pour une bonne compréhension de ces indicateurs, nous rappelons quelques-unes de leurs principales limites⁴.

Quelques éléments importants relatifs au niveau de vie des personnes âgées n'ont pas été pris en considération dans la détermination du revenu. Concrètement, il n'a pas été tenu compte de la propriété de la maison d'habitation - synonyme d'absence de prêts, de charges d'intérêt et de loyers à payer - ni de certains avantages financés par les pouvoirs publics (la gratuité des transports en commun, les soins à domicile, etc.) et du patrimoine. Ces éléments limitent donc la comparabilité des indicateurs du risque de pauvreté surtout entre jeunes et âgés. Dans la mesure où le niveau de vie des personnes âgées serait sous-estimé, le risque de pauvreté auquel elles sont exposées serait surestimé.

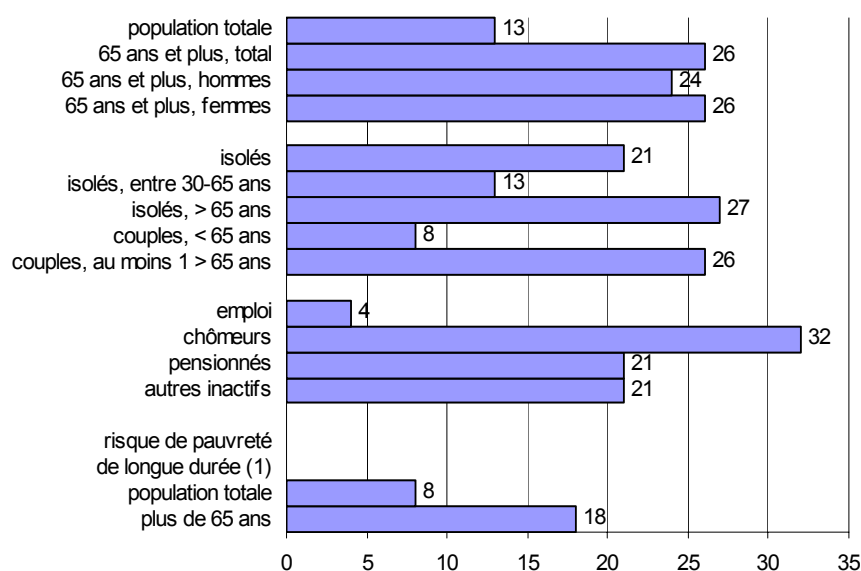
-
1. Rapport entre la pension de la première année de pensionnement et le revenu du travail perçu pendant la dernière année de travail.
 2. Dekkers G.J.M. (2003), "Financial and multidimensional poverty in European countries: can the former be used as a proxy of the latter?", Iriss Working Paper Series, No. 2003-13.
 3. Dans les rapports européens, elles sont souvent utilisées comme norme et elles constituent la base de plusieurs indicateurs du Plan national d'action pour l'Inclusion sociale 2003-2005.
 4. Les indicateurs de risque de pauvreté sont calculés sur base de la méthode relative. Dans la pratique, le seuil de pauvreté est défini comme un pourcentage du revenu équivalent médian. Pour une information plus complète sur la méthodologie de mesure de la pauvreté et sur les limites inhérentes à l'utilisation des données ECHP, se référer aux Rapports annuels du Comité d'étude sur le vieillissement d'avril 2002, annexe 1 et de mai 2003, page 45.

Les enquêtes de l'ECHP n'étant pas adressées aux ménages collectifs, les personnes âgées vivant dans des maisons de repos et de soins ne sont pas reprises dans l'échantillon. En outre, les données relatives aux personnes vivant dans une situation de pauvreté extrême sont incomplètes.

Compte tenu de ces limitations, les résultats doivent être interprétés avec la plus grande prudence: les chiffres constituent un ordre de grandeur plutôt qu'une mesure précise.

Les résultats les plus récents de l'ECHP (vague 2001) montrent que le seuil de pauvreté en Belgique, fixé à 60 % du revenu équivalent médian¹, correspond en 2000 à un revenu annuel net de 9.295 euros². Il apparaît que 13 % de la population belge (individus) dispose d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté. Le risque de pauvreté de revenu est plus élevé chez les personnes de plus de 65 ans³: pour près d'un quart de cette catégorie d'âge, le revenu est inférieur au seuil de pauvreté. Parmi la population âgée, les femmes et les isolés sont les plus exposés au risque de pauvreté (respectivement 26 % et 27 %) (voir figure 37).

FIGURE 37 - Risque de pauvreté pour différentes catégories de la population - en %



(1) Risque de pauvreté de longue durée: si le risque de pauvreté est présent dans l'année en cours et au moins pendant 2 des 3 années précédentes, basé sur la vague 2000 de l'ECHP (revenus 1999).

Source: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, janvier 2004, basé sur la vague 2001 de l'ECHP (revenus 2000).

1. Afin de tenir compte de la dimension et de la composition des ménages, le revenu total est divisé sur base de l'échelle d'équivalence 1; 0,5; 0,3. Pour davantage d'informations, nous renvoyons au Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement d'avril 2002, annexe 1. D'autres seuils de pauvreté sont présentés dans le présent rapport à l'annexe 4.
2. Il s'agit du seuil de revenu de base d'un adulte isolé. Pour un couple, le seuil de revenu correspondait à un revenu annuel de 13.943 euros (1,5 x 9.295 euros) et pour un couple avec deux enfants à un revenu annuel de 19.520 euros (2,1 x 9.295 euros).
3. Ceci a été montré dans le Rapport du Comité d'étude sur le vieillissement d'avril 2002 sur base des résultats de l'enquête du Panel socio-économique réalisée par le Centrum voor Sociaal Beleid, de l'European Community Household Panel de la Commission européenne et des données fiscales de l'étude de Förster e.a. de l'OCDE.

Même pour les personnes âgées ayant le statut de pensionnés, le risque de pauvreté est beaucoup plus élevé que pour les actifs occupés. Pas moins de 21 % des pensionnés disposent d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté, contre 3 % pour les travailleurs salariés, 10 % pour les travailleurs indépendants et 32 % pour les chômeurs.

Ces indicateurs de risque de pauvreté ayant été calculés sur base de la méthode relative, ils dépendent fortement du seuil de pauvreté utilisé¹: le risque de pauvreté chez des personnes âgées de 65 ans et plus peut varier entre 4 % et 39 % selon que l'on se fonde sur un seuil de pauvreté de 40 % ou de 70 % du revenu équivalent médian (cfr. annexe 4, tableau 50).

La pauvreté qui touche les personnes âgées semble avoir un caractère plus durable: ainsi, 18 % des personnes âgées de 65 ans et plus ayant en 1999 un revenu inférieur au seuil de pauvreté avaient été confrontées à des problèmes de revenus durant au moins deux des trois années précédentes. Pour la population totale, ce risque de "pauvreté de longue durée" s'élève à 8 %.

Les résultats susmentionnés confirment les conclusions des rapports précédents du CEV, à savoir que le risque de pauvreté est plus élevé pour les personnes âgées de 65 ans et plus que pour le reste de la population. Au sein de ce groupe, les femmes seules semblent les plus exposées, sans doute du fait d'une moindre accumulation de droits à la pension. Notons toutefois que, grâce à une participation accrue au marché du travail et à l'introduction d'un droit minimum par année de carrière, les femmes disposent de plus en plus souvent d'une pension propre et de niveau suffisant.

Cependant, ces conclusions ne sont pas complètement confirmées par une étude de la DREES², menée sur base de données de l'ECHP de 1996 sur les revenus de 1995, qui analyse le risque de pauvreté dans les ménages dont un membre au moins bénéficie d'une pension³. Cette étude montre que le niveau de vie de ces ménages n'est pas très inférieur à celui de la population totale (leur revenu équivalent médian correspond à 95 % de celui de la population totale). Le risque de pauvreté de ces ménages s'élève à 17 %, ce qui correspond à la moyenne pour l'ensemble de la population. Toutefois, la désagrégation de cette catégorie de population sur base de la composition du ménage, indique que le risque de pauvreté est sensiblement plus élevé pour une femme pensionnée isolée (27 %).

La pension apparaît comme l'instrument essentiel de lutte contre le risque de pauvreté chez les personnes âgées : alors que sans pension⁴ ou autres allocations sociales, plus de 90 % des personnes âgées auraient des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, le fait de tenir compte de la pension fait tomber ces pourcentages à 29 % pour les 65 ans et plus et à 26 % pour le groupe des "pensionnés"⁵(cfr. tableau 36).

-
1. Ainsi, un revenu minimum garanti légèrement supérieur ou inférieur au seuil de pauvreté se traduira par des indicateurs de risque de pauvreté respectivement bas ou élevés.
 2. Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), " Niveau de vie et risque de pauvreté parmi les retraités des pays européens ", Etudes et résultats, janvier 2003.
 3. Pour la Belgique, ce sous-groupe représente 28 % de la population, et se compose de 50 % de couples, de 23 % de ménages où cohabitent différentes générations, de 19 % de femmes isolées, de 5 % d'hommes isolés et de 3 % d'autres formes de ménages.
 4. Le concept de pension repris ici couvre en principe les pensions du premier, deuxième et troisième piliers. Toutefois, les questions relatives aux pensions du deuxième et troisième piliers sont marquées par de faibles taux de réponse dans la version belge de l'ECHP. Leur part dans les revenus de pensions est dès lors ici fort restreinte.
 5. Il s'agit de situations théoriques puisque, en l'absence de transferts sociaux, certaines personnes entreraient sur le marché du travail ou y resteraient plus longtemps. De plus, dans une situation sans transferts, la structure des impôts serait différente.

TABLEAU 36 - Indicateur de risque de pauvreté avant transferts sociaux

	la pension n'est pas un revenu, mais un transfert	la pension est un revenu, pas un transfert
Total	38	23
65 ans et plus	91	29
Pensionnés	90	26

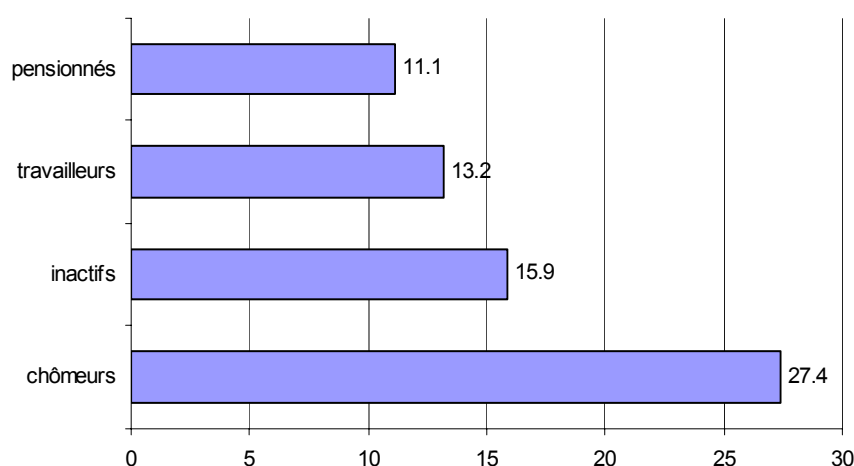
Source: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, janvier 2004, basé sur la vague 2001 de l'ECHP (revenus 2000).

2. Quelques indicateurs non monétaires

La pauvreté ne se réduit pas à la seule dimension monétaire. Dans cette section, nous traiterons de quelques indicateurs (non monétaires) d'exclusion sociale touchant au logement, à l'accès aux soins de santé et à l'intégration sociale.

a. Qualité du logement

La figure ci-après représente un indicateur synthétique de la qualité du logement. Une répartition de la population (à partir de 16 ans) par statut socio-économique montre que les pensionnés habitent moins souvent dans un logement de mauvaise qualité que les personnes ayant un autre statut socio-économique. En Belgique, 11 % des pensionnés habitent dans un logement présentant un ou plusieurs des problèmes suivants: manque de confort (pas de baignoire ou de douche, pas d'eau chaude courante, pas de toilettes dans l'habitation même), problèmes de logement (fuites dans la toiture, pas de chauffage adéquat, moisissures et humidité, pourrissement des châssis et des portes) ou manque d'espace (moins d'une pièce par membre du ménage). Ce pourcentage est de 13 % chez les travailleurs, il approche les 16 % chez les inactifs et il dépasse les 27 % chez les chômeurs.

FIGURE 38 - Population (+ de 16 ans) habitant dans un logement de mauvaise qualité¹, selon le statut socio-économique

Source : Plan d'action national Inclusion sociale 2003 - 2005, sur base de la vague 1999 de l'ECHP, traité par le Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS)

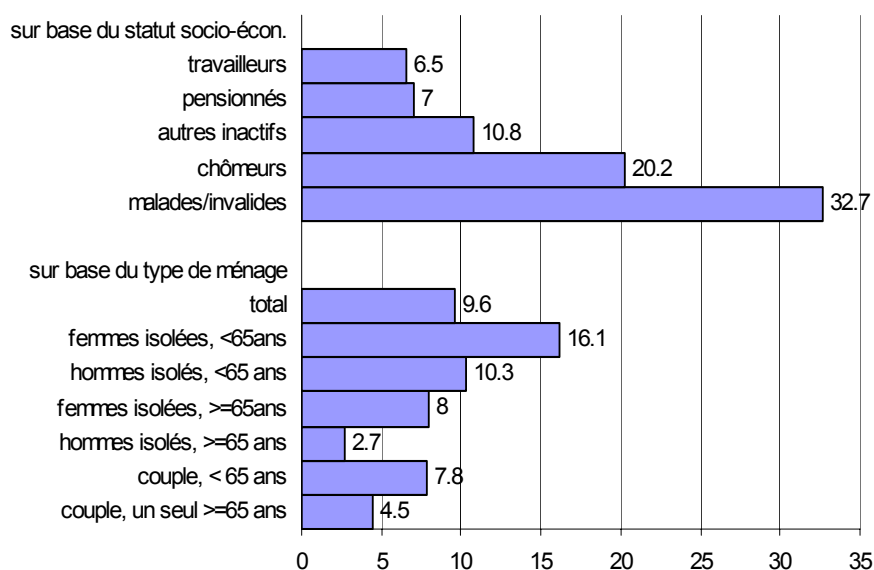
1. Un logement est considéré de mauvaise qualité si au moins un des problèmes suivants se pose: manque de confort (pas de baignoire ou de douche, pas d'eau chaude courante, pas de toilettes dans l'habitation même), deux ou plusieurs problèmes de logement (fuites dans la toiture, pas de chauffage adéquat, moisissures et humidité, pourrissement des châssis et des portes) ou manque d'espace (moins d'une pièce par membre du ménage).

b. Accès aux soins de santé

Un des fondements du système de santé actuel en Belgique est la garantie de l'accessibilité aux soins de santé. A cet égard, le prix est un élément important. En dépit de l'assurance maladie et de mesures financières complémentaires prises pour certains groupes, près de 10 % de la population vit, en 2001, dans des ménages où une ou plusieurs personnes ont dû reporter ou arrêter l'année précédente des soins de santé pour des motifs financiers (voir figure 39).

FIGURE 39 - Report de soins de santé pour raisons financières

(sur base du statut socio-économique et du type de ménage - % de la population correspondante¹)



¹ Dans la répartition sur base du statut socio-économique, le pourcentage est calculé par rapport à la population âgée de 15 ans et plus.

Source: Plan d'action national Inclusion sociale 2003-2005, basé sur l'enquête de santé 2001 de l'Institut scientifique de la Santé publique.

Par rapport à la population totale, les ménages âgés¹ semblent moins contraints dans leur consommation de soins de santé par des difficultés financières. Les principaux groupes à risque sont les femmes et les isolés (avec charge d'enfants) mais surtout lorsque la personne de référence a moins de 65 ans. Lorsque la population (des plus de 15 ans) est ventilée sur base du statut socio-économique, le report ou l'arrêt de soins de santé semblent être moins fréquents chez les pensionnés (7 %) que chez les autres inactifs (près de 11 %), les chômeurs (20 %) ou les malades et les invalides (près de 33 %). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les personnes âgées peuvent bénéficier, sous certaines conditions de revenu, d'interventions supplémentaires dans les frais de soins de santé, comme le ticket modérateur réduit dans le régime VIPO.

1. Ménages dont la personne de référence a plus de 65 ans. Le plus souvent, la personne de référence est soit la personne la plus âgée du ménage soit l'époux.

c. Intégration sociale et participation

On considère de plus en plus que l'intégration sociale et la participation influent sur le risque de pauvreté. Deux types d'indicateurs ont été examinés pour approcher cette dimension du risque de pauvreté : des indicateurs relatifs aux contacts sociaux et à l'assistance sociale instrumentale et des indicateurs relatifs aux activités culturelles et de loisirs.

Comparativement à la population de plus de 15 ans, il s'avère que les personnes âgées sont moins satisfaites de leurs contacts sociaux et de la fréquence de ces contacts. De plus, leur réseau social est moins étendu. L'assistance dont ces personnes peuvent bénéficier de la part de voisins, de membres de la famille ou d'amis en cas de besoins ou de problème imprévu est moindre chez les âgés (cfr. tableau 37)

TABLEAU 37 - Indicateurs sur les contacts sociaux et l'assistance

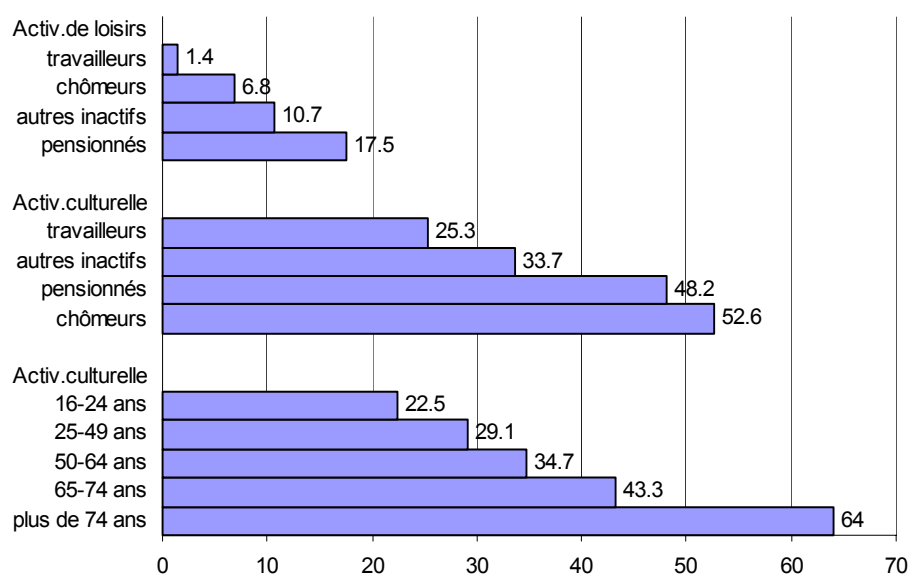
Nombre de personnes (en %) qui	population + de 15 ans	65-75 ans	75 ans et plus
- sont insatisfaites de leurs contacts sociaux	7.2	8.4	9.9
- ont des contacts sociaux moins d'une fois par mois	7.0	8.1	8.7
- ont un réseau social restreint (de 0 à 3 connaissances)	15.7	19.1	21.0
- bénéficient de peu d'assistance sociale instrumentale ^a	13.2	15.5	16.3

a. Ne peuvent pas faire appel à des voisins, des membres de la famille ou des amis pour les aider en cas de besoin ou de problème imprévu.
Source : Institut scientifique de la Santé publique - Enquête de santé 2001 sur base d'interviews.

Sur base du panel de démographie familiale belge (PSBH) de 1999, il ressort que les pensionnés ne participent que dans une faible mesure à la vie sociale et culturelle: près d'un cinquième d'entre eux n'a participé à aucune activité de loisir¹ et près de la moitié n'a participé à aucune activité culturelle². Il est à remarquer qu'au sein du groupe des pensionnés, l'âge influence significativement ces taux de participation. Si 43 % des pensionnés de la catégorie d'âge des 65 à 74 ans n'ont pas participé à des activités culturelles, ce pourcentage atteint 64 % chez les plus de 75 ans (cfr. figure 40).

1. aller au cinéma, assister à des manifestations sportives, fréquenter un café, aller au restaurant, aller dans un dancing ou dans une discothèque, jouer au bowling/snooker
2. assister à des concerts ou des événements musicaux, visiter des expositions ou des musées, aller à des conférences ou des exposés.

FIGURE 40 - Pourcentages de personnes (+ de 16 ans) n'ayant participé à aucune activité culturelle ou de loisirs (1998 - % de la population correspondante)



Source : Plan d'action national Inclusion sociale 2003-2005, basé sur le Panel de démographie familiale (PSBH) 1999, traitement par le Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OA-SeS).

3. Conclusion

D'après les données les plus récentes de l'ECHP, environ un quart des personnes de plus de 65 ans possède un revenu inférieur au seuil de pauvreté, contre 13 % pour l'ensemble de la population. Ce sont surtout les personnes les plus âgées (les plus de 75 ans)¹ et les femmes isolées qui courent un risque accru de pauvreté. Les personnes ayant le statut de pensionné semblent être plus exposées à la pauvreté que, par exemple, les travailleurs. Cependant, une étude de la DREES conclut que le risque de pauvreté n'est pas plus élevé dans les ménages dont au moins un membre reçoit une pension que dans la population totale. Une ventilation plus fine des ménages comprenant un pensionné montre par ailleurs qu'à nouveau les femmes célibataires courent un risque de pauvreté beaucoup plus important.

Au-delà de cette mesure de la pauvreté financière, quelques indicateurs non monétaires ont également été analysés. Ils concernent la qualité du logement, l'accès aux soins de santé, l'intégration et la participation sociales. Il apparaît que les pensionnés habitent moins souvent une maison de mauvaise qualité que les travailleurs, les inactifs ou les chômeurs. Bien que les personnes âgées soient en général en moins bonne santé (physique et mentale) que la population totale, les ménages où la personne de référence a plus de 65 ans ou est pensionnée semblent moins souvent reporter les soins de santé pour des motifs d'ordre financier. Enfin, l'intégration sociale et la participation aux activités culturelles et de loisirs sont moindres chez les personnes âgées que pour le reste de la population.

1. Voir tableau 16, page 46 du Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de mai 2003

B. Allocation minimums garanties aux personnes âgées

Une des conditions essentielles pour éviter de ne pas tomber dans la pauvreté est de bénéficier d'un revenu adéquat. Partant de ce constat, les pouvoirs publics s'efforcent de garantir un revenu minimum à toutes les personnes âgées par le biais de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) et du revenu garanti aux personnes âgées (RGPA) (voir point 1). Outre ce régime d'assistance sociale, les pouvoirs publics ont tenté de circonscrire le risque de pauvreté au sein de la population âgée via le régime de retraite. Si les pensionnés ont accumulé suffisamment de droits à la pension, ils peuvent bénéficier d'une pension minimum garantie (point 2). Depuis juillet 1997 et sous certaines conditions, les années de carrière dans le régime des travailleurs salariés au cours desquelles un très faible salaire a été perçu, peuvent être converties en droits minimums par année de carrière (point 3).

1. La garantie de revenus aux personnes âgées

Si les moyens d'existence des personnes âgées se révèlent insuffisants, leurs revenus peuvent être majorés à concurrence du montant de la GRAPA/du RGPA. Ce montant est souvent considéré comme le seuil de pauvreté monétaire légal pour les personnes âgées. En d'autres termes, le montant de cette allocation peut être interprété comme le montant considéré par les pouvoirs publics comme minimum pour qu'un individu puisse jouir de conditions de vie suffisantes.

La GRAPA a été introduite en juin 2001, et à terme, elle remplacera entièrement le RGPA. Ce nouveau système d'assistance introduit davantage d'égalité entre hommes et femmes, l'individualisation des droits (l'allocation n'est plus basée sur l'état civil)¹, une méthode de calcul plus simple et un relèvement des montants².

Nous présentons ci-après l'évolution générale du nombre de bénéficiaires de la GRAPA et du RGPA ainsi que la situation au 1er janvier 2004. Ensuite, nous examinons quelles catégories de personnes reçoivent ces allocations en complément ou non d'une pension. Enfin, le nombre de bénéficiaires de la GRAPA est analysé sur base de l'année de naissance.

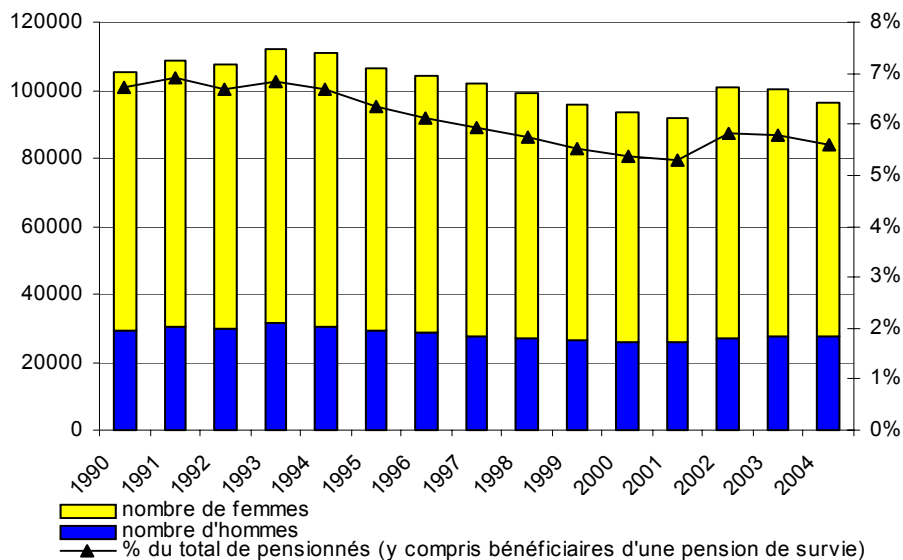
a. Examen général de la GRAPA et du RGPA

L'introduction de la GRAPA en juin 2001 a mis un terme à la tendance décroissante du nombre de bénéficiaires du RGPA (voir figure 41). Cette tendance à la baisse, qui s'était amorcée à la moitié des années nonante, était principalement due à une amélioration des pensions³. En effet, pour la plupart des bénéficiaires du RGPA, cette allocation d'assistance constitue un complément à leur pension. L'augmentation soudaine du nombre de bénéficiaires de ce complément suite à l'introduction de la GRAPA ne signifie pas que la pauvreté progresse parmi les personnes âgées : au contraire elle reflète les changements

1. Pour les couples mariés, les deux conjoints ont maintenant droit à la GRAPA. Néanmoins, pour l'enquête-ressource et pour le calcul de l'allocation de GRAPA, les moyens d'existence des deux conjoints sont toujours pris en considération.
2. Pour une présentation plus détaillée des différences entre ces deux systèmes d'assistance, se référer au Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de mai 2003, p. 48-49
3. Cette évolution s'explique par la progression des taux d'activité dans le passé, par le prolongement de la durée de carrière (un nombre croissant de personnes peuvent revendiquer une pension (plus élevée)) et par l'amélioration du régime de retraite des indépendants.

intervenues dans le régime d'assistance sociale, comme l'individualisation du droit et le relèvement des allocations, qui permettent à davantage de personnes d'en bénéficier.

FIGURE 41 - Nombre de bénéficiaires au 1er janvier de la GRAPA et du RGPA par sexe: en nombres absolus et en % du nombre de pensionnés¹



Source: Office national des pensions et calculs BfP.

Après la hausse survenue en 2002 à la suite de l'introduction de la GRAPA, le nombre de bénéficiaires de la GRAPA et du RGPA a retrouvé une tendance décroissante, passant en 2003 en-dessous des 100.000 unités pour atteindre 96.582 au 1er janvier 2004² (voir figure 41). Cette diminution est notamment imputable à l'introduction au 1er janvier 2002 (cfr. infra) d'adaptations sélectives au bien-être ciblées sur les pensionnés les plus âgés et au relèvement des pensions minimums au 1er avril 2003.

Au 1er janvier 2004, près de trois quarts des bénéficiaires de la GRAPA et du RGPA sont des femmes contre 28 % d'hommes. Les principaux bénéficiaires de la GRAPA sont les femmes isolées (55 % des bénéficiaires) et les personnes très âgées: plus de la moitié des bénéficiaires ont plus de 75 ans et un tiers a plus de 80 ans (chiffres au 1er janvier 2003). Dans plus de 80 % des cas, la GRAPA et le RGPA sont des compléments de pension. Pour les bénéficiaires de la GRAPA, on constate à ce niveau une différence claire entre les hommes et les femmes (voir point b).

1. Jusqu'en 2001, on entend par pensionnés les salariés et indépendants retraités ainsi que les bénéficiaires du RGPA. Depuis 2002, seuls les pensionnés du régime salarié et des indépendants sont repris dans cette catégorie.
2. Ce chiffre englobe 24.466 bénéficiaires du RGPA (5.602 hommes et 18.864 femmes) et 72.116 bénéficiaires de la GRAPA (21.790 hommes et 50.326 femmes).

b. La GRAPA: revenu unique ou complément d'une pension

Au 1er janvier 2004, la GRAPA constitue le revenu unique de 8 % des hommes qui en bénéficient. Chez les femmes, la proportion est de près de une sur quatre. Pour expliquer cet écart, il faut recourir à une ventilation des bénéficiaires de la GRAPA par sexe et selon le statut de cohabitant ou non (voir tableau ci-après).

TABLEAU 38 - Nombres de bénéficiaires de la GRAPA et montant moyen (par sexe, par type de prestations et par type de ménage) - montant mensuel moyen en euros, au 1er janvier 2004

	Total		bénéficiant de la GRAPA uniquement		bénéficiant de la GRAPA en complément d'une pension	
	Nombre	Montant moyen	% du nombre	Montant moyen	% du nombre	Montant moyen
Total						
- hommes	21.790	173	8%	485	92%	146
- femmes	50.326	204	23%	243	77%	195
Cohabitants (montant de base = 419,70 €/mois)						
- hommes	11.217	105	5%	344	95%	92
- femmes	10.428	104	77%	100	23%	118
Isolés (montant de base majoré = 629,55 €/mois)						
- hommes	10.573	246	11%	550	89%	208
- femmes	39.898	230	9%	547	91%	200

Source: Calculs BfP basés sur les données de l'Office national des Pensions

Le tableau 38 montre que près de 80 % des femmes cohabitantes ont pour seul revenu la GRAPA. Ces femmes ne possèdent pas leur propre pension et peuvent faire appel à la GRAPA, suite à l'individualisation des droits de celle-ci. Dans ce cas de figure, le montant de la GRAPA est relativement peu élevé et ne dépasse pas 100 euros par mois en moyenne. L'allocation est relativement modeste car il est tenu compte des revenus du cohabitant, à savoir la pension de l'époux dans la majorité des cas. Parmi les hommes cohabitants, 5 % ne disposent que de la GRAPA comme seul revenu. Leur allocation moyenne est sensiblement plus élevée que celle des femmes.

Parmi les isolés bénéficiaires d'une GRAPA, 9 % des femmes et 11 % des hommes ont pour seul revenu l'allocation de GRAPA. Leur allocation est, en l'occurrence, plus élevée (environ 550 € en moyenne par mois) puisque ces isolés ne perçoivent pas de revenus de pension et qu'aucun revenu de tiers n'est pris en considération lors du calcul de leurs moyens d'existence.

Dans la plupart des cas, la GRAPA et le RGPA sont donc des allocations complémentaires à une pension. Les tableaux ci-dessous présentent la répartition des bénéficiaires (qui cumulent la GRAPA avec une pension) par type de pension (point i) et en pourcentage du nombre total de pensionnés dans les différents régimes (point ii).

i. GRAPA en complément d'une pension - en % du nombre de bénéficiaires de la GRAPA

Le tableau 39 présente la répartition du nombre de bénéficiaires de la GRAPA en complément d'une pension selon le type de la pension. Il apparaît que la GRAPA constitue surtout un complément aux pensions mixtes, pour les hommes comme pour les femmes.

TABLEAU 39 - Nombre de bénéficiaires de la GRAPA selon le type de pension - en % du nombre total de bénéficiaires de la GRAPA qui cumulent avec une pension - au 1er janvier 2004

Cumul GRAPA et pension	Total	Hommes	Femmes
GRAPA + pension	100%	100%	100%
GRAPA + pension de retraite régime salarié	32%	23%	37%
GRAPA + pension de survie régime salarié	1%	0%	2%
GRAPA + pension de retraite et de survie régime salarié	1%	0%	2%
GRAPA + pension de retraite régime indépendant	12%	24%	6%
GRAPA + pension de survie régime indépendant	6%	0%	8%
GRAPA + pension de retraite et de survie régime indépendant	1%	0%	1%
GRAPA + pension mixte (régimes salarié + indépendant)	47%	53%	44%

Source: Calculs BfP, sur base des données de l'Office National des Pensions.

Chez les hommes, la GRAPA constitue aussi un complément à une pension de retraite pure dans le régime des travailleurs salariés (23 %) et dans le régime des travailleurs indépendants (24 %). Quant aux femmes, elles cumulent surtout leur GRAPA avec une pension de retraite dans le régime des travailleurs salariés (37 %). La combinaison GRAPA et pension de retraite dans le régime des travailleurs indépendants est moins présente chez les femmes, excepté comme complément de la pension de survie pure.

ii. GRAPA en complément d'une pension - en % du nombre de pensionnés

Le tableau ci-dessous présente la proportion du nombre de pensionnés qui cumulent leur pension avec la GRAPA par rapport au nombre total de pensionnés du régime de pension concerné.

TABLEAU 40 - Nombre de bénéficiaires d'une GRAPA en complément d'une pension, selon le régime¹ de pension et par sexe - en % du nombre total de pensionnés, au 1er janvier 2004

en % du nombre de pensionnés du régime de pension respectif	Total	Hommes	Femmes
GRAPA cumulée à une pension pure de salarié	1.6 %	0.8 %	2.3 %
GRAPA cumulée à une pension pure d'indépendant	8.3 %	7.5 %	9.2 %
GRAPA cumulée à une pension mixte (salarié-indépendant)	7.7 %	6.6 %	8.6 %

¹ Le nombre de pensionnés selon le régime de pension englobe les bénéficiaires d'une pension de retraite, de survie, de retraite et de survie dans le régime salarié (ligne 1), dans le régime indépendant (ligne 2) et les bénéficiaires de pensions mixtes des deux régimes (ligne 3).

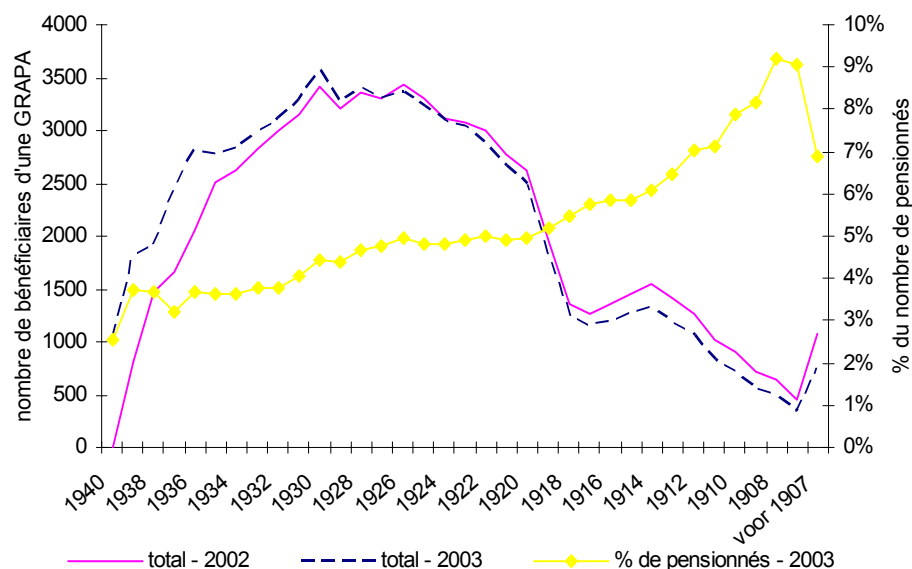
Source: Calculs BfP basés sur les données de l'Office National des Pensions

Ce sont principalement les pensionnés indépendants qui complètent leur pension avec la GRAPA: 7,5 % des pensionnés masculins et 9,2 % des pensionnés féminins. Les pensionnés âgés qui cumulent une pension de salarié et une pension d'indépendant font aussi également souvent appel à la GRAPA (6,6 % des hommes et 8,6 % des femmes). Parmi les pensionnés du régime des salariés, moins de 1 % des hommes et presque 2 % des femmes bénéficient de la GRAPA.

c. La GRAPA et l'âge

La part des ayants droit à une GRAPA dans le nombre total de bénéficiaires d'une pension augmente avec l'âge (voir figure 42). Les pensionnés plus âgés ont davantage besoin d'un complément de pension.

FIGURE 42 - Le nombre de bénéficiaires d'une GRAPA d'après l'année de naissance - en unités (pour 2002 et 2003) et en pourcentage du nombre de pensionnés de la même année de naissance (pour 2003)¹



¹ Le nombre de pensionnés englobe le nombre total de pensionnés salariés et indépendants.

Source: Calculs BfP sur base de données de l'Office National des Pensions.

Bien que le nombre total de bénéficiaires de la GRAPA ait augmenté entre le 1er janvier 2002 et le 1er janvier 2003 (de 71.116 à 73.735), le nombre de bénéficiaires plus âgés de la GRAPA (75 ans et plus) diminue sur la même période. Cette évolution est sans doute la conséquence des adaptations sélectives au bien-être ciblées sur les pensions des retraités les plus âgés¹, ce qui réduit le nombre de recours à la GRAPA et le montant moyen des allocations dans ce groupe.

En septembre 2004, la pension minimum des indépendants augmentera de 30 €, et une augmentation du même ordre sera octroyée chaque année jusqu'à et y compris 2007. Vu qu'une grande partie des indépendants cumulent leur pension avec la GRAPA, le nombre de bénéficiaires d'une GRAPA et/ou le montant de leur allocation de GRAPA diminuera, et ce d'autant plus si l'alignement du montant de base de la GRAPA sur la pension minimum des indépendants en cas de carrière complète n'est pas maintenu².

1. Au 1er janvier 2002, les pensions des personnes parties en pension avant 1993 ont été relevées de 1 %. Au 1er janvier 2003, ces mêmes pensions ont à nouveau reçu une augmentation de 1 % et les pensionnés partis en pension en 1993, 1994 et 1995 ont reçu une augmentation de 2 %. On ne peut pas encore mesurer à partir des chiffres présentés l'effet de l'augmentation de 2 % de la pension au 1er avril 2004 des personnes parties en pension en 1996.
2. Le Conseil des Ministres du 21 mars 2004 a décidé d'augmenter le montant de base et le montant de base majoré de la GRAPA de respectivement 10 euros et 15 euros. Les relèvements auront lieu le 1er septembre 2004 et les 1ers décembre 2005, 2006 et 2007.

2. Pensions minimums

Les pensionnés qui possèdent au minimum deux tiers d'une carrière complète peuvent bénéficier d'une pension minimum. L'octroi de la pension minimum est fonction du nombre d'années de carrière. En avril 2003, 476.667 pensionnés recevaient une pension minimum, ce qui correspond à plus d'un quart des pensionnés des régimes salarié et indépendant.

Etant donné que les salariés et les indépendants ne recourent pas à la pension minimum dans les mêmes proportions et que le montant de leur allocation diffère selon le régime, il est intéressant de ventiler le nombre total de bénéficiaires en fonction du régime de retraite, qui dépend du type de carrière: carrière pure de salarié, carrière pure d'indépendant et carrière mixte (salarié et indépendant).

Parmi les pensionnés du régime des travailleurs salariés, 16 % bénéficient de la pension minimum (voir tableau 41). Ces bénéficiaires perçoivent principalement une pension de retraite au taux isolé ou une pension de survie.

TABLEAU 41 - Nombre de salariés (carrière pure) percevant une pension minimum et leur montant moyen - par catégorie, en avril 2003

Pension de salarié uniquement	Nombre de pensionnés percevant une pension minimum (en % du nombre de pensionnés)	Montant de la pension minimum, en euros par mois	
		Montant moyen	dans le cas d'une carrière complète
Total	199.326 (16%)	803,75	
- pension de retraite, taux ménage	11.787 (5%)	990,45	1.020,09
- pension de retraite, taux isolé	105.508 (17%)	758,95	816,33
- pension de survie	43.343 (23%)	790,58	803,49
- pension de survie, cumulée à une pension de retraite ^a	38.688 (21%)	883,80	883,84

a. En l'occurrence, le montant est limité à 110% de la pension de survie minimum.
Source: : Office National des Pensions et calculs BfP

Le montant moyen des pensions minimum octroyées varie sensiblement en raison de la catégorie de pension d'une part, de différences de durée moyenne de carrière d'autre part. Le montant moyen de la pension minimum est en effet proportionnel au nombre effectif d'années de carrière (au moins 2/3 d'une carrière complète). Le montant moyen de l'allocation perçue par les anciens salariés bénéficiant d'une pension de retraite au taux isolé correspond à 93 % de la pension minimum correspondant, dans cette catégorie, à une carrière complète. Ce pourcentage monte à 97 % pour les pensions au taux ménage et pratiquement à 100 % pour les pensions de survie.

Près de 75 % des indépendants avec une carrière pure perçoivent une pension minimum. Si les bénéficiaires sont fortement représentés dans toutes les catégories de pension, pratiquement tous les pensionnés de retraite indépendants au taux ménage recourent à la pension minimum.

TABLEAU 42 - Nombre d'indépendants (carrière pure) ayant une pension minimum et leur montant moyen - par catégorie, en avril 2003

Pension d'indépendant uniquement	Nombre bénéficiant d'une pension minimum (en % du nombre de pensionnés)	Montant de la pension minimum, en euros par mois	
		montant moyen	dans le cas d'une carrière complète
Total	97.987 (74%)	634,67	
- pension de retraite, au taux ménage	37.745 (95%)	729,63	823,12
- pension de retraite, au taux isolé	31.799 (56%)	537,73	617,42
- pension de survie	24.911 (88%)	608,23	617,42
- pension de survie, cumulée à une pension de retraite ^a	3.532 (47%)	679,11	679,16

a. Dans ce cas, le montant est limité à 110 % de la pension de survie minimum.

Source: Office National des Pensions et calculs BFP

Comme dans le cas des pensions du régime salarié, les montants moyens des pensions minimum octroyées au titre de pension de survie sont très proches des montants correspondant à une carrière complète. Le montant moyen des pensions minimums octroyées au titre de pensions de retraite s'en écarte davantage : 89 % pour les pensions au taux ménage et 87 % pour les pensions au taux isolé. Ces chiffres semblent indiquer que les indépendants de ces catégories ont en moyenne une carrière plus courte.

Près de 180.000 pensionnés avec une carrière mixte, soit 7 % des salariés et 42 % des indépendants, recourent à la pension minimum (cfr. tableau 43)

TABLEAU 43 - Nombre de carrières mixtes (salariés et indépendants) percevant une pension minimum et montant moyen de la pension (en euros par mois) - par catégorie, en avril 2003

Pension mixte	Salariés ^a		Indépendants ^a	
	Nombre	Montant moyen	Nombre	Montant moyen
Total	26.646	728,91	152.709	423,35
- pension de retraite, taux ménage	3.187	846,32	32.220	531,78
- pension de retraite, taux isolé	13.385	679,68	59.260	344,18
- pension de survie	10.074	757,17	61.229	442,92

a. Régime dans lequel la pension minimum est octroyée. Le montant indiqué ne comprend pas le complément versé dans l'autre régime.

Source: Office National des Pensions

Dans la majorité des cas de carrières mixtes, c'est en raison de la pension dans le régime indépendant que la pension minimum est octroyée. (85 % d'indépendants contre 15 % de salariés). Dans cette catégorie de pensionnés, le nombre moyen d'années de carrière dans le régime indépendant est inférieur à celui du régime salarié.

Ce résultat n'est pas étonnant puisque pour pouvoir bénéficier de la pension minimum dans le régime salarié, il faut avoir accumulé deux tiers d'une carrière complète dans ce régime. Cela vaut aussi pour le régime indépendant mais les années de carrière dans le régime salarié peuvent être également comptabilisées afin de satisfaire à la condition de carrière. Le montant de la pension est alors calculée proportionnellement à la durée de carrière dans le régime indépendant.

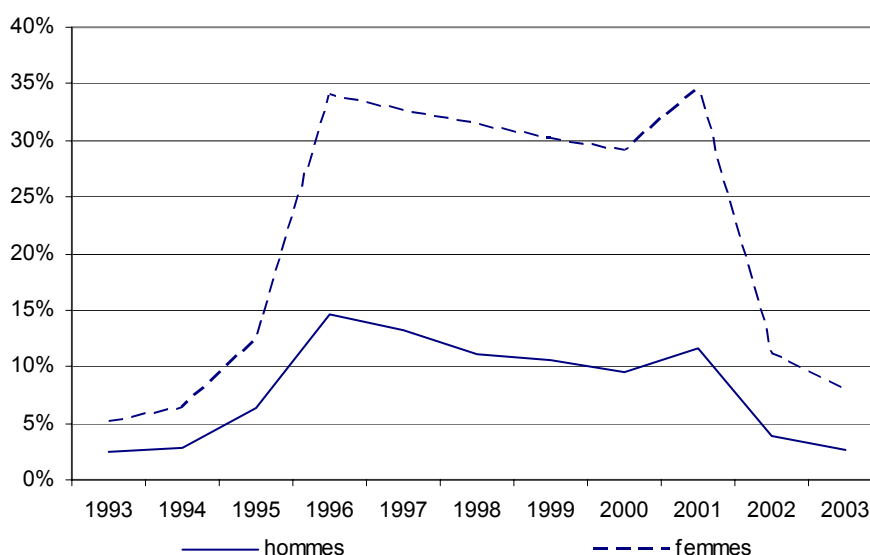
Cependant, l'accès à la pension minimum dans le cadre d'une carrière mixte a été assoupli le 1er avril 2003. Ceci concerne les pensionnés qui n'ont pas accumulé deux tiers de carrière dans le régime salarié mais qui atteignent bien ces deux tiers en comptant également leurs années de carrière dans le régime indépendant. Ces pensionnés reçoivent alors une pension qui correspond à la pension minimum pour les indépendants.

Concrètement, les pensionnés salariés recevront un complément à leur pension salariée¹ qui sera limité à la pension minimum pour indépendants. Près de 187.000 salariés avec une carrière mixte pouvaient entrer en ligne de compte pour ce complément. Finalement, seules quelques 61.500 personnes ont obtenu ce droit² et leur pension salariée a été relevée en moyenne de 262€ (pour une pension de retraite) et de 99 € (pour une pension de survie) par an.

Le nombre de bénéficiaires de la pension minimum a connu par le passé une évolution assez erratique et doit donc être interprété avec prudence. En l'absence d'adaptation au bien-être de la pension minimum, le nombre de bénéficiaires de celle-ci dans le régime salarié aurait dû connaître une tendance décroissante: dans la mesure où la progression des salaires se répercute sur l'évolution du montant moyen des nouvelles pensions, le recours à une pension minimum adaptée seulement à l'évolution des prix aurait diminué progressivement. En outre, l'introduction du droit minimum par année de carrière en juillet 1997 (voir point 3), réduit la proportion de nouveaux pensionnés salariés pour lesquels la pension minimum présente un intérêt.

La figure ci-dessous présente, de 1993 à 2003, l'évolution du nombre de bénéficiaires de la pension minimum en cas de carrière complète dans le régime des salariés, par sexe, en pourcent du nombre total de pensionnés salariés avec une carrière complète.

FIGURE 43 - Nombre de pensionnés salariés bénéficiant d'une pension minimum dans le cas d'une carrière complète - en % du nombre de pensionnés salariés avec une carrière complète¹, au 1er janvier



1. Le nombre de salariés pensionnés ne comprend pas ceux qui cumulent une pension de retraite et de survie.

Source: Calculs BfP basés sur les données de l'Office National des Pensions.

1. Les indépendants ont en effet déjà droit à la pension minimum dans le régime indépendant (voir ci-dessus).
2. Les salariés qui n'ont pu faire valoir leur droit avaient une pension dans le régime salarié qui était supérieure à la pension minimum proportionnelle pour indépendants.

La hausse importante, entre les 1er janvier 1993 et 1996 du nombre de pensionnés du régime salarié percevant une pension minimum dans le cadre d'une carrière complète s'explique par les adaptations au bien-être appliquées à la pension minimum¹. Par cette augmentation du montant minimum, les pensionnés qui satisfaisaient à la condition de carrière de 2/3 et qui recevaient, avant l'adaptation au bien-être, une pension légèrement supérieure à la pension minimum, ont soudain bénéficié du nouveau montant minimum. L'augmentation du nombre de bénéficiaires entre le 1er janvier 2000 et le 1er janvier 2001 est également due à une adaptation au bien-être de la pension minimum (au 1er juillet 2000).

Entre 1996 et 2000, le nombre de bénéficiaires d'une pension minimum diminue faiblement en raison d'une part, de la non-adaptation au bien-être de la pension minimum des salariés pendant cette période, et d'autre part, de l'introduction du droit minimum par année de carrière en 1997; ce dispositif entraîne une diminution du nombre de nouveaux pensionnés recourant à la pension avec une pension minimum (voir plus haut).

Entre les 1er janvier 2001 et 2002, la nette diminution du nombre de bénéficiaires est imputable à des adaptations sélectives au bien-être ciblées sur les pensions les plus anciennes. En effet, le 1er janvier 2002, la pension des plus anciens pensionnés (ceux qui sont rentrés en pension avant 1993) a été augmentée de 1 %, rendant leur pension légèrement supérieure à la pension minimum.

3. Le droit minimum par année de carrière dans le régime salarié

Depuis le 1er juillet 1997, la pension dans le régime salarié peut être calculée sur base du droit minimum par année de carrière. Si lors du départ en retraite, le salaire réévalué² d'une année de carrière est inférieur au salaire annuel minimum garanti d'une personne de 21 ans, la pension pour cette année est calculée sur base du salaire annuel minimum. Les conditions d'octroi de ce droit minimum par année de carrière sont moins strictes que celles pour une pension minimum : le droit peut être ouvert à partir d'une durée de carrière de 15 ans dans le régime salarié et pour des emplois correspondant au minimum à un tiers-temps. Après application de ce droit minimum, le montant de la pension ne doit pas dépasser 14.655,77 € au taux ménage et 11.724,61 € au taux isolé³. Si les conditions sont satisfaites, le salaire annuel minimum garanti appliqué (et le montant maximum) est fixé au prorata de la durée de travail prouvée.

La publication "Etudes statistiques" (décembre 2003) de l'Office National des Pensions laisse apparaître que le droit minimum par année de carrière est davantage utilisé par les femmes que par les hommes (voir tableau 44).

-
1. Les adaptations au bien-être de la pension minimum dans le régime salarié sont de: 1 % au 1er mai 1994, 1 % au 1er juillet 1995 et 1 % au 1er janvier 1996.
 2. Le salaire est majoré pour compenser la perte de pouvoir d'achat et éventuellement, au cours de la période 1997-2004, par une hausse réelle pour les années de carrière 1955-1974. Cette dernière revalorisation est dégressive à partir de 1997 pour être totalement supprimée en 2005.
 3. montants annuels, indice 111,64

TABLEAU 44 - Nombre de bénéficiaires et nombre d'années de carrière avec droit minimum - par année de naissance et sexe

Année de naissance (année de départ à la retraite)	Nombre de cas étudiés	Nombre (% du total)	Application du droit minimum par année de carrière		
			Durée moyenne de la carrière	Nombre moyen d'années avec droit minimum Nombre	% de la carrière
Hommes, départ à 65 ans					
1933 (1998)	16.685	39%	40	12	29%
1934 (1999)	20.233	54%	41	13	31%
1935 (2000)	22.732	40%	41	13	33%
1936 (2001)	22.814	41%	41	15	36%
Hommes, départ à 60 ans					
1938 (1998)	8.875	25%	31	10	33%
1939 (1999)	10.299	27%	33	11	33%
1940	10.056	27%	34	12	35%
Femmes, départ à des âges différents					
1938	26.813	46%	32	17	53%
1939	27.802	49%	33	18	55%

Source: "Etudes statistiques", Office National des Pensions, décembre 2003.

Parmi les cas étudiés, le droit minimum est appliqué pour près de 50 % des femmes. Pour les hommes admis à la retraite à 60 et 65 ans, les pourcentages sont respectivement de près de 25 % et de 40 %. Plus de la moitié de la carrière des femmes qui bénéficient du droit minimum est valorisée au salaire annuel minimum garanti. Pour les hommes, il s'agit d'un tiers de la carrière en moyenne.

Ces différences entre hommes et femmes ne sont pas surprenantes puisque les femmes ont eu, dans le passé, des rémunérations moindres que les hommes. Grâce à l'introduction en 1975 du salaire minimum pour les hommes et les femmes, la part des salaires très bas dans le calcul des pensions diminuera.

Bien que la période d'observation soit encore limitée, la part des années de carrière revalorisées dans l'ensemble de la carrière progresse (cfr. tableau 10). Cette évolution s'explique par la suppression progressive du coefficient de revalorisation des hausses réelles octroyées aux salaires perçus au cours de la période 1955-1974¹.

C. Un indice des prix à la consommation pour les personnes âgées

Tout comme les salaires et d'autres allocations sociales, les pensions et la GRAPA sont adaptées à l'évolution du coût de la vie sur base de l'indice santé. Cet indice santé est lui-même fondé sur l'indice des prix à la consommation (IPC) qui représente l'évolution du niveau des prix d'un panier de biens et de services, représentatif des dépenses des ménages (à l'exclusion des boissons alcoolisées, du tabac, de l'essence et du diesel). Les pen-

1. La hausse réelle appliquée aux salaires perçus sur la période 1955-1974 effectuée selon la formule $(1+0,036)^n$, où n=1 en 1974, n=2 en 1973, ... et n=20 en 1955, est progressivement réduite de 0,032 à partir de juillet 1997 à 0 en 2005. cfr. Festjens M.-J., "La réforme des pensions", Bureau fédéral du Plan, Planning Paper 82, novembre 1997.

sions sont donc en principe liées au pouvoir d'achat. Si cet indice n'était pas représentatif des dépenses de groupes spécifiques de population, en l'occurrence les personnes âgées, leur pouvoir d'achat pourrait s'effriter, même en cas d'indexation des allocations. Cette hypothèse peut être vérifiée en examinant si un IPC spécifique pour les personnes de 60 ans et plus s'écarterait de l'IPC de la population totale.

L'écart entre l'IPC national et l'IPC pour les plus de 60 ans pourrait s'expliquer par des différences de modes de consommation, qui viendraient s'ajouter à des hausses de prix inférieures ou supérieures au taux d'inflation moyen, pour certaines catégories de produits. Il ressort d'une étude de la Banque nationale de Belgique¹ qu'un indice santé pour les personnes âgées, établi pour la période 1996-2000, n'aurait guère progressé plus vite que l'indice santé de la population totale. Les principaux résultats de l'étude sont présentés ci-après.

1. Différences dans la structure de consommation

Sur base de l'enquête sur le budget des ménages de 1995-1996, il apparaît que les habitudes de consommation de la population de plus de 60 ans ne s'écartent que légèrement de celles de la population totale (voir tableau 45). Les personnes âgées semblent dépenser, en moyenne, davantage pour les soins de santé, le logement (y compris les loyers, l'eau, l'électricité, le gaz et autres combustibles) et les produits alimentaires. Elles dépensent en moyenne moins que la population totale pour les transports, l'habillement, l'enseignement et les loisirs. L'enquête sur le budget des ménages de 2001 confirme de manière générale cette différence de comportement de consommation de sorte que l'on peut considérer qu'il s'agit d'une réalité structurelle.

TABLEAU 45 - Structure de la consommation de la population totale et des personnes âgées (60 ans et plus)

	Enquête adaptée sur le budget des ménages ^a - 1995-1996			Enquête adaptée sur le budget des ménages ^a - 2001		
	population totale	personnes âgées	écart	population totale	personnes âgées	écart
Produits alimentaires et boissons non alcoolisées	18.9	20.1	1.2	17.1	18.2	1.1
Vêtement et chaussures	7.8	5.7	-2.1	6.0	4.2	-1.8
Logement, eau, électricité, gaz et autres combustibles	14.2	16.3	2.1	14.8	17.4	2.7
Meubles et autres appareils ménagers	8.5	8.7	0.2	7.6	8.3	0.7
Soins de santé ^b	5.7	8.2	2.5	5.9	8.9	3.0
Transports	10.2	7.0	-3.2	13.0	10.3	-2.8
Communication	2.2	2.4	0.2	3.0	2.7	-0.3
Loisirs, culture, voyages	13.6	12.9	-0.6	13.9	12.4	-1.5
Enseignement	1.0	0.2	-0.8	1.0	0.0	-1.0
Horeca	5.2	5.5	0.3	5.3	5.1	-0.2
Autres	12.7	13.1	0.3	12.4	12.5	0.0
Total	100	100	0.0	100	100	0.0

a. Les pondérations de l'enquête sur le budget des ménages ont été modifiées comme suit : la valeur locative des logements occupés par leur propriétaire dans la catégorie de produits logement, ainsi que les produits retirés de l'indice des prix à la consommation pour calculer l'indice santé, à savoir les boissons alcoolisées, le tabac, l'essence et le diesel sont éliminés.

b. Lors du calcul de l'indice, seule la partie payée par le consommateur, à savoir le ticket modérateur, est prise en considération. A noter que les personnes qui font partie de ménages collectifs, comme les maisons de repos et de soins, ne sont pas interrogées dans le cadre de l'enquête sur le budget des ménages. Le coût du séjour en maisons de repos et de soins n'est pas repris dans l'IPC national.

1. Druant, M. (2003), "Un indice des prix à la consommation pour les personnes âgées", Banque nationale de Belgique, Mimeo.

Il convient de formuler quelques remarques sur les différences de structure de consommation obtenues. Premièrement, la structure de la consommation des personnes âgées est comparée à celle de la population totale, y compris les personnes âgées; les différences sont donc inférieures à celles que produirait une comparaison avec la population, hors personnes âgées. Deuxièmement, il convient de mentionner les problèmes de représentativité de l'échantillon des enquêtes sur le budget des ménages¹. Troisièmement, d'après une étude menée par le Bureau central néerlandais de statistique² (CBS) pour les Pays-Bas, les différences de modes de consommation entre la population totale et les personnes âgées seraient relativement faibles comparativement aux différences observées au sein même d'une catégorie de population³.

Un indice de prix applicable à l'ensemble des personnes âgées se justifie donc moins qu'un indice spécifique pour certains groupes-cibles, comme par exemple les personnes en maison de repos et de soins.

Toutefois, les données statistiques actuellement disponibles ne permettent pas d'établir un tel indice: les personnes faisant partie de ménages collectifs ne sont pas interrogées dans le cadre des enquêtes sur le budget des ménages; on ne dispose donc d'aucune information sur leurs habitudes de consommation spécifiques.

2. Impact de l'évolution relative des prix

Par défaut de séries de prix spécifiques aux personnes âgées, les séries de prix utilisées pour la construction d'un indice pour personnes âgées sont les mêmes que celles qui servent à l'établissement des indices généraux de prix à la consommation, en l'occurrence, à l'Indice santé. Cette utilisation constitue également une hypothèse de travail dans la mesure où il n'est pas exclu que les personnes âgées aient des comportements de consommation propres (comme la fréquentation d'autres lieux d'achat ou la consommation d'autres variétés de produits).

Le cours divergent de l'indice de prix spécifique aux personnes âgées et de l'indice général de prix trouve dès lors par définition sa source dans des structures de consommation différentes (voir point 1) sur lesquels se greffent les évolutions contrastées des prix des différentes catégories de produits, plus ou moins rapides que l'évolution du niveau général des prix.

Le tableau 46 présente, par catégorie de produits, l'évolution moyenne des prix sur la période 1996-2002. Au cours de cette période, les prix des catégories de produits suivants ont progressé nettement plus vite que la moyenne : l'horeca, l'enseignement, les transports, le logement et les produits alimentaires. Par contre, l'évolution des prix dans les domaines de la communication, des loisirs et de l'habillement se situait largement en-dessous du taux d'inflation moyen. Les hausses de prix des soins de santé ne s'écartaient que légèrement de la moyenne.

-
1. Les données de l'ICN relatives à l'enquête sur le budget des ménages de 1999 montrent que l'échantillon représentait 0,09 % du nombre total de ménages. Pour la population de 60 ans et plus, ce pourcentage tombait à 0,07.
 2. Pannekoek, J. en Schut, C.M., "Geen inflatie op maat", Bureau central de statistique.
 3. Partant des données d'enquêtes menées auprès des ménages individuels, l'étude examine si les indices de groupe, par exemple un indice pour personnes âgées, fournissent davantage d'informations sur l'inflation subie par les ménages individuels au sein de ce groupe par rapport à l'IPC pour l'ensemble des ménages. Cela ne semble guère être le cas.

TABLEAU 46 - Evolution annuelle moyenne des prix - indice santé 1996-2002 et IPC national 1977-1995

	Indice santé		IPC national 1977-1995	
	Evolution des prix nominaux (pct.)	Evolution relative des prix (points de pourcentage)	Evolution des prix nominaux (pct.)	Evolution relative des prix (points de pourcentage)
Produits alimentaires et boissons non alcoolisées	1.99	0.34	2.65	-1.15
Vêtement et chaussures	0.90	-0.75	3.93	0.12
Logement, eau, électricité, gaz et autres combustibles	2.12	0.47	4.24	0.43
Meubles et autres appareils ménagers	1.35	-0.30	3.15	-0.66
Soins de santé ^a	1.57	-0.08	4.78	0.98
Transports	2.07	0.42	4.58	0.77
Communication	-1.70	-3.35	2.84	-0.97
Loisirs, culture, voyages	1.10	-0.56	4.02	0.21
Enseignement	2.22	0.57	4.39	0.59
Horeca	2.18	0.53	4.56	0.76
Autres	1.81	0.16	3.31	-0.50
Total	1.65		3.81	

a. Pour le calcul de l'indice, seule la part payée par le consommateur est prise en compte, à savoir le ticket modérateur.

A cet égard, il convient de noter que pour comparer l'évolution des prix de catégories de produits spécifiques avec l'inflation moyenne, le choix de la période de référence n'est pas négligeable. Lorsque l'évolution relative des prix est calculée sur une période de référence différente et plus longue, par exemple 1977-1995, alors que l'inflation relative plus forte dans les secteurs de l'horeca, de l'enseignement, des transports et du logement est confirmée (voir tableau 46), il n'en va pas de même pour les produits alimentaires. En ce qui concerne la catégorie "vêtements et chaussures", les conclusions sont également divergentes selon la période choisie.

Dans la catégorie importante des soins de santé - catégorie où l'on observe la plus grande différence de structure de consommation entre les personnes âgées et la population totale - l'évolution des prix a approché l'inflation moyenne sur la période 1996 - 2002 mais a été largement supérieure sur la période 1977-1995¹. Si l'évolution modérée des prix observée sur la période 1996-2002 s'avérait structurelle, la perte potentielle de pouvoir d'achat subie par les pensionnés serait atténuée.

Une évolution modérée des prix dans le secteur des soins de santé limiterait également les implications budgétaires d'une éventuelle indexation des pensions sur base d'un indice spécifique pour les personnes âgées. Bien entendu, si une hausse faible des tickets modérateurs devait passer par une forte progression des remboursements de l'assurance maladie l'avantage pour les finances publiques serait remis en question.

1. En ce qui concerne les soins de santé, seule la partie payée par le consommateur, à savoir le ticket modérateur, entre en ligne de compte dans l'IPC.

3. Un indice santé hypothétique pour les personnes âgées sur la période 1996-2002

Partant des données relatives au comportement de consommation de la population âgée tirées de l'enquête 1995-1996 et de l'inflation par catégorie de produits pour la période 1996-2002, un indice santé distinct a été calculé pour les personnes âgées. Ce dernier a à peine progressé plus vite que l'indice santé pour l'ensemble de la population: l'écart ne dépassait pas 0,01 point de pourcentage par an entre 1996 et 2002.

4. Sensibilité du résultat obtenu : scénarios alternatifs

Les résultats présentés sont fonction des hypothèses formulées en matière (i) de différence de structure de consommation et (ii) d'évolution relative des prix. Afin d'évaluer l'impact des hypothèses sur les résultats, deux structures de consommation différentes (1995-1996 et 2001) ont été combinées à deux possibilités d'évolution relative des prix (1996-2002 et 1977-1995), soit au total quatre combinaisons, dont l'une correspond à celle présentée ci-avant.

Les indices construits sur base de ces différentes combinaisons indiquent que l'inflation subie par les personnes âgées ne dépasserait l'inflation "générale" que de 0,02 point de pourcentage au maximum. L'impact sur les résultats de la hausse plus rapide des prix des soins de santé par rapport à l'inflation moyenne au cours de la période 1977-1995 apparaît limité.

5. Conclusion

Un indice santé, construit spécifiquement pour les personnes âgées sur la période 1996-2002, aurait progressé à peine plus rapidement que l'indice santé pour l'ensemble de la population¹. Une telle simulation reste toutefois un exercice précaire et le résultat obtenu pour la période 1996-2002 n'est pas nécessairement extrapolable pour l'avenir.

Il semble cependant peu opportun, sur cette base, de développer un indice distinct pour les personnes âgées. En outre, des arguments plus conceptuels peuvent être invoqués à l'encontre de l'application d'un tel indice (voir l'étude menée aux Pays-Bas): les disparités en matière de comportement de consommation et d'évolution du coût de la vie semblent plus fortement liées aux différences individuelles qu'aux caractéristiques des diverses catégories de population. On peut dès lors se demander si une politique axée sur la préservation du pouvoir d'achat des personnes âgées ne devrait pas davantage reposer sur des instruments plus sélectifs, ciblés sur certains groupes spécifiques.

1. Les calculs alternatifs indicatifs de l'indice santé réalisés pour ces deux groupes tendent vers le même résultat.

D. Les taux de remplacement pour quelques cas-types

Les taux de remplacement indiquent dans quelle mesure le système de pension permet au travailleur de conserver son niveau de vie lorsqu'il prend sa pension. Ils sont calculés comme le rapport entre le montant de la pension qu'un cas-type théorique reçoit au cours de sa première année de pensionnement et son dernier salaire annuel.

Les taux de remplacement examinés dans ce rapport sont basés sur le document "Contribution of the Belgian delegation to the Indicators Sub-group of the SPC with regard to prospective pension replacement rates" du 13 février 2004. Ce document constitue la contribution de la délégation belge au rapport "Current and Prospective Pension Replacement Rates - Report on Work in Progress" (23/02/2004) du sous-groupe indicateurs (SGI) du Comité de protection sociale de la Commission européenne. Le sous-groupe est chargé de développer des indicateurs sur les pensions adéquates qui peuvent être utilisés dans le cadre de la "Méthode ouverte de coordination".

Dans ce contexte, le SGI a déjà développé une série d'indicateurs basés sur des données de revenus tirées d'enquêtes (entre autres l'ECHP, voir aussi section A.1). Ces données présentent toutefois des limites lorsqu'il s'agit de déduire l'impact spécifique du régime de pension sur la situation des revenus des personnes âgées. Dans cette optique, les taux de remplacement représentent une solution et, en outre, ils peuvent aussi être prospectifs.

Avant d'entamer l'analyse des taux de remplacement, il convient de mentionner certaines de leurs limites. Ainsi, il n'est tenu compte que des revenus de pension, les autres sources de revenus des personnes âgées ou de leurs cohabitants ne sont pas prises en considération. Ces taux de remplacement ne reflètent donc pas complètement le niveau de vie général des pensionnés. En outre, les taux de remplacement sont développés pour certains cas-types théoriques dont les hypothèses ne seront pas représentatives pour un grand nombre de travailleurs au moment de leur départ à la retraite (voir ci-après point 1).

1. Hypothèses et représentativité du cas-type

Le cas-type de référence pour le taux de remplacement, défini par le SGI, est un homme isolé qui part à la retraite à 65 ans et qui a travaillé à temps plein pendant 40 ans. Sur l'ensemble de sa carrière, son salaire correspond à 100 % du salaire moyen dans le régime salarié. Sa pension est calculée dans le régime des salariés.

Dans la projection, on table sur une croissance réelle de 1,8 % des salaires sur l'ensemble de la période étudiée, ce qui correspond à l'hypothèse de croissance de la productivité. Les pensions minimums et le plafond salarial utilisé pour le calcul des pensions suivent, dans la projection, la hausse des salaires.

La cotisation annuelle au deuxième pilier est fixée à 4,25 % du salaire brut¹. Pour calculer les taux de remplacement en 2002, 2010 et 2030, on part de l'hypothèse que les cotisations au deuxième pilier ont débuté en 1992. Pour le taux de remplacement de 2050, la période de cotisation de 40 ans débute en 2010. Le taux d'intérêt réel net sur le capital (après impôts et coûts administratifs) est de 2 %.

1. L'employeur couvre 90 % de la cotisation et le travailleur 10 %.

En ce qui concerne la représentativité du cas-type, on peut dire que la durée moyenne de la carrière¹ d'un homme ayant uniquement travaillé dans le régime salarié est de 42,5 ans en 2002. Son âge moyen au moment de son départ à la retraite est de 64 ans. Quant aux femmes, elles quittent la vie active en moyenne à 62 ans après une carrière moyenne pure de 30,5 ans dans le régime des salariés.

Actuellement, les salariés qui reçoivent une pension du deuxième pilier à leur départ en pension sont encore peu nombreux. Dans le Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de mai 2003, l'évolution du taux de couverture du deuxième pilier pour les nouveaux pensionnés (conséquence de la loi du 13 mars 2003) est estimé, dans le scénario de référence, à 15 % en 2005, à 20% en 2010, 25 % en 2020 et à 30 % en 2030. En ajoutant ces nouveaux pensionnés bénéficiaires du second pilier aux 30 à 35 % des salariés qui se constituaient déjà une pension complémentaire, le taux de couverture global toucherait 45 à 65 % des salariés².

2. Le taux de remplacement pour différents cas-types

a. Le cas-type de référence

En 2002, la pension brute totale du cas-type de référence équivaut à 40 % du revenu perçu l'année précédente (voir tableau 47). L'écart entre les revenus de la pension du premier pilier et le dernier salaire perçu provient du mode de calcul de la pension qui prend en compte les salaires moyens de l'ensemble de la carrière. La part du deuxième pilier dans le taux de remplacement demeure cependant limitée en 2002: le revenu du deuxième pilier n'atteint même pas 10 % de la pension brute du cas-type de référence, en raison de l'hypothèse d'une période de cotisation de 10 ans en 2002.

TABLEAU 47 - Taux de remplacement pour le cas-type de référence - en termes nets et bruts, pour 2002, 2010, 2030 et 2050

Taux de remplacement en %	2002	2010	2030	2050
Taux de remplacement brut, 1e pilier	36,5	37,1	36,8	36,6
Taux de remplacement brut, 2e pilier	3,5	6,1	12,2	11,8
Taux de remplacement brut, total	40,0	43,2	49,0	48,4
Taux de remplacement net, total	66,1	68,2	77,2	76,3

Le régime fiscal étant favorable aux pensionnés, le taux de remplacement net atteint 66 %, ce qui est nettement supérieur au taux brut (voir tableau 47).

Sur la période de projection 2002-2050, on constate une hausse significative des taux de remplacement nets et bruts. Si le taux de remplacement du premier pilier reste pratiquement constant durant cette période³, la contribution du deuxième pilier augmente sensiblement, c'est-à-dire de moins de 10 % du taux de remplacement brut en 2002 à 25 % en

1. La durée moyenne de carrière correspond, en l'occurrence, à la période durant laquelle des droits à la pension ont été accumulés (y compris les périodes assimilées).
2. Voir Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de mai 2003, p. 38
3. Le benefit ratio diminue même pendant cette période. Il n'en va pas de même pour le taux de remplacement étant donné qu'il s'agit toujours du montant de la pension d'un nouveau pensionné et que le cas-type de référence n'est pas touché par le plafond salarial lors du calcul de sa pension (pour plus de détails: voir Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de mai 2003, partie IV.B.1).

2050. Cette évolution est attribuable à l'hypothèse de la croissance de la période de cotisation au deuxième pilier: elle passe de 10 ans en 2002 à 40 ans en 2032, période où le système a atteint la maturité. Au-delà de 2032, le taux de remplacement du deuxième pilier baisse en raison de la progression de l'espérance de vie, ce qui entraîne une diminution du taux de remplacement (voir tableau 47).

b. Autres cas-types

D'autres cas ont été analysés: ceux des travailleurs ayant un salaire inférieur ou supérieur à la moyenne. Dans le cas hypothétique d'un salaire inférieur, il s'agit d'un salaire correspondant à 67 % de revenu moyen perçu par le cas-type de référence sur l'ensemble de sa carrière. Dans ces circonstances, la pension équivaut à la pension minimum garantie. Afin de tenir compte d'une évolution plus réaliste de la carrière, ont été analysés deux autres cas de figure qui connaissent une croissance de leur salaire et qui, en fin de carrière, perçoivent un salaire supérieur à celui du cas-type de référence. Il s'agit d'une part, d'un travailleur dont le salaire passe de 80 % à 120 % du salaire moyen, et d'autre part, d'un travailleur dont le salaire croît de 100 % à 200 % du salaire moyen.

TABLEAU 48 - Taux de remplacement pour différents cas-types - en termes nets et bruts, pour 2002 et 2050

Taux de remplacement en %	Salaires bas (67 % de la moyenne)		Salaires en progression (de 80 % à 120 % de la moyenne)		Salaires en progression (de 100 % à 200 % de la moyenne)	
	2002	2050	2002	2050	2002	2050
Brut, 1e pilier	42,1	40,8	31,3	30,8	24,4	22,6
Brut, 2e pilier	3,5	11,8	3,3	9,7	3,2	8,5
Brut, total	45,6	52,6	34,6	40,5	27,7	31,1
Net, total	68,9	79,0	57,7	66,4	47,1	53,3

Le tableau ci-dessus laisse apparaître qu'en 2002, les taux de remplacement de la pension légale sont supérieurs (en comparaison avec le cas de référence) pour les pensionnés ayant eu une carrière moins bien rémunérée (67 % du salaire moyen). Ces pensionnés pouvant bénéficier d'une pension minimum garantie, l'écart par rapport au dernier salaire perçu est moins important.

Lorsque les salaires évoluent à la hausse, les taux de remplacement de la pension légale sont sensiblement plus bas que pour le cas de référence. Dans le cas d'une progression salariale allant jusqu'à 200 % du salaire moyen, la pension de retraite est entièrement calculée sur base du plafond salarial et non du salaire réellement perçu. Plus le dernier salaire perçu dépasse le plafond salarial, plus l'effet négatif sur le taux de remplacement individuel est important.

Les taux de remplacement pour ces différents cas-types progressent sur la période de projection compte tenu aussi de la part accrue de la pension générée par le deuxième pilier. Partant des hypothèses formulées, le taux de remplacement net atteint, en 2050, 79 % du salaire moyen pour la carrière la moins bien rémunérée, 66 % pour les pensionnés ayant connu une progression salariale modérée et 53 % pour les pensionnés avec progression salariale importante. Les différences par rapport au cas de référence sont toujours présentes en 2050.

3. Le cas-type de référence après 10 ans de pensionnement

Dans cette section, l'écart de croissance entre la pension et le salaire moyen du cas de référence est examiné dix ans après son départ en pension. Outre l'adaptation automatique des pensions à l'inflation, on table sur une adaptation annuelle au bien-être de 0,3 % pour la pension du premier pilier. Au niveau du deuxième pilier, le capital épargné, au moment du départ à la retraite, est converti en annuités constantes en termes nominaux. Si le capital est exprimé en prix constants de 2002, on constate d'année en année une perte de pouvoir d'achat du deuxième pilier. Le taux de croissance réel des salaires est ici aussi de 1,8 %. Les hypothèses décrites ci-avant sont toujours d'application.

TABLEAU 49 - Ecart de croissance entre la pension et le salaire moyen, dix ans après le départ à la retraite - pour le cas-type de référence, en termes nets et bruts

Cas de référence	Montant à prix constants (2002)		Taux de croissance 2002 - 2012 (%)	Ecart de taux de croissance (point de pourcentage)
	2002	2012		
Salaire brut moyen	31.604	37.776	19,5 %	
Pension brute	12.417	12.553	1,1 %	18
Salaire net moyen	18.383	22.123	20,3 %	
Pension nette	11.986	12.502	4,3 %	16

La quatrième colonne du tableau 49 présente les taux de croissance, sur la période 2002-2012, des salaires moyens (nets et bruts) et des pensions moyennes (nettes et brutes) du cas-type de référence, toujours à prix constants. La différence entre ces deux taux de croissance (dernière colonne) montre dans quelle mesure l'évolution de la pension après 10 ans de pensionnement s'est écartée de l'évolution du salaire moyen sur cette période. Cet écart de croissance atteint, après 10 ans en pension, plus de 18 points de pourcentage en termes bruts et 16 points de pourcentage en termes nets. Avec ces hypothèses et une adaptation (limitée) au bien-être, l'évolution de la pension après 10 ans reste clairement en deçà de celle du salaire moyen.

Pour ce qui est de la carrière moins bien rémunérée avec une pension correspondant au minimum garanti, l'évolution de la pension suit bien celle du salaire moyen en raison de l'hypothèse d'une adaptation au bien-être de la pension minimum totalement liée à l'évolution salariale.

VI Annexe 1

Extrait de “*Les finances publiques belges pour l’année 2004. Un budget pour l’emploi*”, Bruxelles, 14 octobre 2003.

“Les lignes directrices de cette politique sont les suivantes :

- Il est essentiel qu'un effort supplémentaire soit consenti en vue de favoriser l'emploi de personnes moins scolarisées ou moins expérimentées et qui éprouvent souvent des difficultés sur notre marché de l'emploi. Voilà pourquoi il a été décidé de prévoir une réduction supplémentaire sur les cotisations sociales patronales pour les travailleurs salariés dont le salaire mensuel brut est inférieur à 1 956,6 euros. La réduction de cotisation patronale existante pour ce groupe cible est renforcée et, dans le même temps, le groupe cible est étendu (la limite "bas salaire" est majorée d'environ 219 euros). Ce renforcement se déroule en deux phases : en 2004, la réglementation sera renforcée une première fois avec effet au 1er janvier 2004 et moyennant un budget de 51 millions d'euros en plus et, à compter du 1er janvier 2005, cette mesure parviendra à sa vitesse de croisière.
- Les travailleurs salariés qui, en raison de leur expérience, de leur formation ou de leurs connaissances, sont gratifiés d'un salaire plutôt élevé, constituent un nouveau groupe cible de la politique des réductions de charges. Dans la réglementation actuelle en matière de cotisation, le coût salarial indirect est très lourd pour ce groupe. Voilà pourquoi la partie du salaire excédant 12 000 euros bruts par trimestre fera l'objet d'une réduction de cotisation de 1,73 point de pour cent à compter du 1er janvier 2004 et de 6 points de pour cent à partir du 1er janvier 2005 (budget de 78,9 millions d'euros en 2004).
- Le coût salarial de tous les travailleurs salariés continuera d'être réduit dès lors que le montant de base de la réduction structurelle des charges continuera d'être majoré pourLes lignes directrices de cette politique sont les suivantes : passer de 381,33 euros par trimestre à 400 euros par trimestre (budget de 146,5 millions d'euros).
- La législation actuelle prévoit que la réduction structurelle des charges n'est accordée qu'aux travailleurs salariés qui, au cours d'un trimestre, ont travaillé au moins 27,5 % d'un horaire complet. Cette condition stricte est assouplie, de sorte que tout travailleur salarié qui travaille au moins à mi-temps aie toujours droit, à partir du 1er avril 2004, à la réduction structurelle de cotisation et à d'éventuelles réductions pour “groupe cible”, même si ses prestations au cours du trimestre sont inférieures à 27,5 % des prestations normales (budget de 28,5 millions d'euros).
- Dans le régime de la réduction des cotisations patronales pour les premiers emplois des jeunes, une réduction de groupe cible sera accordée à compter du 1er janvier 2004 pour tous les jeunes moins scolarisés, jusqu'à la fin du trimestre durant lequel ils atteignent l'âge de 26 ans, et ce en remplacement de la réglementation actuelle qui prévoit une réduction pour groupe cible au cours du premier

emploi de 1 à 3 ans, suivie d'une réduction pour groupe cible après le premier emploi de 3 ans. Cette réduction de cotisation est subordonnée à la condition que l'employeur satisfasse à l'obligation de premier emploi à laquelle il est tenu. Par contre, pour les jeunes de 26 ans ou plus, l'employeur ne pourra plus prétendre à la réduction de cotisation pour les premiers emplois et ces jeunes ne pourront davantage entrer de nouveau en ligne de compte pour l'obligation de premier emploi. La simplification permettra à un nombre plus élevé de jeunes de recourir au système (budget de 30 millions d'euros).

- Enfin, un montant de 50 millions d'euros provenant de l'enveloppe de 800 millions d'euros (25 millions en 2004) pour les réductions de charges est mis à disposition pour une approche très novatrice des restructurations d'entreprises. Les restructurations accompagnées de nombreux licenciements constituent chaque fois un drame pour les personnes concernées et parfois même pour l'emploi de toute la région dès lors qu'elles portent gravement préjudice aux sous-traitants.
- La politique d'activation dans l'entreprise en restructuration, axée sur le reclassement, sera encouragée dans l'intérêt de toutes les parties concernées, notamment du nouvel employeur. La mise en œuvre d'une cellule d'emploi, prévoyant la participation paritaire des partenaires sociaux, sera encouragée dans un système expérimental et facultatif par la voie de stimulants financiers.
- Pour le secteur non marchand, la réduction de cotisation dans le cadre du "Maribel social" sera majorée à compter du 1er janvier 2004 à concurrence d'un montant correspondant à 37,5 millions d'euros en 2004.
- Pour l'extension de la "mesure SINE" (une réduction durable de cotisation et une activation des chômeurs de longue durée peu scolarisés ou des bénéficiaires du revenu d'intégration) au secteur des services de proximité, un montant sur base annuelle de 2,5 millions d'euros est libéré. Ce montant passera à 5 millions d'euros en 2005, ce qui permettra au niveau fédéral de créer, une fois la vitesse de croisière atteinte, au moins 3 000 emplois supplémentaires pour les chômeurs de longue durée peu scolarisés ou les bénéficiaires du revenu d'intégration dans des services de proximité agréés. Ce montant est prévu au budget de l'Économie Sociale, volet Programme de printemps".

VII Annexe 2

Extrait de “*Les finances publiques belges pour l'année 2003: un budget en équilibre*”.

“Dépenses de santé

Pour l'INAMI, l'objectif budgétaire global 2003 est fixé à 15.341,8 millions d'euros (618,9 milliards BEF).

Sur la base d'estimations techniques corrigées (15.384,0 millions d'euros ou 620,6 milliards BEF), des mesures d'économie ont été prises dans le secteur des médicaments pour un montant de 103 millions d'euros (4,2 milliards BEF). Simultanément, on a libéré des crédits à hauteur de 58,5 millions d'euros (2,4 milliards BEF), visant à maintenir un niveau adéquat de protection du patient et à revaloriser les actes intellectuels des médecins, avec une attention particulière pour la médecine générale.

- Pour les médicaments, l'économie est supportée pour la plus grande part par les pharmaciens, les distributeurs et l'industrie:
 - extension et renforcement du remboursement de référence: cela signifie qu'une baisse des prix doit intervenir lorsqu'un médicament atteint tout simplement un âge déterminé; l'industrie supporte 4/5 de ce coût parce qu'elle est ainsi contrainte de faire également baisser les prix des originaux;
 - prescription sur le nom de la substance et assimilation de la marge des pharmaciens sur les médicaments génériques: le pharmacien supporte le coût;
 - remaniement du remboursement: nombre de "médicaments de confort" passent de B à C. Le coût pour le patient sous la forme d'un ticket modérateur plus élevé est compensé par le fait que les médicaments C sont compris dans la FAM (facture maximale).
 - vaccination: des campagnes de vaccination gratuite seront lancées en faveur de certains vaccins; il est dès lors inutile de mettre encore ces vaccins à disposition via les pharmacies (qui ont alors une nouvelle marge sur la vente ...).
 - adaptation de la marge du secteur de la distribution
- Comme en 2002, 5,85 % sont prélevés sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques; il s'agit de 3 % de taxe de base, de la poursuite du prélèvement d'1,5 % qui a remplacé une économie en 2002 et de 1,35 % de prélèvement provisionnel. Cette opération a généré un produit de 125 millions d'euros (5 milliards BEF).
- La contribution de responsabilisation OA (organismes assureurs) concerne la responsabilité des mutualités dans les déficits de l'INAMI. Étant donné qu'il y avait un déficit en 2001, le décompte est opéré en 2003 (si le compte est arrêté définitivement): les OA sont alors déclarés responsables pour un pourcentage déterminé

du déficit. Les membres des OA doivent alors d'ordinaire verser une prime à leur OA et nous pouvons imputer ce versement au solde. L'on se fonde ici sur 50 millions d'euros (2 milliards BEF)".

VIII Annexe 3 : Aspects techniques de la méthodologie de projections des dépenses de santé à long terme (2009-2030)

A. Modélisation de l'impact du vieillissement démographique

L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (y compris le taux de remboursement préférentiel à des âges avancés) est estimé à partir d'une banque de données relative au remboursements des prestations de santé par âge (i) et par sexe (s). Les profils qui ressortent de cet échantillon, pour une année t=0, sont normalisés afin d'être extrapolés à l'ensemble de la population:

$$csr_{s,i} = \frac{cs_{s,i}/n_{s,i}}{\sum_{s,i} cs_{s,i}/\sum_{s,i} n_{s,i}} \quad \text{avec}$$

$cs_{s,i}$ = dépenses de soins de santé par âge et sexe dans l'échantillon
 $n_{s,i}$ = population de l'échantillon par âge et sexe
 $csr_{s,i}$ = coût relatif par âge et sexe (pour un coût moyen unitaire, tous âges, sexes et types de soins confondus)¹

Sur base de ces profils normalisés, un indicateur (S) est calculé pour chaque année de projection, tel que son taux de croissance corresponde à l'augmentation des dépenses de soins de santé uniquement attribuable aux changements de la structure démographique, dans l'hypothèse où les profils de coût par âge et sexe restent constants dans le temps²:

$$S_t = \frac{\sum_{s,i} (csr_{s,i} \times N_{s,i,t})/N}{\sum_{s,i} (csr_{s,i} \times N_{s,i,t_0})/N} \quad \text{avec}$$

S_t = indice d'impact du vieillissement sur les dépenses de soins de santé
 N_t = population totale

1. Y compris le taux de remboursement préférentiel à des âges avancés.
2. Cette hypothèse de fixité des profils est une hypothèse forte. Les profils peuvent en effet évoluer, par exemple, du fait de développements technico-médicaux davantage ciblés sur certaines classes d'âges. En outre, ils peuvent être sensibles à l'augmentation de l'espérance de vie, dans la mesure où certaines dépenses seraient particulièrement liées au décès ou aux années précédant le décès.

B. La «tendance lourde» de la croissance des dépenses de soins de santé

La «tendance lourde» résulte de l'évolution des volumes et des prix dans le secteur de la santé à structure démographique inchangée. Plus spécifiquement, elle résulte d'une dynamique combinant des facteurs d'offre¹, de demande et des choix d'objectifs politiques en matière de santé. Par ailleurs, la comptabilité nationale fait apparaître une croissance moyenne du déflateur des dépenses de soins de santé supérieure à celle du déflateur du PIB. Sans doute, celle-ci reflète-t-elle, notamment le coût des développements technologiques importants dans ce secteur et la faiblesse des gains de productivité. Le fait d'agréger les effets-volume et prix se justifie par la difficulté, pour la comptabilité nationale, à appréhender correctement ces deux effets dans un secteur où les développements technologiques sont rapides et dont l'output en biens et services est donc peu homogène dans le temps.

Pour projeter la part de l'évolution des dépenses de soins de santé qui ne dépendent pas des effets démographiques, le BFP a recours à une estimation économétrique. Il s'agit d'une fonction de consommation qui met en relation, d'une part, la consommation totale de soins de santé par tête, à structure démographique inchangée et déflatée par les prix du PIB et, d'autre part, le PIB (en prix constants) par habitant de l'année précédente et un terme autorégressif. Ainsi, l'évolution de la «tendance lourde» est expliquée par le niveau de la richesse nationale et celui de la consommation passée de soins de santé. L'équation estimée sur la période 1953-2002 est spécifiée comme suit:

$$\frac{C_t}{N_t \cdot P_t \cdot S_t} = \beta_1 + \beta_2 \cdot \left(\frac{\text{PIB}_{t-1}/P_{t-1}}{N_{t-1}} \right) + \beta_3 \cdot \left(\frac{C_{t-1}}{N_{t-1} \cdot P_{t-1} \cdot S_{t-1}} \right) + \mu_t$$

avec:

- C_t la dépense totale de soins de santé en t
- N_t la population belge,
- P_t le déflateur du PIB,
- S_t l'indice d'impact du vieillissement sur les dépenses de soins de santé (cfr. supra).

L'estimation de cette forme réduite simple donne de bons résultats économétriques. Ainsi, le PIB par habitant et la consommation totale des soins de santé par tête de l'année précédente expliquent plus de 99 % de la variation de la consommation de soins de santé au cours de l'année en cours. L'effet significatif de la consommation de l'année précédente ($\beta_3=0,75$) est beaucoup plus important que celui du PIB par tête ($\beta_2=0,03$), ce qui reflète un effet d'inertie ou de «habit-persistence» important dans la consommation de soins de santé. Ainsi, la propension marginale à consommer² de long-terme qui prend en compte les effets d'inertie est de 0,11 contre 0,03 à court terme. En d'autres termes, pour

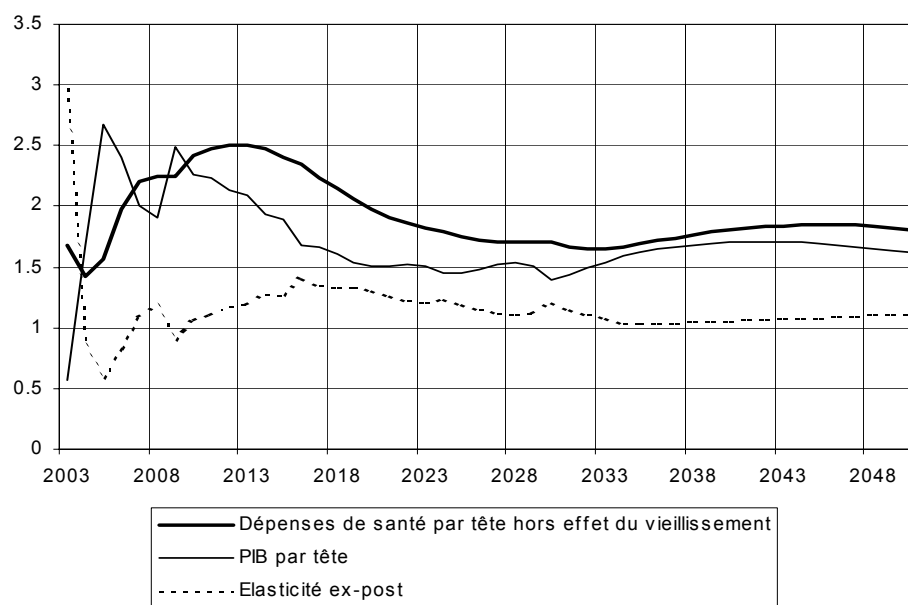
1. Notamment, ceux qui découlent des progrès techniques: nouveaux appareils de diagnostic et de soins, technicisation des actes, hyper-spécialisation des prestataires, élargissement de l'arsenal thérapeutique.
2. On appelle propension marginale à consommer le rapport $\frac{\Delta \text{consommation}}{\Delta \text{PIB}}$. Ce ratio permet de répondre à la question suivante, lorsque le PIB par tête augmente, quel est la part du supplément de revenu qui est utilisé en dépenses de consommation de soins de santé supplémentaire.

un accroissement du PIB par habitant de 100 euros, 11 seront alloués aux soins de santé. D'autres régresseurs, comme le revenu par actif occupé ou le taux moyen de l'intervention de l'assurance maladie¹, ont été rejetés en raison de leur faible pouvoir explicatif.

C. Elasticité des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement par rapport au PIB par tête sur la période de projection

Le graphique ci-dessous reprend l'élasticité ex-post des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement par rapport au PIB par tête pendant la période de projection. A partir de 2004, celle-ci est croissante et jusqu'en 2020. En effet, le taux de croissance des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement est supérieur à celui du PIB par tête pendant cette période. A partir de 2020, l'élasticité décroît car le taux de croissance du PIB par tête se stabilise alors que celui des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement continue à baisser. A partir de 2030 les deux taux évoluent de façon similaire et l'élasticité est proche de 1. En fin de période de projection, le taux de croissance des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement est à nouveau plus élevé que celui du PIB par tête et l'élasticité augmente légèrement.

FIGURE 44 - Dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement et PIB par tête (taux de croissance)
Elasticité ex-post des dépenses de santé par tête hors effet du vieillissement par rapport au PIB par tête

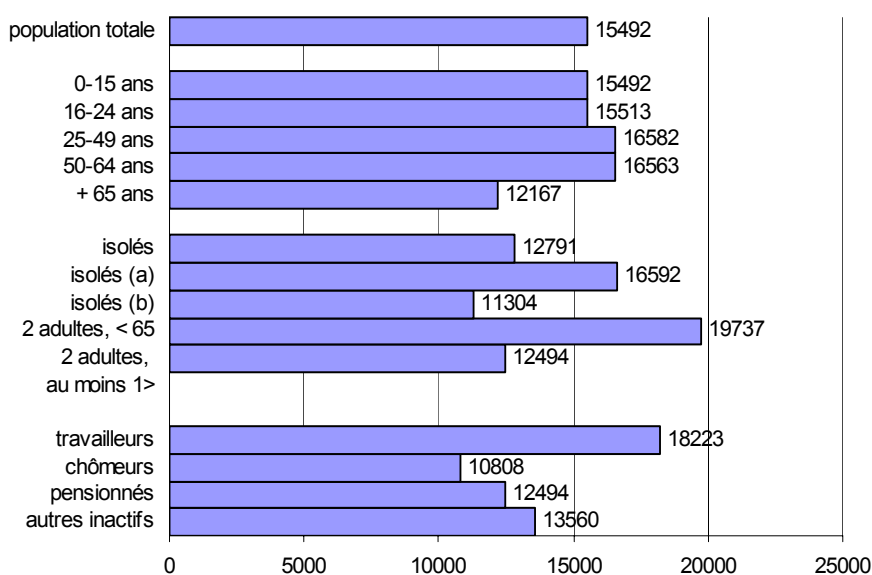


L'élasticité ex-post moyenne sur l'ensemble de la période de projection (2003-2050) est de 1,11 alors que sur la période 2003-2030, elle vaut 1,13. Le PIB par tête a un taux de croissance moyen de 1,70 % sur l'ensemble de la période (2003-2050) et de 1,73 % sur la période 2003-2030. Notons que les dépenses de santé ont une évolution similaire à celle du PIB mais avec un retard de plusieurs années, du fait de l'effet d'inertie capté par notre modélisation. Ainsi, la baisse du taux de croissance du PIB par tête qui s'enclenche en 2010 ne se fait sentir sur les dépenses de santé qu'à partir de 2014.

1. D'autres études confirment que cette variable a peu d'impact sur la consommation de soins de santé.

IX Annexe 4: Indicateurs du risque de pauvreté chez les personnes âgées

FIGURE 45 - Le revenu équivalent médian net pour les différentes catégories de population - en euros pour l'année 2000 (vague 2001 de l'enquête ECHP)



Source: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, janvier 2004

(a) adultes isolés, entre 30 et 65 ans

(b) adultes isolés, de plus de 65 ans

Ces indicateurs du risque de pauvreté étant calculés sur base de la méthode relative, ils peuvent varier sensiblement selon le seuil de pauvreté envisagé (40 %, 50 %, 60 % ou 70 % du revenu équivalent médian). En effet, un revenu minimum garanti à peine supérieur au seuil de pauvreté donnera un risque de pauvreté relativement bas, tandis qu'un revenu minimum garanti à peine inférieur au seuil de pauvreté débouchera sur des taux plus élevés. En réalité, la situation en matière de revenu ne variera que de manière marginale. Le tableau 50 présente les indicateurs du risque de pauvreté calculés sur base des différents seuils de pauvreté.

TABLEAU 50 - Risque de pauvreté pour différents seuils et catégories de population - sur base de la vague 2001 de l'enquête ECHP sur les revenus de 2000t

	% du revenu équivalent médian			
	40%	50%	60%	70%
Seuil de risque de pauvreté (montant annuel, en euros)				
- pour un isolé	6.197	7.746	9.295	10.845
- pour un couple	9.296	11.619	13.943	16.268
Indicateur de risque de pauvreté (%)				
Par âge et sexe				
- population totale, total	2	6	13	21
- population totale, de 0 à 15 ans	2	5	12	20
- population totale, de 16 à 24 ans	2	5	12	20
- population totale, de 25 à 49 ans	2	4	10	15
- population totale, de 50 à 64 ans	2	6	12	19
- population totale, 65 ans et plus	4	11	26	39
- hommes, total	2	5	12	19
- hommes, de 0 à 15 ans	2	5	12	19
- hommes, de 16 à 24 ans	3	6	11	16
- hommes, de 25 à 49 ans	2	3	8	13
- hommes, de 50 à 64 ans	2	6	10	16
- hommes, 65 ans et plus	4	9	24	38
- femmes, total	2	7	15	23
- femmes, de 0 à 15 ans	2	6	12	20
- femmes, de 16 à 24 ans	1	5	12	24
- femmes, de 25 à 49 ans	2	5	11	16
- femmes, de 50 à 64 ans	3	6	13	22
- femmes, 65 ans et plus	4	12	26	40
Selon le type de ménage				
- isolé	4	11	21	34
- isolé, entre 30 et 65 ans	3	9	13	21
- isolé, plus de 65 ans	3	12	27	44
- couple, tous les deux moins de 65 ans	1	3	8	14
- couple, au moins un de plus de 65 ans	4	10	26	38
Par statut socio-économique				
- actifs	1	1	4	7
- chômeurs	6	20	32	50
- pensionnés	3	8	21	33
- autres inactifs	3	9	21	30

Source: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, janvier 2004

Les indicateurs de pauvreté étant basés sur un échantillon, les intervalles de confiance ont une grande importance. Si l'on veut comparer valablement les chiffres de pauvreté de différentes années pour dégager une éventuelle tendance, ces valeurs limites sont essentielles. Toutefois, nous ne disposons pas des intervalles de confiance des chiffres de pauvreté publiés par l'ECHP. Dès lors, il est difficile de se prononcer sur l'évolution de la pauvreté sur plusieurs années.

TABLEAU 51 - Indicateur du risque de pauvreté selon le statut socio-économique au cours de l'année précédente (pourcentage de la population de plus de 16 ans), 1994-2000 (enquêtes 1995-2001)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Salariés	3	3	3	3	3	4	3
Indépendants	19	20	17	12	13	12	10
Chômeurs	34	32	30	31	32	35	32
Pensionnés	21	21	20	18	18	18	21
Autres inactifs	25	22	21	21	19	18	21
Population de plus de 16 ans	16	15	14	13	13	13	13

Source: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, janvier 2004

TABLEAU 52 - Indicateur du risque de pauvreté d'après la composition du ménage, 1994-2000 (enquêtes 1995-2001)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ménage d'une personne	23	24	21	21	19	19	21
Ménage d'une personne, 30-64 ans	17	16	15	17	14	12	13
Ménage d'une personne, 65 ans et plus	27	30	25	25	24	24	27
Ménage de deux adultes, les deux < 65	12	9	8	8	9	10	8
Ménage de deux adultes, au moins un > 65	24	23	23	22	22	23	26
Total	16	15	14	14	13	13	13

Source: Eurostat New Cronos: ECHP-UDB, janvier 2004

