

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/160994>

Please be advised that this information was generated on 2019-11-14 and may be subject to change.

LA REALISATION DE LA SOCIETE DE LA PARTICIPATION. REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 2010-2015¹

PAR | **LEI DELSEN**

Radboud University, Institute for Management Research, Nijmegen, Pays-Bas et Network on Pensions, Aging and Retirement (Netspar)

1. INTRODUCTION

La principale question de recherche à laquelle le présent texte va répondre est celle qui consiste à savoir dans quelle direction le système de protection sociale aux Pays-Bas évolue et comment cette évolution du système de protection sociale néerlandais est influencée par des forces économiques et est économiquement rationnelle. Dans le contexte de cette question, une attention a été accordée aux retombées de l'Union économique et monétaire (UEM), du vieillissement de la population néerlandaise ainsi que de la récente crise économique. Cet article met à jour le rapport relatif à la réforme de l'Etat-providence aux Pays-Bas (Delsen, 2012) rédigé pour la quatrième (2010) conférence « The State of the Welfare State in EU anno 1992 and 15 years later ». Une attention particulière a été accordée au système de pensions et aux soins de santé curatifs, ainsi qu'aux assurances-santé à long terme. Les faits et chiffres relatifs à la période 2010-2015 concernant l'évolution de la protection sociale néerlandaise ont été comparés avec les tendances antérieures.

Cet article est structuré comme suit. La Section 2 est consacrée à une analyse des tendances macroéconomiques et de leurs relations avec la politique fiscale au cours de la décennie écoulée. Certaines données macro relatives aux dépenses de sécurité sociale néerlandaises et aux évolutions du marché du travail néerlandais sont présentées et mises en relation avec la politique fiscale et la crise. Les parties suivantes passent en revue le contenu de plusieurs réformes importantes de l'aménagement de l'Etat-providence néerlandais au cours des dernières années. La Section 3 décrit les

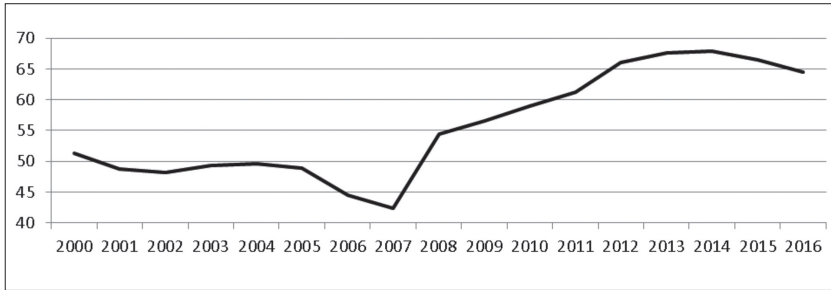
(1) Le présent document a été présenté lors de la cinquième conférence « The State of the Welfare State in EU anno 1992 and 20 years later », organisée par l'Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving (HIVA) de l'université de Leuven (KU Leuven) pour et en collaboration avec l'European Centre for Workers' Questions (Europäisches Zentrum für Arbeitnehmerfragen, EZA), Louvain, 19-20 octobre 2015. Nous remercions vivement Jozef Pacolet pour ses commentaires bien utiles.

premières étapes accomplies dans la direction d'une société de la participation après le tournant du millénaire, et inscrit cette évolution dans les modèles développés par Titmuss et Esping-Anderson. La Section 4 traite de réformes récemment mises en place dans les soins de santé curatifs et les soins à long terme impliquant la réalisation politique de la société de la participation. Les réformes portant sur les retraites et les retraites anticipées sont abordées à la Section 5. Le document se conclut sur une partie consacrée aux perspectives politiques.

2. CONTEXTE MACROECONOMIQUE ET FINANCES PUBLIQUES

2.1. CROISSANCE ECONOMIQUE

Les taux de croissance de l'économie néerlandaise affichent d'importantes fluctuations : à des périodes où cette croissance est supérieure à la moyenne européenne succèdent des périodes de croissance inférieure à la moyenne de l'UE (voir Figure 1). Ces fluctuations trouvent partiellement leur origine dans une politique fiscale pro-cyclique et dans la politique de retraites. Au cours de la décennie écoulée, des mesures d'austérité ont été adoptées en vue d'assurer la soutenabilité financière, de préserver l'Etat-providence néerlandais et de réduire le déficit public et la dette publique. En 2003, le pacte de stabilité et de croissance (PSC) a obligé l'Etat néerlandais à mettre en place un programme d'austérité à un moment où l'économie néerlandaise était encore faible. En réaction au gel des rémunérations des fonctionnaires et des salaires en 2004 et 2005, à l'augmentation des cotisations de pensions destinée à rétablir les ratios de financement des fonds de pensions, ainsi qu'aux incertitudes relatives à la réforme du secteur des soins de santé et du secteur des pensions annoncée par le gouvernement Balkenende II, les citoyens néerlandais ont augmenté leur épargne privée pour compenser l'affaiblissement du filet de sécurité publique. Le rapport relatif à la troisième conférence de l'EZA en 2005 (Delsen, 2006) parvenait à la conclusion que cette situation expliquait partiellement pourquoi les Pays-Bas connaissaient en 2002 et 2003 la plus longue période de récession depuis la Seconde Guerre mondiale.

FIGURE 1 : CROISSANCE DU VOLUME DU PRODUIT INTERIEUR BRUT AUX PAYS-BAS, 2000-2016 (%)

Source : CPB (2015).

L'économie néerlandaise a été frappée de plein fouet par la crise économique et financière de 2008. L'économie s'est contractée de 3,8 % en 2009 (voir Figure 1). Pour préserver la stabilité du système financier, les banques Fortis Nederland et ABN Amro ont été nationalisées (coût : 16,8 milliards EUR) en 2008, suivies par SNS Reaal (coût : 3,7 milliards EUR) en 2013. Les parts seront éventuellement revenues ultérieurement. En 2009 et 2010, le gouvernement Balkenende IV a dépensé, conjointement avec les provinces et les communes, près de 7,5 milliards d'EUR pour stimuler les marchés de l'emploi, de la construction et du logement ainsi qu'une économie durable.

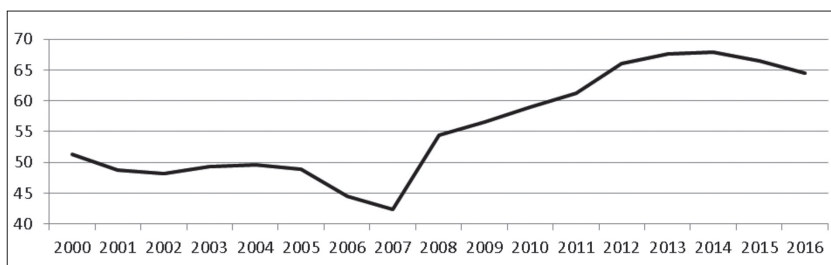
Il a également été décidé de lancer une opération de rétablissement des finances publiques en 2011, sous réserve de la présence d'une croissance économique suffisante. Le gouvernement néerlandais a fait face à la crise en y répondant conformément à l'étude de Reinhart et Rogoff (2010), qui affirment qu'une dette publique élevée est préjudiciable à la croissance économique et que les pays tirent rarement de la croissance de leur dette. A compter de 2011, le cabinet Rutte I a adopté des mesures de restriction significative des dépenses, de gel des salaires de la fonction publique et d'augmentation des impôts. Le paquet d'économies global des deux gouvernements Rutte pour la période 2011-2017 s'élève à 54 milliards d'EUR, en vue de rencontrer les objectifs budgétaires de l'UEM. Des calculs du Fonds monétaire international montrent que les multiplicateurs budgétaires de l'assainissement budgétaire planifié au cours de la crise ont été sous-estimés pour les deux côtés de la balance budgétaire. Un assainissement budgétaire planifié plus rigoureux a été associé à des taux de croissance inférieurs aux niveaux espérés (Blanchard et Leigh, 2013). L'économie néerlandaise a connu trois épisodes de récession au cours des dernières années (2009, 2012 et 2013) (voir Figure 1). La politique d'austérité a exacerbé les récessions et explique partiellement le retard de la croissance économique néerlandaise par rapport

à la moyenne de la zone euro en 2012 et 2013 et la performance relativement faible comparativement aux pays voisins. Des estimations réalisées par le Bureau central du Plan (CPB) montrent que des politiques d'austérité vont réduire la croissance économique annuelle de 0,3 à 0,4 point de pourcentage entre 2011 et 2017. La croissance économique est en cours de rétablissement en 2015. Le CPB estime que l'économie néerlandaise devrait croître de 2,0 % en 2015 et de 2,4 % en 2016 (voir Figure 1). La croissance du PIB est principalement due à la dépense intérieure. Une réduction d'impôts pro-cyclique de 5 milliards d'EUR pour les salariés est programmée pour 2016, l'année précédant les élections.

2.2. FINANCES PUBLIQUES

Le rapport dette/PIB a atteint un pic (78 %) en 1993. Une croissance économique supérieure à la moyenne entre 1994 et 1999 a permis de réduire ce chiffre considérablement. Le ratio s'élevait à 51,4 % en l'an 2000 et à 42,4 % en 2007 (voir Figure 2). Dans le rapport datant de 2000 *Generatiebewust beleid*, le *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid* (WRR) plaidait en faveur d'un remboursement accéléré de la dette publique. Au cours de la même année, le gouvernement violet Kok I annonçait son intention de rembourser intégralement la dette publique en 25 ans. Le remboursement intégral de la dette publique en une génération était également ambitionné par les différents gouvernements Balkenende entre 2002 et 2010 pour assurer le financement des coûts croissants liés au vieillissement de la population (Delsen, 2009).

FIGURE 2 : DETTE PUBLIQUE BRUTE GENERALE, 2000-2016 (% DU PIB)

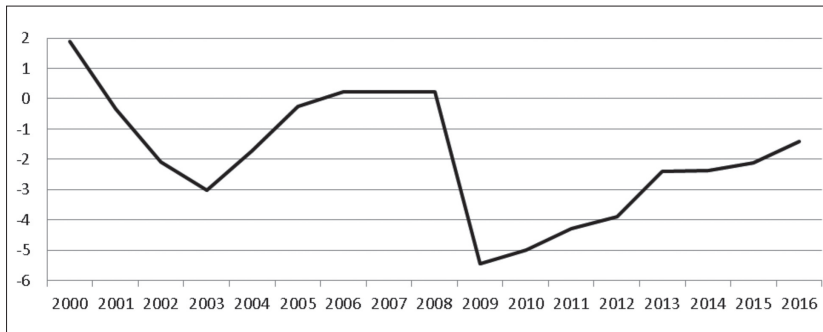


Source : CPB (2015).

Eux aussi, les gouvernements Rutte considèrent le remboursement intégral de la dette publique comme une forme d'épargne nécessaire à garantir la soutenabilité des finances publiques sur le long terme (coûts du vieillissement, des pensions de retraite et des soins de santé) et à éviter d'hypothéquer l'avenir. Les Pays-Bas ont

significativement amélioré leur soutenabilité budgétaire à long terme grâce à des mesures de modération des pressions liées au vieillissement sur les budgets publics. Les réformes des retraites ont permis de diminuer les augmentations projetées de la dépense publique liées aux pensions de plus de 50 % (OCDE, 2014). La réaction politique à la crise économique et financière a engendré une détérioration brutale des finances publiques. La dette publique a dépassé la limite supérieure de 60 % en 2011, atteint son pic en 2014 (67,9 %), et devrait selon les prévisions baisser à 66,4 % en 2015 et à 64,5 % en 2016, partiellement grâce au cycle économique, à la politique fiscale et à la vente (à perte) de parts dans ABN Amro (voir Figure 2). L'objectif d'une dette publique égale à zéro est insensé (Delsen, 2009). Sortir renforcé d'une crise économique implique de procéder à des investissements supplémentaires. Lorsqu'un déficit et/ou une dette supérieurs débouchent sur une augmentation et une amélioration du capital humain et physique ainsi que de la recherche de base et fondamentale en vue de l'acquisition de nouvelles connaissances, cette situation génère une croissance économique (supérieure) dans le futur. Le financement de la dette n'est pas un problème : le paiement des intérêts et leur remboursement peuvent être financés par le biais de recettes fiscales supplémentaires. La faiblesse actuelle des taux d'intérêt permet au gouvernement d'emprunter à bon compte et rend davantage d'investissements rentables.

FIGURE 3 : SOLDE FINANCIER PUBLIC GLOBAL (DEFICIT SELON MAASTRICHT), 2000-2016 (% DU PIB)



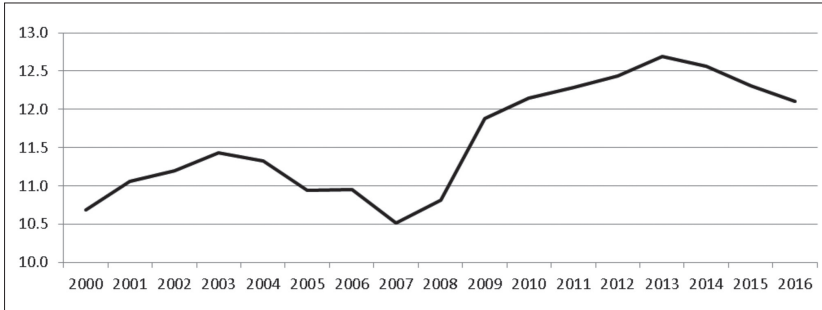
Source : CPB (2015).

La crise économique et financière a fait passer le solde budgétaire public d'un surplus de 0,2 % en 2008 à un déficit de plus de 3 %, dépassant le niveau prescrit par le PSC pendant plusieurs années : 5,4 % du PIB en 2009, puis une baisse graduelle jusqu'à 3,9 % en 2012. Depuis 2013, ce chiffre est repassé sous les 3 % (voir Figure 3). Le déficit selon Maastricht devrait baisser à -2,1 % en 2015 et -1,4 % en 2016.

La reprise économique, débouchant sur une augmentation des recettes fiscales et une baisse des dépenses en allocations sociales, est à la source de la baisse estimée du déficit budgétaire.

2.3. SECURITE SOCIALE ET MARCHÉ DU TRAVAIL

L'Etat-providence néerlandais est fortement influencé par des périodes de croissance et de stagnation. En 1982, le premier gouvernement Lubbers instaura une politique d'assainissement budgétaire et une réforme de la sécurité sociale qui se sont poursuivies sous les deux cabinets Kok, les quatre cabinets Balkenende et jusqu'à présent, sous les administrations Rutte I et II. Les accords de gouvernement néerlandais pour la période 1982-2012 affichent une certaine continuité concernant les politiques adoptées : contrôle des dépenses collectives, réduction du déficit budgétaire et activation du marché du travail et des politiques de sécurité sociale. L'assainissement budgétaire avait et a toujours pour objectif de générer des marges permettant de prendre en charge les coûts liés au vieillissement de la population néerlandaise prévus, ainsi que d'assurer la mise en application de facteurs de stabilisation fiscale automatiques liés au statut de membre de l'UEM. Les réductions d'impôts et de cotisations sociales destinées à alléger la charge collective et à soutenir l'emploi en forment une composante. Au début des années 1980, les dépenses de sécurité sociale exprimées en pourcentage du PIB avoisinaient les 19 %. Ce pourcentage a chuté à 10,7 % en 2000 (voir Figure 4). Les dépenses de sécurité sociale (soins de santé exclus) constituent un facteur de stabilisation économique automatique : le niveau des dépenses de sécurité sociale est le miroir de la situation du cycle économique. Une faible croissance du PIB en 2002 et en 2003 (voir Figure 1) et après la crise de 2008 s'accompagne d'une augmentation des dépenses de sécurité sociale. En raison de la reprise économique et de la forte baisse des dépenses en allocations de chômage, les dépenses de sécurité sociale totale devraient, selon les estimations, baisser de 12,6 % du PIB en 2014 à 12,1 % en 2016. Les dépenses consacrées aux pensions de retraites et aux allocations d'invalidité, exprimées en pourcentage du PIB, ont affiché des baisses réduites, partiellement en raison du vieillissement de la population néerlandaise.

FIGURE 4 : DEPENSES PUBLIQUES CONSACREES A LA SECURITE SOCIALE AUX PAYS-BAS, 2000-2016 (% DU PIB)

Source : CPB (2015).

Le rapport relatif à la quatrième conférence de l'EZA en 2010 parvenait à la conclusion que les conséquences de la crise sur le marché de l'emploi néerlandais ont été limitées. Celle-ci a été partiellement amortie grâce au travail intérimaire chez les personnes exclues du marché de travail, à l'augmentation de l'emploi indépendant sans engagement de personnel, au travail de courte durée ainsi qu'à l'assurance-chômage à temps partiel (Delsen, 2012). La part représentée par les personnes employées dans le cadre de contrats précaires sans engagement fixe ou à durée déterminée, à savoir les emplois flexibles (*flexibele arbeidsrelaties*), a augmenté au cours de la dernière décennie, passant de 15 % en 2004 à 22 % en 2014, avec une forte augmentation observée à compter de 2011. La part présentée par les travailleurs indépendants (et singulièrement ceux sans personnel) a augmenté au cours de la même période, passant de 8 % à 12 %. Cette proportion a augmenté continuellement à partir de 2009. Les situations de travail au noir (cumul d'emplois) ont augmenté de 5,6 % de l'ensemble des salariés en 2004 à 7,5 % en 2014. Près de la moitié de ces personnes ont plus d'un emploi pour joindre les deux bouts (Chkalova et al., 2015). Le taux de chômage continue d'être un des plus faibles au sein de l'UE. Selon Eurostat, le taux de chômage ajusté sur une base saisonnière aux Pays-Bas s'élevait à 5,5 % en septembre 2012, à 7,1 % en septembre 2014 et à 6,8 % en septembre 2015. Le chômage a été sous-estimé de 15 % au cours des années ayant suivi la crise. Le nombre de chômeurs demandeurs d'emploi a augmenté, passant de 318.000 (3,7 % de la population active) en 2008 à 660.000 (7,4 % de la population active) en 2014 (CPB, 2015). Le nombre de travailleurs découragés a presque doublé, passant d'un peu plus de 50.000 en 2008 à près de 100.000 en 2014 (De Graaf-Zijl et al., 2015). Entre 2013 et 2018, le budget alloué à l'agence en charge du paiement des allocations de chômage UWV pour aider les chômeurs à trouver un emploi va subir une réduction de 25 % (De Deken et Maarse, 2013). En 2014, le nombre d'allocations de chômage a augmenté de 2.000 unités pour passer à 438.000, et le nombre d'allocations

d'aide sociale a augmenté de 18.000 unités, passant à 377.000. Le pays comptait un total de 815.000 allocataires en 2014. Les Pays-Bas sont le seul pays de l'union européenne disposant d'un régime d'invalidité général ne faisant aucune distinction entre les incapacités d'origine professionnelle et les incapacités d'origine non professionnelle. Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité a atteint son pic de près d'un million de personnes en 2003 (voir Delsen, 2012). Après une décennie de baisses, le nombre d'allocations d'invalidité a augmenté pour la première fois de 2.000 unités pour passer à 810.100 (9 % de la population active) en 2014, ce qui suggère que les régimes d'invalidité sont utilisés comme méthodes de licenciement.

Le 1^{er} janvier 2015, la Loi relative à la participation (*Participatiewet*) a été promulguée en remplacement de la loi relative au travail et à l'assistance (*Wet Werk en Bijstand*, WWB), de la Loi relative à l'emploi protégé (*Wet Sociale Werkvoorziening*, WSW) et d'une partie importante de la Loi relative au travail et à l'aide au travail pour jeunes handicapés (*Wet werk en Arbeidsondersteuning Jonggehandicapten*, Wajong). Environ 700.000 personnes aptes au travail mais nécessitant un soutien relèvent de la nouvelle Loi relative à la participation. Ce sont les communes qui sont chargées de l'aide à leur apporter. L'économie annuelle estimée va augmenter progressivement pour atteindre 0,4 milliard d'EUR en 2017. L'objectif de la Loi relative à la participation est de permettre au plus grand nombre possible de personnes handicapées ou non de trouver un emploi rémunéré auprès d'un employeur ordinaire. Une distinction est opérée entre travail obligatoire (*workfare*) et assistance (*welfare*). Les allocations ont été réduites pour les jeunes présentant un handicap partiel. L'obligation d'accomplir un travail généralement considéré comme acceptable dans la Loi relative à l'assistance sociale a été élargie à l'obligation d'une compensation liée à l'aptitude en parallèle, ou en complément d'un emploi régulier pour les personnes émergeant à la solidarité de la société, à savoir les bénéficiaires de prestations. L'expérience néerlandaise dans la réforme de l'allocation d'invalidité montre que des effets délétères sur le plan de la santé peuvent survenir lorsque le nouvel emploi ne correspond pas aux problèmes de santé de l'individu. Les coûts supplémentaires générés par des hospitalisations peuvent être importants et doivent être pris en compte lorsque que l'on procède à des réformes (économies) en matière de sécurité sociale (Gielen et García-Gómez, 2015).

3. LES PREMIERES ETAPES VERS UNE SOCIETE DE LA PARTICIPATION

Un Etat-providence est un pays disposant d'une constitution démocratique, où la production est en grande partie régie par le mécanisme des prix et où le gouvernement s'attache à garantir à ses citoyens un standard de vie acceptable selon une formule combinant concertation, régulation et activation du mécanisme budgétaire. Chaque Etat-providence est le produit d'une histoire et d'une culture nationales très spécifiques. La culture néerlandaise se caractérise par la solidarité et l'égalité.

L'Etat-providence néerlandais repose sur les notions de solidarité et d'équité. Le modèle des polders est profondément enraciné dans la culture néerlandaise, orientée vers le consensus. Une caractéristique typique des Pays-Bas est que le gouvernement et les partenaires sociaux s'impliquent dans la préparation, la formulation et la mise en application de la politique. Selon le Conseil économique et social tripartite (*Sociaal-Economische Raad* ou SER, 2006), qui est le principal organe consultatif dédié à la politique socioéconomique et interlocuteur du gouvernement, le marché du travail et les institutions de sécurité sociale doivent permettre aux gens d'être économiquement indépendants et les encourager en ce sens. Le SER a identifié un vaste consensus au sein de la société néerlandaise en vue de réformer l'Etat-providence néerlandais réactif et passif en un Etat-providence davantage proactif et activateur. L'objectif est de remplacer l'Etat-providence par une société de la participation. Dans une société de ce type, la notion d'implication est centrale. Tous les citoyens néerlandais ont le droit de développer leurs talents et le devoir de les utiliser au service de la société. Ces personnes impliquées ont une responsabilité et se doivent d'adopter une attitude active. Une société de la participation activatrice implique la présence d'un marché du travail suffisamment flexible pour s'adapter à des circonstances évolutives. Dans cette approche, la sécurité professionnelle (employabilité) plutôt que la sécurité de l'emploi occupe une place centrale (SER, 2006).

Titmuss (1974) distingue trois modèles de politique sociale : le modèle d'Etat-providence résiduel, le modèle industriel-méritocratique et le modèle institutionnel redistributif. Ces trois modèles de politique sociale correspondent largement aux trois types d'Etat-providence en Europe identifiés par Esping-Andersen (1990) : l'Etat-providence libéral, l'Etat-providence corporatiste et l'Etat-providence social-démocratique. Esping-Andersen classe l'Etat-providence néerlandais dans le modèle corporatiste, tandis que Sapir (2006) classe les Pays-Bas dans le modèle nordique. L'Etat-providence néerlandais est en effet un modèle hybride. Au milieu des années 2000, sa classification la plus précise l'aurait situé quelque part entre le modèle social-démocratique et le modèle corporatiste. Des réformes introduites récemment renferment toutefois également des éléments de l'Etat-providence libéral, à savoir la privatisation de la sécurité sociale et l'introduction du marché dans la fourniture de la protection sociale, ainsi que des réformes mettant l'accent sur la responsabilité individuelle (De Mooij, 2006). Depuis les années 1980, l'allocation est devenue l'objectif principal de la politique économique et budgétaire publique néerlandaise. La stabilisation et la (re-)redistribution ont été moins mises en valeur sur le plan politique. Un changement s'est opéré aux Pays-Bas : on est passé d'un modèle reposant sur l'égalité et la solidarité collective à un modèle basé sur le libre choix et la responsabilité individuelle. Les droits universels sont préservés mais l'accès à ceux-ci est devenu de plus en plus sélectif et conditionnel. Des rapports relatifs à des conférences de l'EZA antérieures mettent également davantage l'accent sur l'activation (voir Delsen, 2006 ; 2012). La notion de *workfare* a été introduite dans l'aide sociale

en 1990. Les assurances maladie et invalidité ont été privatisées en 1996 et 1998. Les risques financiers ont été transférés aux entreprises sur la base de notations selon les antécédents. Depuis 2004, les employeurs doivent intégralement prendre en charge les absences pour maladie pendant les deux premières années. En 2004, l'aide par le revenu passive (Wet Werk en Bijstand, WWB) a été remplacée par une aide par le revenu activatrice et la participation au travail ; la notion d'emploi 'convenable' a été remplacée par la notion d'emploi 'généralement accepté'. En 2006, une réforme portant sur l'invalidité a introduit une distinction entre les personnes en incapacité partielle (*workfare*) et les personnes en incapacité totale et permanente (*welfare*).

En outre, une décentralisation du niveau central vers le niveau local a également été mise en place. En 2004, l'aide sociale (WWB), puis en 2007 les services de soutien social (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO), ont été transférés aux communes. Le nombre de subventions octroyées par le gouvernement national aux communes a été réduit notablement au cours des dernières années, tandis que les subventions générales aux communes (autonomie en matière de dépenses) ont été considérablement augmentées. L'opposition décentralisation vs centralisation est une problématique typique de l'administration publique. Les arguments d'efficacité et d'efficacé en faveur de la décentralisation peuvent également être invoqués pour justifier la centralisation. Le choix de centraliser ou de décentraliser relèvera donc toujours de considérations politiques. La décentralisation de la responsabilité en faveur des autorités locales permet la personnalisation et la mise en place de solutions sur mesure. Elle a toutefois pour conséquence d'obliger chaque commune à réinventer la roue à chaque fois, ce qui engendre des coûts liés au développement de la politique. Copier la politique (meilleures pratiques) d'une autre commune permet d'éviter ces coûts de développement mais a également pour effet de compliquer l'adaptation de la politique au contexte local spécifique. D'autre part, le nombre décroissant de communes aux Pays-Bas et leur taille croissante réduisent les possibilités d'individualisation. Les communes disposent d'incitants financiers pour décourager la participation à des régimes et programmes. De plus, la problématique de l'inégalité juridique et des inégalités de traitement de cas similaires entre communes va s'accroître.

Les réformes fondamentales des différents dispositifs d'Etat-providence, singulièrement dans le système des soins de santé (Zorgverzekeringswet, Zvw) en 2006 et dans l'assistance sociale (WMO) en 2007, impliquent un nouveau pas en avant dans la réorientation du modèle rhénan vers le modèle anglo-saxon. Ces réformes mettent davantage l'accent sur la concurrence, la décentralisation du gouvernement central aux communes, ainsi que la responsabilité individuelle. La promotion de la société civile par différents gouvernements s'inscrit dans cette démarche. Des responsabilités croissantes ont été confiées aux gens pour que ceux-ci prennent soin d'eux-mêmes. Et dans les cas où ces derniers en seraient incapables, la loi accorde aux gens

un revenu d'aide, un soutien social et une aide dans la recherche d'un travail pour toute la durée nécessaire. D'autres effets du modèle anglo-saxon ont également été 'importés' : les phénomènes des travailleurs découragés, du travail au noir et des travailleurs pauvres sont devenus des problématiques politiques (voir Section 2.3.).

La loi WMO de 2007, souvent appelée 'loi relative à la participation', a marqué une importante étape dans la transition de l'Etat-providence néerlandais vers une société de la participation. L'Etat et l'aide professionnelle n'interviennent qu'en dernière instance. Les gens doivent prendre en charge leur propre avenir et créer eux-mêmes leurs propres filets de sécurité sociaux et financiers. L'idée sous-jacente à la société de la participation est celle d'une société dans laquelle les gens diminuent leur dépendance envers l'intervention de l'Etat, pour, en lieu et place, devenir autonomes ou dépendants de la famille et de la solidarité communautaire. La société de la participation ne revient donc pas à abolir l'Etat-providence mais préconise une répartition différente des responsabilités collectives et individuelles. Elle se rapproche du modèle d'Etat-providence résiduel, défini par Titmuss, basé sur le principe de l'assistance, à savoir le filet de sécurité sociale. La famille et le marché privé en forment le cœur. L'Etat est un ressort ultime et temporaire censé intervenir en cas de manquement du marché privé ou de la famille. L'objectif fondamental de l'Etat-providence résiduel est d'apprendre aux gens à faire sans lui (Titmuss, 1974). L'Etat néerlandais encourage la citoyenneté active en faisant appel aux sentiments et émotions négatifs concernant l'échec d'une personne dans sa participation plus active à la société. La participation est un devoir et les citoyens doivent se sentir mal à l'aise s'ils ne font pas ce qui est 'normal', ainsi qu'éprouver de la honte d'être passifs et de trop compter sur un gouvernement déjà surchargé (voir Verhoeven et Tonkens, 2013).

Le discours du trône prononcé par le roi Willem-Alexander (le 17 septembre 2013) marque l'officialisation de l'objectif politique du gouvernement Rutte II de transformer l'Etat-providence néerlandais en une société de la participation : « Il est incontestable que dans la société de l'information et des réseaux actuelle, les gens sont à la fois plus assertifs et plus indépendants que par le passé. Associée à la nécessité de réduire le déficit budgétaire, cette réalité a pour corollaire que l'Etat providence classique évolue doucement mais sûrement dans la direction d'une société de la participation. Il sera demandé à toute personne qui en est capable de prendre la responsabilité de sa propre existence et de celle de ses proches immédiats. » Les schémas actuels de l'Etat-providence néerlandais sont considérés comme insoutenables et dépassés. « Dans le monde d'aujourd'hui, les gens veulent être à même de faire leurs propres choix, de gérer leur propre vie et de prendre soin de quelqu'un d'autre. » Pour y parvenir, le gouvernement va décentraliser des services publics et les transférer aux communes. Des réformes approfondies ont été annoncées lors de ce discours, dont entre autres des réformes touchant aux soins de longue durée et à la prise en charge de la jeunesse. Nous allons nous arrêter sur ces réformes dans la Section 4 qui suit.

4. REFORME DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE

4.1. DE TROIS A QUATRE COMPARTIMENTS

Jusqu'en 2007, le système de soins de santé néerlandais comportait trois compartiments distincts, chacun d'entre eux ayant sa propre méthode de financement et de régulation (voir Tableau 1). Le compartiment 1 inclut les soins de longue durée régis par la loi relative aux frais médicaux spéciaux (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, AWBZ). Le compartiment 2 concerne les soins curatifs de base régis par la loi relative à l'assurance maladie universelle obligatoire (*Zorgverzekeringswet*, Zvw) depuis 2006. Pour l'instant, le compartiment 3 ne concerne que l'assurance maladie privée volontaire complémentaire à l'assurance prévue par la Zvw. Une assurance soins de santé de longue durée complémentaire a été annoncée. C'est en 2007 qu'un quatrième compartiment de 'soutien' a été ajouté. Certains volets de l'AWBZ (soins à domicile, transport, équipement pour handicapés et services de repas à domicile) ont été transférés au champ d'application de la nouvelle loi sur le soutien social (*Wet Maatschappelijke Ondersteuning*, WMO) et sont passés sous la responsabilité des pouvoirs locaux (voir Tableau 1). L'AWBZ ne couvre pas l'ensemble des soins de longue durée ; après 2007 également, l'AWBZ continuait de couvrir certains soins curatifs et de réhabilitation.

TABLEAU 1 : LES QUATRE COMPARTIMENTS DU SECTEUR DES SOINS DE SANTE NEERLANDAIS

	AWBZ (soins)	Wmo (soutien) (2007)	ZVW (soins curatifs) (2006)	Assurance complémentaire facultative
Soins de longue durée	Assistance, soins personnels, soins infirmiers, traitements, séjours en institution	Aide à domicile	Certains équipements médicaux	
Services sociaux dans un contexte de soins de longue durée		Repas à domicile, adaptation du domicile, transport		
Soins ne relevant pas de la catégorie longue durée	Encadrement de la maternité, rétablissement dans une maison de soins infirmiers ou à domicile, soins temporaires	De nombreux services sociaux	Soins de santé	Soins dentaires, kinésithérapie, traitements cosmétiques

Source : Mot (2010), adapté.

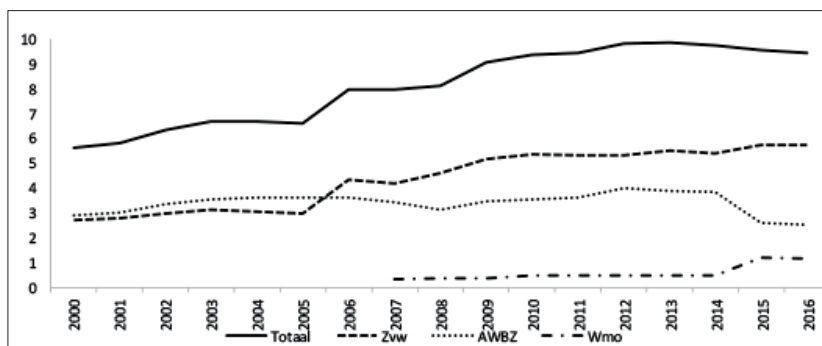
La part de la population néerlandaise ayant opté pour une assurance-santé complémentaire a chuté de 93 % en 2006 à 83 % 2013. En 2013, le groupe des revenus les plus faibles affichait une proportion de personnes dépourvues de toute assurance-santé complémentaire de 28 %, cette part étant située à 14 % dans les groupes de revenus plus élevés. Dans les soins de santé, des mesures sont adoptées en vue de rationaliser le paquet de soins de santé de base, d'accentuer la fonction de contrôle de la médecine de première ligne, d'augmenter les incitants en faveur des assureurs santé en matière de développement de programmes d'achats de services de santé efficaces en termes de coûts, de diminuer les dépenses en médicaments ainsi que de dynamiser les processus d'économies dans le secteur hospitalier (OCDE, 2014). Le ministre de la Santé a appelé en 2013 à accentuer les mesures d'austérité touchant au paquet d'allocations (voir De Deken et Maarse, 2013). La limitation du paquet santé standard aura pour effet d'augmenter l'importance de l'assurance-santé complémentaire.

TABEAU 2 : DEVELOPPEMENT DE LA FRANCHISE PERSONNELLE OBLIGATOIRE ANNUELLE POUR LE PACK D'ASSURANCE-SANTE DE BASE, LOI RELATIVE A L'ASSURANCE-SANTE (ZVW), 2006-2016

2006*	2007*	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
255 EUR	255 EUR	150 EUR	155 EUR	165 EUR	170 EUR	220 EUR	350 EUR	360 EUR	375 EUR	385 EUR

* Aucune réclamation remboursement.

Au cours de la dernière décennie, des contributions privées aux soins de santé et aux soins de longue durée (franchise obligatoire, intervention conjointe ajustée en fonction des revenus et de la richesse, coassurance) ont été introduites ou augmentées. A titre d'exemple, le franchise obligatoire dans la Zvw a plus que doublé, pour passer à 385 EUR en 2016 (voir Tableau 2). En 2008, le montant total des franchises obligatoires atteignait 1,4 milliard d'EUR, ce montant passant à 3,1 milliards d'EUR en 2014 (Van Strien et Bagheloe-Datadin, 2015). Le coût total des soins de santé a augmenté progressivement de 11,7 % du PIB en 2001, 13,1 % en 2006, à un niveau estimé de 15,6 % du PIB en 2013 (CBS, 2014). Ces données officielles comprennent les dépenses privées en soins de santé, comme par exemple la prise en charge des enfants, le franchise volontaire et l'assurance complémentaire.

FIGURE 5 : DEPENSES EN SOINS DE SANTE FINANCEES COLLECTIVEMENT (ZVW), SOINS DE LONGUE DUREE (AWBZ) ET AIDE SOCIALE (WMO) AUX PAYS-BAS, 2000-2016 (% DU PIB)

Source : CPB (2015).

La dépense publique totale en soins de santé exprimée en pourcentage du PIB a été plutôt stable et bien contrôlée entre 1980 et 2000 comparativement à la moyenne de l'UE. Le plafonnement à l'échelle macro des dépenses a généré des listes d'attente (Delsen, 2006). Une augmentation des dépenses résultant de la suppression des listes d'attente a été observée aux alentours de l'an 2000. La mise en place de cette mesure a duré jusqu'aux environs de l'année 2005 (voir Figure 5). L'augmentation de la dépense publique totale, passée de 6,6 % du PIB en 2005 à 8,0 % du PIB en 2006, était essentiellement liée à la suppression de l'assurance-santé privée volontaire et à l'abolition de la loi relative aux mutuelles (*Ziekenfondswet*, ZFW) couvrant les frais médicaux, et à leur remplacement par la *Zvw*, de portée nationale et obligatoire. Les cotisations dans le cadre de la *Zvw* sont pleinement considérées comme une composante de la charge fiscale et en primes collective, ce qui n'est pas le cas des cotisations d'assurance santé privée. En 2000, les dépenses dans le cadre de l'AWBZ s'élevaient à 2,9 % du PIB (2,7 % pour celles de la *Zvw*). En 2006, les dépenses liées à la *Zvw* (4,3 %) dépassaient celles générées par l'AWBZ (3,6 %). Toujours après 2006, les dépenses liées à la *Zvw* ont continué à augmenter plus fortement que celles liées à l'AWBZ. L'augmentation limitée des dépenses liées à l'AWBZ est partiellement due au transfert de l'aide sociale de l'AWBZ à la WMO en 2007 (voir Figure 5). La productivité des soins de santé curatifs néerlandais a fortement augmenté au cours de la dernière décennie. Les preuves indiquant la fin de la loi de Baumol pour les soins de longue durée sont mitigées. Les augmentations de productivité ont essentiellement débouché sur une augmentation du volume de soins et non sur une baisse des dépenses liées aux soins (Trienekens et al., 2012). La forte chute estimée sur le plan des dépenses dans le cadre de l'AWBZ en 2015 et 2016 est liée à la réfor-

me des soins de longue durée de 2015. Le 1er janvier 2015, l'AWBZ a été abrogée et son champ d'application réparti sur une loi relative aux soins de longue durée (*Wet Langdurige Zorg*, WLZ), la loi WMO, la loi Zvw, ainsi que la loi relative à la jeunesse (*Jeugdwet*). Les parties qui suivent traitent de ces évolutions en matière de soins de santé et de soins de longue durée plus en détail.

4.2. SOINS DE SANTE CURATIFS

La loi Zvw de 2006 impliquait qu'au lieu d'une gestion en première instance par les pouvoirs publics, c'était au marché de l'assurance-santé privé qu'il appartenait de fournir un paquet standard d'assurances-soins de santé légalement défini à l'ensemble des citoyens néerlandais. Toute personne âgée de plus de 18 ans doit payer une cotisation soins de santé nominale (1.097 EUR en 2014 ; 1.211 EUR en 2015) à la compagnie d'assurance soins. Les pouvoirs publics prennent en charge la cotisation nominale pour les enfants de moins de 18 ans. Outre la prime nominale, toutes les personnes bénéficiant d'un revenu (salaire, allocation sociale, bénéfices ou revenus d'indépendant) doivent payer une cotisation soins de santé aux pouvoirs publics proportionnelle à leurs revenus. Il en résulte que les personnes jeunes âgées de moins de 18 ans ayant des revenus doivent également payer cette cotisation liée aux revenus, prélevée et collectée par l'administration fiscale. La prime s'élevait en 2009 à 6,9 % et à 6,95 % en 2015. La cotisation liée au revenu est calculée comme un pourcentage du revenu dit « de cotisation » jusqu'à un plafond. Ce plafond était de 32.369 EUR en 2009 et a augmenté pour atteindre 51.414 EUR en 2015. L'Etat garantit également l'accès aux soins de santé pour les immigrés sans-papiers. En 2006, les cotisations couvraient 93 % des dépenses dans le cadre de la Zvw (87 % en 2014). La part couverte par les versements privés est passée de 5 % à 7 %. Le pourcentage couvert par des taxes a augmenté de 3 % à 6 % (Van Strien et Bagheloe-Datadin, 2015). Une indemnité de soins de santé (*zorgtoeslag*) garantit l'accessibilité financière pour tous. Cette indemnité limite la prime à 5 % du revenu total (De Deken et Maarse, 2013). Depuis sa mise en place en 2006, plus de 5 millions de citoyens (près de deux tiers de l'ensemble des personnes assurées) perçoivent cette indemnité liée au revenu. La dépense totale a augmenté, passant de 2,5 milliards d'EUR en 2006 à 5,1 milliards d'EUR en 2013. Cette dépense totale est repassée à 4 milliards d'EUR en 2014, par suite de la baisse des cotisations liées aux revenus et de la modération des indemnités. Le nombre de bénéficiaires a également baissé en 2014 par rapport à 2013 (Van Strien et Bagheloe-Datadin, 2015). L'indemnité de soins de santé a de nouveau été réduite en 2015.

L'introduction d'un plus grand nombre d'acteurs du marché dans les soins de santé avait déjà été proposée par la commission Dekker dans son avis de 1987 *Bereidheid tot verandering* avant d'être adoptée par les gouvernements Lubbers successifs (1988-1994). Cette mesure fut prise en guise de solution à l'excès de règles et de

bureaucratie, au manque d'efficacité, au manque de souplesse face aux évolutions et aux besoins divergents de la population. Une assurance nationale fut également proposée. En 1998, le gouvernement Kok II annonça – en réaction à la perspective du vieillissement de la population – des changements à long terme drastiques dans le système d'assurance-santé national. L'OCDE (2000 : 105) conclut que l'introduction du mécanisme de marché dans les soins de santé pouvait être contraire au principe d'équité ou d'égalité de traitement, et que même son efficacité n'était pas toujours établie. Dans son document de 2001 *Nota vraag aan bod*, le gouvernement Kok II concluait à la présence d'un vaste consensus en faveur d'une transformation du système centralisé et basé sur l'offre en un système décentralisé basé sur la demande. Il s'agit là d'un des éléments clés de la loi *Zvw*. Le rapport stratégique suivait la recommandation formulée par le Conseil économique et social tripartite (SER, 2000) de remplacer les différents types d'assurances soins de santé existants par une seule assurance soins de santé pour l'ensemble de la population. Ceci était alors considéré comme une condition indispensable au bon fonctionnement d'un système de concurrence régulée dans les soins de santé. En 2003, le gouvernement Balkenende II annonça son intention de créer une police d'assurance standard obligatoire pour tous. L'objectif final était de passer à un système de concurrence régulée à l'horizon 2006, le niveau effectif de régulation et de concurrence variant selon les différents secteurs (OCDE, 2002 : 110-113).

Selon l'Indice européen des consommateurs de soins de santé (EHCI), sur la base d'enquêtes réalisées auprès des patients, le système de soins de santé néerlandais est le meilleur dans l'Union européenne. Les éléments expliquant cette réussite sont le système de marché de l'assurance-santé privée (concurrence), le rôle de contrôleur du médecin de première ligne et le niveau relativement élevé de l'organisation des patients. La solidarité, l'accès universel, l'égalité de traitement et la bonne qualité des services de soins de santé forment les principaux objectifs du système de soins de santé néerlandais. Les défenseurs de ce système de concurrence régulée basé sur la demande ont fait valoir que la concurrence entre assureurs privés allait réduire les dépenses de soins de santé, augmenter le choix des consommateurs et améliorer la qualité des soins. La concurrence n'a pas nettement réduit le taux de croissance des dépenses de soins de santé (voir Figure 5). Elle a généré d'importants frais administratifs pour les prestataires et une complexité notable (Delsen, 2006 ; 2012 ; Okma, Marmor et Oberlander, 2011 ; Schut, Sorbe et Høj, 2013 ; De Deken et Maarse, 2013). Ceci n'est pas surprenant, le système de soins de santé néerlandais présentant de fortes similarités avec celui des Etats-Unis. Le système de concurrence régulée basé sur la demande comporte des défaillances du marché. Les Statistiques de l'OCDE sur la santé indiquent qu'en 2013, les dépenses publiques de santé exprimées en pourcentage du PIB aux Pays-Bas étaient les plus élevées de l'OCDE. La dépense totale en soins de santé était la deuxième plus élevée, après celle des Etats-Unis (OCDE, 2015). Mesurée sur la base de critères objectifs, la qualité des soins de santé néerlandais est légèrement supérieure à la moyenne de l'OCDE.

Une condition *sine qua non* pour que la réforme des soins de santé parvienne à ses objectifs est que les citoyens néerlandais adoptent une attitude de clients critiques qui renouvellent chaque année leur choix d'assureur de soins de santé et fassent pression sur les assureurs pour que ceux-ci fournissent un meilleur rapport qualité/prix dans leurs services. L'élargissement du choix du consommateur n'a pas fonctionné comme on l'espérait. Ceci n'est pas non plus une surprise. L'économie comportementale prédit que seul un petit nombre de participants va changer de prestataire d'assurances. La grande majorité va rester chez le même prestataire, même si cela aboutit à un résultat financier inférieur. En outre, l'inégalité va augmenter. L'expérience acquise avec la loi Zvw confirme cette affirmation. Entre 2009 et 2014, la mobilité des assurés a varié entre 3,3 % et 7,2 %. Depuis la promulgation de la Zvw en 2006, trois quarts des assurés n'ont toujours pas changé d'assureur. Les assurés dont la mobilité est relativement faible doivent faire face à des frais de soins de santé élevés, sont relativement âgés et vivent souvent dans les régions les moins densément peuplées du pays. Ce sont les personnes jeunes et en bonne santé qui changent le plus fréquemment d'assureur (KPMG, 2014). L'expérience relative aux polices d'assurance santé nous enseigne qu'en dépit d'une interdiction de la sélection en fonction du risque par la loi Zvw, pour une même police, grâce à des astuces, les personnes jeunes et les travailleurs hautement qualifiés obtiennent de meilleures conditions que les personnes âgées et les travailleurs faiblement qualifiés. La solidarité est ébranlée (de Volkskrant, 5 décembre 2014). Pire encore, le nombre d'assurés en défaut de paiement de leurs primes d'assurance connaît une augmentation substantielle. Aux alentours de l'an 2000, environ 1,5 % de la population néerlandaise n'avait aucune assurance-santé. Selon des données statistiques officielles récentes, le nombre de mauvais payeurs est passé de 1,9 % en 2010 à 2,2 % en 2014. Cette évolution peut être associée à l'augmentation des cotisations et de la franchise obligatoire, ainsi qu'aux coupes opérées dans les indemnités de soins de santé.

Les échecs du marché impliquent qu'outre la concurrence, d'autres mesures doivent être adoptées pour maîtriser les coûts des soins de santé (Schut, Sorbe et Høj, 2013). Ceci peut expliquer pourquoi un nouvel élargissement de la concurrence s'accompagne de conventions. La part concernée par la libre fixation des prix dans les soins hospitaliers a été relevée de 33 % à 70 % en 2011. Une autre mesure destinée à intensifier la concurrence a consisté à supprimer les accords de péréquation de risque a posteriori instaurés à partir de 2006 en vue de limiter le risque financier des assureurs. Les assureurs sont actuellement exposés au risque pour leur débours à raison de 91 %. De plus, le gouvernement a annoncé la levée de l'interdiction traditionnelle des soins hospitaliers lucratifs moyennant une série de conditions strictes. Un accord a été conclu en 2013 entre le gouvernement, les associations nationales représentatives des hôpitaux, des médecins spécialistes, des médecins généralistes, des acteurs de la santé mentale, des assureurs et des patients pour par exemple limiter la croissance des volumes entre 2015 et 2017. Cet accord devrait permettre de réaliser

une économie d'environ un milliard d'EUR. En lieu et place d'une suppression des services de santé du paquet d'avantages garanti par la législation relative aux soins de santé (le projet initial), il a été convenu que les prestataires agiront de manière plus critique dans l'utilisation de ces services : les soins de santé doivent être indiqués. Néanmoins, le ministre de la Santé a également demandé en 2013 qu'on lui adresse des suggestions concernant la manière dont on pourrait encore améliorer l'efficacité et limiter le pack d'avantages (voir De Deken et Maarse, 2013).

4.3. SOINS DE LONGUE DUREE

La part représentée par les coûts des soins de longue durée (AWBZ) dans le PIB a augmenté, passant de 2,9 % en 2000 et 3,6 % en 2006 à 4,0 % en 2012, puis baissé à compter de 2013 jusqu'à ce jour à une valeur estimée de 2,5 % du PIB en 2016 (voir Figure 5). La dépense publique en soins de longue durée est relativement élevée par rapport à d'autres pays de l'OCDE (Schut, Sorbe et Høj, 2013). Les soins informels aux personnes âgées sont faiblement développés aux Pays-Bas et les soins institutionnels jouent un rôle relativement prépondérant. En ce qui concerne les soins aux personnes âgées et les soins de longue durée, la politique du gouvernement vise à remplacer les soins institutionnels par des soins à domicile informels et basés sur la communauté (Mot, 2010). Le passage d'un modèle de soins institutionnels à un modèle de soins à domicile est une opération win-win. Outre le fait que les personnes invalides (âgées) préfèrent vivre de manière autonome, les soins à domicile sont également moins coûteux que les soins institutionnels (Rouwendal et Thomese, 2010). Les coûts de l'AWBZ exprimés en pourcentage de PIB ont continué à augmenter, malgré l'introduction de la WMO en 2007. Le cycle des affaires a certes une influence, mais la chute observée en 2015 et 2016 est essentiellement due à l'introduction de la nouvelle loi relative aux soins de longue durée de 2015. L'AWBZ est financée par un système reposant sur la répartition. Les cotisations prélevées sur le revenu dans les deux premières tranches de l'impôt sur les salaires et les revenus couvraient 61 % en 2016 et 75 % en 2004. La cotisation AWBZ s'élevait à 12,65 % en 2014. L'assiette fiscale maximale s'élevait à 33.363 EUR. Les impôts couvraient 21 % en 2006 et 16 % en 2014. Les interventions dans les versements liées au revenu et à l'état de santé couvraient 7,8 % des coûts en 2008 et 8,4 % en 2014 (Van Strien et Bagheloe-Datadin, 2015).

Le 1^{er} janvier 2015, l'AWBZ a été abrogée et son champ d'application réparti sur une loi relative aux soins de longue durée (*Wet Langdurige Zorg*, WLZ), la loi WMO, la loi Zvw, ainsi que la loi relative à la jeunesse (*Jeugdwet*). Cette réforme des soins de longue durée vient parfaire la réforme entamée avec la WMO en 2007. En plus d'une économie de 5 milliards d'EUR, la WMO comporte également une redistribution des responsabilités attribuées entre le pouvoir central et les pouvoirs locaux, entre le gouvernement et les citoyens et entre les citoyens (Verhoeven et Tonkens,

2013). L'objectif de la WMO consiste à permettre à tout le monde (jeunes et moins jeunes, valides et moins valides, autochtones et allochtones, à problèmes ou sans problèmes) de participer pleinement à la société. Les communes sont chargées d'aider les personnes souffrant de restrictions – en leur offrant un soutien individuel adéquat sur les plans du logement, de l'emploi, de la communication et du transport – à participer lorsque ces personnes sont incapables de gérer leur propre existence pour des motifs échappant à leur emprise (Mot, 2010). Il s'agit là d'un changement impliquant un passage d'une perspective de soins et de services vers une perspective de mise à profit des ressorts individuels du client. Les soins et le soutien social relèvent d'abord et avant tout de la responsabilité des citoyens. L'Etat et l'aide professionnelle n'interviennent qu'en dernière instance.

L'actuel gouvernement Rutte II défend le point de vue que les citoyens sont devenus des consommateurs et clients de services publics. Cette dépendance envers l'Etat-providence est considérée comme insoutenable. Les gens attendaient du gouvernement qu'il résolve tous les problèmes, et la créativité, l'engagement et la capacité à les résoudre se sont perdus. Les citoyens doivent modifier leurs attitudes irresponsables (voir Verhoeven et Tonkens, 2013). La loi relative aux soins de longue durée de 2015 est considérée comme la concrétisation politique de la société de la participation. A l'instar de la WMO, la WLZ attend des gens qu'ils diminuent leur dépendance envers des prestations de soins publiques (par des professionnels) et deviennent, en lieu et place, autosuffisants ou dépendants de leur famille et des aidants informels (parents, voisins, amis, bénévoles) (Da Roit et de Klerk, 2013).

Le gouvernement table sur une économie permanente d'environ 3,5 à cinq milliards d'EUR dans les soins de longue durée. L'objectif de ces réformes consiste à mettre au point une échelle des soins et de l'aide dont le premier échelon est formé par les soins fournis au sein de l'environnement même du patient, pour remonter ensuite vers l'aide fournie au niveau local par des services communaux et aboutir finalement à un filet de sécurité public pour les personnes ayant besoin de prestations de soins intensives. Les soins de jour en ambulatoire, l'aide et la guidance relèvent maintenant des communes. Cette décentralisation s'accompagne d'une réduction budgétaire d'environ 25 %. La partie ambulatoire de l'AWBZ a été abrogée à compter de 2015. Les composantes des soins ambulatoires, et plus spécifiquement la surveillance et l'hébergement en résidence protégée des clients psychiatriques, relèvent du champ d'application de la WMO. Les activités de nature curative, comme les soins de santé mentale de longue durée (avec traitement) (*Geestelijke Gezondheidszorg*, GGZ), ainsi que les soins à domicile et les soins infirmiers par zone ont été transférés à la Zvw. Les compagnies d'assurances qui ont repris les missions de l'AWBZ ont des intérêts commerciaux. Dès l'an 2000, le Conseil économique et social recommandait d'axer prioritairement l'AWBZ sur les risques médicaux graves et les soins de longue durée (SER, 2000), en vue de les rendre plus abordables et efficaces.

Cette recommandation de ramener l'AWBZ à son objectif initial a été réitérée en 2008 (SER, 2008). Le Conseil est favorable à une plus grande liberté de choix pour les clients et à davantage de responsabilité individuelle pour ceux-ci, et donc à une transition d'un modèle d'organisation de l'AWBZ basé sur l'offre vers une approche orientée sur la demande. Le Conseil a également suggéré de transférer les soins de convalescence de courte durée liés à la Zvw et de distinguer le logement des soins (SER, 2008). La WLZ de 2015 ne couvre que les soins de longue durée pour les personnes âgées les plus vulnérables (démence grave, problèmes de santé mentale sévères) ainsi que les personnes touchées par des invalidités multiples et graves, dont les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Comme dans l'AWBZ, la cotisation relative à la WLZ est un pourcentage fixe (9,65 % en 2015) du revenu dans les deux premières tranches d'imposition sur les salaires et les revenus. L'assiette fiscale maximale s'élevait à 33.589 EUR en 2015. La cotisation maximale s'élevait ainsi à 3.241 EUR en 2015. Les soins de longue durée sont maintenant un droit assuré pour les personnes nécessitant des soins intensifs permanents (24/7) et une surveillance étroite. La loi relative à la jeunesse (Jeugdwet) prévoit qu'à partir de 2015, les 393 communes sont également responsables de l'ensemble des services de soins et d'aide à la jeunesse (< 18 ans), comme la prise en charge des personnes jeunes handicapées mentales et des jeunes présentant des troubles mentaux, les mesures de protection infantile et la réinsertion des jeunes. Le budget a été réduit de 17,5 %. Les enfants présentant des restrictions physiques ou mentales nécessitant des soins intensifs quotidiennement sont couverts par le niveau national dans le cadre de la WLZ. Si la prise en charge de l'enfant présente des aspects médicaux lourds, des demandes peuvent être adressées en vue de bénéficier de soins pédiatriques dans le cadre de la Zvw.

La WMO prévoit que les communes sont responsables de la prise en charge des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes souffrant de problèmes mentaux nécessitant des soins légers et pouvant résider à domicile. Ceci inclut des éléments tels que les soins de jour et l'aide à domicile. Lors d'un entretien à domicile, le fonctionnaire détermine les soins dont une personne a besoin, en prenant en compte le fait que des parents, amis ou connaissances peuvent éventuellement aider ou proposer des solutions sur mesure. Ce dispositif peut aboutir à une inégalité sur le plan des soins de longue durée. Cet écueil n'est pas seulement lié à la décentralisation (à savoir des différences de traitement de cas identiques entre communes) : il est également lié aux différences entre personnes qui peuvent se permettre de recourir à une aide extérieure pour les soins et celles qui n'en ont pas la possibilité dans la nouvelle société de la participation (Da Roit et de Klerk, 2013). Ceci est contraire à la culture néerlandaise de solidarité et d'égalité.

5. REFORME DES RETRAITES ANTICIPEES ET DES SYSTEMES DE PENSION

5.1. LA PENSION DE BASE

Le système de retraites néerlandais à trois piliers est considéré comme l'un des meilleurs systèmes de retraites au monde. Il assure le versement de bonnes allocations, est soutenable et offre un haut niveau d'intégrité (Mercer, 2015). Comparativement à d'autres pays de l'Union européenne, le système de pensions néerlandais est mieux à même de résister à des chocs externes et aux évolutions démographiques, et ce grâce à sa formule associant financement par capitalisation et financement par répartition. Néanmoins, l'augmentation de l'espérance de vie nettement plus rapide que prévu, la crise financière, la réponse politique à ces éléments, ainsi que la défiance envers le système ont soulevé des interrogations relatives à la soutenabilité du système de pensions. L'équilibre entre financement par capitalisation et financement par répartition est remis en question (De Deken et Maarse, 2013 ; Beetsma et al., 2015).

Le premier pilier, basé sur la loi générale sur la vieillesse (*Algemene Ouderdomswet – AOW*), assure le versement d'une pension de base de niveau fixe, indépendamment de l'historique des revenus, pour l'ensemble des personnes résidant aux Pays-Bas âgées d'au moins 65 ans (jusqu'en 2013). L'allocation s'élève à 70 % du salaire minimum net pour les personnes isolées et à 50 % pour les personnes vivant en couple. Il n'est possible ni de percevoir la pension de vieillesse avant l'âge de la retraite officiel, ni de reporter le début des versements. Chaque année vécue aux Pays-Bas entre l'âge de 15 ans et l'âge de la retraite officiel donne droit à 2 % de la totalité de l'allocation AOW. La perception de l'allocation AOW à 100 % implique d'avoir vécu aux Pays-Bas pendant 50 ans. Les personnes présentant des profils de résidence incomplets, comme par exemple les immigrés et les Néerlandais de naissance ayant vécu à l'étranger pendant des périodes prolongées, sont éligibles pour une aide sociale basée sur une analyse des revenus. La pension de vieillesse de base est financée par répartition au moyen de prélèvements opérés dans les deux premières tranches d'imposition des salaires et des revenus. Le taux de cotisation a été fixé à 17,9 % en 1997 en vue de limiter les coûts du travail. L'écart grandissant (en raison du vieillissement) entre les cotisations reçues et les allocations versées est financé par les recettes fiscales générales. La cotisation minimum s'élevait à 508 EUR et la cotisation maximum à 5.088 EUR en 2015. Les personnes qui perçoivent une allocation de pension de vieillesse ne doivent pas payer cette cotisation AOW.

Les dépenses AOW du premier pilier sont particulièrement sensibles au vieillissement en raison du mode de financement par répartition. Dès le mois de mars 2009, le gouvernement Balkenende IV a décidé de relever l'âge de référence pour l'AOW en deux étapes : cet âge passera à 66 ans en 2020 et à 67 ans en 2025, dans une tentative de mettre fin à une spirale de déficit budgétaire et au titre de composante du train de mesures destinées à combattre la crise économique. L'objectif escompté

était d'améliorer les finances publiques à raison de 0,7 % du PIB, de réaliser une économie de 4,5 milliards d'EUR et d'augmenter les taux d'emploi considérablement (CPB, 2010, pp. 109-110). Le taux d'acquisition maximum fiscalement avantageux a également été diminué à compter de 2010. Le gouvernement Balkenende IV a chuté le 20 février 2010 et le projet de loi a été gelé.

TABLEAU 3 : AGE DE LA RETRAITE OFFICIEL AUX PAYS-BAS, 2013-2021

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Age de la retraite officiel	65 ans + 1 mois	65 ans + 2 mois	65 ans + 3 mois	65 ans + 6 mois	65 ans + 9 mois	66 ans	66 ans + 4 mois	66 ans + 8 mois	67

Source : Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi.

Dans son avis relatif à l'avenir des retraites remis à la demande du ministre des Affaires sociales, la Commission Goudswaard (2010) a appelé à l'établissement d'un nouvel équilibre entre l'ambition, la sécurité et le coût des retraites. La commission concluait que les taux de cotisation dans les régimes de retraites complémentaires avaient atteint un niveau historiquement élevé. Une nouvelle augmentation était considérée comme préjudiciable à la compétitivité de l'économie néerlandaise, et donc à la prospérité et à l'emploi. Les recommandations comprennent le couplage de l'âge de la retraite à l'espérance de vie croissante et le renforcement de la conditionnalité des allocations de retraite. Les partenaires sociaux ont conclu un accord relatif aux pensions en juin 2010 (Stichting van de Arbeid, 2010). Les détails ont été mis au point dans le document de juin 2011 (Stichting van de Arbeid, 2011). Le gouvernement Rutte I a apporté son plein soutien à ce document. Au départ, l'objectif était d'augmenter progressivement l'âge AOW à partir de 2013 jusqu'à 66 ans en 2020 et 67 ans en 2025 (voir Tableau 3), puis de lier l'âge à l'espérance de vie moyenne. Des cohortes d'âge différentes sont associées à des âges de retraite officiels différents. Une augmentation de l'âge de la retraite est défavorable aux revenus faibles en raison de leur espérance de vie inférieure. L'actuel gouvernement Rutte II s'oppose à la flexibilisation de l'âge AOW convenue par les partenaires sociaux. La liberté de choix aura un impact négatif sur l'emploi et va augmenter les coûts pour les finances publiques. Le régime de retraite AOW va également devenir notablement plus complexe pour les gens et sa mise en œuvre va devenir plus coûteuse. Des problèmes de sélection adverse se posent en outre (Klijnsma, 2015a). La Stichting van de Arbeid a également donné son accord pour que l'indexation des pensions complémentaires devienne davantage conditionnée à la santé financière du fonds de pensions, mesurée en fonction du ratio de financement. La communication relative aux pensions complémentaires va être améliorée. En outre, les partenaires sociaux se sont mis d'accord pour stabiliser les cotisations et éviter les effets économiques

préjudiciables sur ce plan. La stabilisation des cotisations implique une diminution de la répartition du risque entre les générations.

Une loi a été adoptée en juin 2015 en vue d'accélérer le rythme d'augmentation de l'âge de la retraite AOW à compter de 2016. Cet âge de la retraite AOW passera à 66 ans dès 2018 et à 67 ans en 2021 (voir Tableau 3). A partir de 2022, l'âge de la retraite AOW sera adapté périodiquement en fonction de l'augmentation de l'espérance de vie moyenne. L'économie cumulée estimée liée à cette accélération s'élève à environ 2,9 milliards d'EUR durant la période 2016-2024 ; les augmentations de recettes fiscales et de cotisations cumulées s'élèvent à 770 millions d'EUR. Une allocation transitoire est prévue pour les personnes qui participaient déjà, à la date du 1er janvier 2013, à un régime de retraite anticipée ou de préretraite et n'ont pas été en mesure de se préparer à l'augmentation accélérée de l'âge AOW.

5.2. LA RETRAITE COMPLEMENTAIRE

La retraite complémentaire est une condition de travail importante. Environ 90 % des salariés néerlandais participent à un régime de pension du deuxième pilier. Pour 20 % des salariés, l'employeur conclut un contrat d'assurance-pension avec un assureur ; 80 % des salariés participent à un fonds de pension sectoriel, d'entreprise ou de professionnel à but non lucratif. En 2014, le volume des investissements opérés par les fonds de pension néerlandais dépassait les 160 % du PIB. Environ 20 % de l'ensemble des travailleurs ne participent pas à un régime de retraite complémentaire : environ 10 % des salariés et plus de la moitié des indépendants. Le fait de travailler dans une entreprise ou branche spécifique est à la base de l'inclusion dans le fonds de pensions ou l'assureur pension qui s'y rattache. Les partenaires sociaux sont responsables de la création et du contrôle des fonds de pensions. Les règles d'admission, les conditions et les versements sont fixés dans le cadre de négociations collectives. A l'heure actuelle, les employeurs paient environ deux tiers de la totalité des cotisations aux régimes de retraites professionnels, tandis que le dernier tiers est payé par les salariés. Les cotisations sont déductibles fiscalement et des taxes sont prélevées durant la période de versement. Les prestations sont versées sous forme d'allocation annuelle à vie. La retraite reportée ou anticipée est autorisée, en fonction des préférences individuelles et du plan de retraite. La plupart des régimes de retraites professionnels sont des régimes à rendement défini, ce qui signifie qu'une obligation de rétribution garantie est prédéfinie. Environ 90 % des membres actifs sont dans un régime de salaire moyen et 1 % dans un régime de salaire final. Les systèmes à contribution déterminée (environ 5 %) continuent d'être rares aux Pays-Bas, même si ce nombre a considérablement augmenté au cours des dernières années. Les autres régimes sont un mélange des différents types de formules.

Avant l'an 2000, les rendements élevés des actions assuraient le financement de l'indexation des retraites et l'augmentation des engagements de pensions. En 2001 et 2002, la chute du cours des actions ainsi que des rendements négatifs ont conduit de nombreux fonds de pension néerlandais à une situation de sous-financement. Les cotisations de pensions ont été augmentées de 17,5 % en 2002 à 14 % en 2004 dans le secteur privé et de 12 % à 19 % des salaires bruts dans le secteur public pour rétablir les ratios de financement. Les prestations ont également été gelées, et les régimes de retraites des salariés ont été rendus moins favorables, notamment au travers d'une indexation partielle, d'une limitation du taux d'acquisition et d'une réorientation massive de la formule du salaire final vers la formule du salaire moyen. Certains fonds de pension ont même dû réduire la valeur nominale des prestations (stamping). Les risques financiers ont été reportés sur les participants (Delsen, 2012). Depuis 2007, le Cadre d'évaluation financière (*Financieel Toetsingskader*, FTK) oblige à déduire des prestations futures (engagements) la structure d'échéance sans risque (courbe des swaps) des taux d'intérêts (Beetsma et al., 2015). La crise des pensions de 2008 a été plus large et plus profonde que celle de 2001-2003. En 2009, la chute des cours des actions a débouché sur un sous-financement pour 85 % des fonds de pensions. L'augmentation plus forte qu'attendu de l'espérance de vie a également augmenté le coût des pensions et mis des fonds de pensions sous pression. Au cours des années qui ont suivi, par suite de la chute continue des taux d'intérêt, les taux de financement ont baissé ou continué d'être faibles malgré le niveau élevé du rendement des actifs des fonds de pension. En 2007, à l'aube de la crise financière, les cotisations étaient légèrement supérieures à 4 % du PIB. En réaction à la crise, celles-ci ont augmenté pour dépasser les 5 % en 2012 et friser les 5,5 % du PIB en 2013, mais n'ont pas suffi à rétablir la santé financière des fonds de pension. De plus, la charge de cotisation a été transférée des employeurs (de plus de 80 % en 2004 à 68 % en 2010) aux salariés (De Deken et Maarse, 2013 ; Beetsma et al., 2015). Eux aussi, Beetsma et al. (2015) parviennent à la conclusion qu'une nouvelle augmentation des cotisations de pensions serait préjudiciable à la compétitivité néerlandaise. En outre, la base de cotisation a été réduite. La crise a contraint les fonds de pensions à remplacer l'indexation inconditionnelle par une indexation conditionnelle liée à leur santé financière (le ratio de financement). La réponse politique à la seconde crise des pensions a été de transférer les risques financiers aux participants. L'accord relatif aux retraites de 2010 a en effet mis fin au modèle de cotisations définies dominant pour les pensions liées aux revenus. Les droits accumulés et les prestations de retraite vont évoluer plus explicitement en fonction de la santé financière des fonds de pension et donc des évolutions sur les marchés financiers. Ces évolutions expliquent la croissance du troisième pilier de retraite, qui consiste en des plans et régimes d'épargne volontaire individuels, tels que l'assurance-vie, la propriété immobilière ou les comptes d'épargne ou comptes-titres.

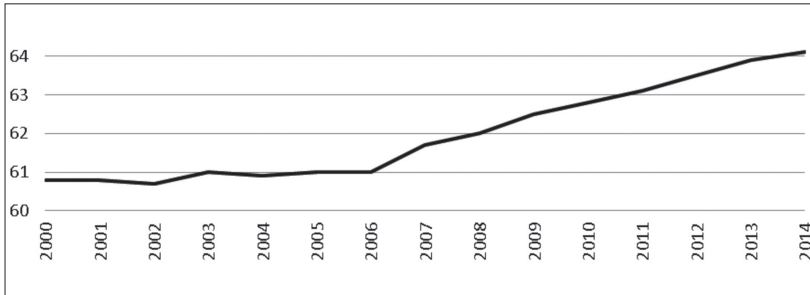
Les premier et deuxième piliers de retraite sont mutuellement liés. Les retraites professionnelles ne peuvent être constituées que sur le salaire diminué de la part AOW déductible. Le deuxième pilier concerne le versement de retraites professionnelles en surplus du versement AOW. Ainsi, en cas de départ à la retraite avant l'âge légal, la prestation AOW est égale à zéro et doit être compensée. L'âge relatif à cette dernière ayant été relevé, les âges doivent rester harmonisés dans les deux piliers. L'augmentation de l'âge de départ en retraite implique une réduction des taux d'acquisition susceptibles d'inciter à un départ en retraite précoce. L'accord relatif aux retraites de 2013 instauré par le gouvernement avec le concours de plusieurs partis d'opposition a modéré les avantages fiscaux liés aux retraites complémentaires en fonction de l'âge de retraite cible de 67 ans. Les taux d'acquisition générateurs d'avantage fiscal ont été réduits : pour les formules basées sur le salaire moyen, de 2,25 % en 2013, 2,15 % en 2014 à 1,875 % en 2015 ; pour les formules basées sur le salaire final, de 2 % en 2013, 1,9 % en 2014 à 1,657 % en 2015. Il en résulte que les gens vont devoir cotiser plus d'années pour parvenir à une retraite complète ou qu'une retraite complète va offrir un taux de remplacement nettement plus faible. Le gouvernement a justifié cette réduction du taux d'acquisition par l'augmentation de l'âge de la retraite : les gens peuvent constituer une retraite pendant une plus longue période et continuent de parvenir à un niveau de retraite décent. Cette mesure permet également de réduire les taux de cotisation de pensions. D'autre part, à compter du 1er janvier 2015, les salariés ne constituent plus aucun droit de pension sur la part de leur salaire annuel brut dépassant les 100.000 EUR. Un faible niveau de cotisations de pension est dans l'intérêt des employeurs (bénéfices), des salariés (salaires), et du management (*policy room*). Van Praag (2015) évoque cet élément en parlant de 'détournement de pouvoir' (sic). Les pouvoirs publics ne font pas que superviser les pensions : ils sont également le plus grand employeur. Il en résulte que l'indexation conditionnelle, les réductions de prestations et les réductions de cotisations obligatoires leur sont également profitables. Ces éléments additionnés au régime de rabais lié au marché, le mouvement syndical, mais aussi les importants fonds de pensions ABP et PFZW, des associations de personnes âgées telles que les KNVG, NVOG, KBO Brabant, ainsi que l'ANBO soulignent que la politique actuelle du gouvernement ne débouche pas sur un maintien du système mais sur une rupture (Van Praag, 2015).

Les fonds de pensions sectoriels néerlandais ont l'obligation d'imposer un taux de cotisation uniforme. Cette obligation est également fréquente dans les fonds de pensions d'entreprises. Tous les participants, indépendamment de l'âge ou de l'espérance de vie, sont soumis au même taux de cotisation. Le taux d'acquisition pour les pensions sont également uniformes (*doorsneesystematiek*). Le gouvernement fait valoir que ceci débouche sur une redistribution des jeunes travailleurs vers les travailleurs âgés et sur la production de rendements sur les capitaux liés aux cotisations versées par les jeunes travailleurs supérieurs en raison de leur présence plus longue dans le

fonds. Ceci affecte la base soutenant le système, limite la mise en place d'options et restreint les choix possibles. Deux alternatives sont envisagées : un système d'acquisition dégressive (diminuant avec l'âge) associée à un taux de cotisation uniforme ou une cotisation progressive (augmentant avec l'âge) et un taux d'acquisition fixe. Le gouvernement est favorable à la première option (Klijnsma, 2015b). Une suppression de la cotisation et des taux d'acquisition uniformes vont inciter les travailleurs âgés à réduire leurs heures de travail ou à partir en retraite plus tôt.

5.3. LA RETRAITE ANTICIPEE

L'âge moyen de départ en retraite réel est inférieur à l'âge officiel de départ en retraite (65 ans jusqu'en 2013) aux Pays-Bas. L'âge moyen de départ en retraite réel est demeuré stable à 61 ans entre 2000 et 2006 (voir Figure 6). En 2007, il a augmenté, passant de 61,7 ans à 64,1 ans en 2014. Cette forte augmentation au cours des dernières années est liée aux réformes fondamentales opérées dans les régimes de retraites et de pensions anticipées. L'avantage fiscal lié aux départs volontaires en préretraite financée par répartition (VUT) et aux formules de prépension financée par capitalisation a été aboli en 2006. Cette suppression poursuivait l'objectif d'augmenter la participation au marché du travail des salariés âgés. Les salariés néerlandais pouvaient encore partir en retraite de manière anticipée en recourant au régime de l'économie au cours de la vie (LCSS, *Levensloopregeling*) introduit en 2006 pour soulager la pression exercée sur les soins informels et augmenter la participation au marché du travail. Le régime du LCSS offrait aux salariés la possibilité de constituer des économies (non taxées) pour financer des périodes d'inactivité non rémunérées. Le gouvernement Rutte I a annoncé en 2010 l'abrogation du LCSS, remplacé par un régime dit de 'vitalité' (VS, *Vitaliteitsregeling*). Toutefois, en 2012, le gouvernement Rutte II a décidé de ne pas mettre cette mesure en application pour des raisons budgétaires (voir Delsen et Smits, 2014). Son impact sur l'âge de départ effectif en retraite est limité, en ce que le taux de participation dans le LCSS était faible. La seule formule de sortie anticipée donnant droit à une allocation de sécurité sociale restante est la formule de l'allocation d'invalidité (De Deken et Maarse, 2013). L'augmentation du nombre d'allocations d'invalidité en 2014 après une décennie de diminutions semble le confirmer (voir Section 2.3.).

FIGURE 6 : AGE DE LA RETRAITE REEL AUX PAYS-BAS, 2000-2014

Source : Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline.

L'augmentation de l'âge de départ en retraite et des taux de participation au marché du travail des travailleurs âgés ont des conséquences sur le plan de la répartition. Ces tendances débouchent sur une sélection adverse au sein du marché du travail. Les personnes qui peuvent se le permettre (à savoir probablement les personnes les plus productives) vont continuer de partir en retraite plus tôt, alors que le segment inférieur du marché du travail (le moins productif) se trouve contraint de continuer à travailler. De plus, un nouveau problème d'ordre structurel est apparu. Le taux d'inactivité parmi la population âgée (60-65 ans) a doublé entre le début de l'année 2009 (4 %) et le début de l'année 2015 (10 %). Le chômage de longue durée (> 1 an) dans la population âgée a triplé. En 2014, plus de la moitié des chômeurs de longue durée étaient âgés de 45 à 65 ans et un quart avait entre 55 et 65 ans. L'impact sur l'âge de départ en retraite effectif des réformes récentes dans le premier et le deuxième pilier de retraites pourrait être limité, voire négatif. La raison en est que l'augmentation de l'âge de départ en retraite et la chute qui l'accompagne sur le plan des taux d'acquisition peuvent réduire le bénéfice d'une poursuite de l'activité. Les effets d'une augmentation de l'âge de départ en retraite normal sur l'offre de travail sont tout au plus modestes en raison d'effets de richesse et d'accumulation. La sécurité sociale joue deux rôles dans la décision de partir en retraite ou de continuer à travailler. Les effets de richesse sont le fait qu'une plus grande abondance en sécurité sociale va pousser les individus à consommer davantage de l'ensemble des biens (loisirs compris) et à partir plus tôt en retraite. Les effets d'accumulation résident dans le fait que la décision de continuer à travailler est tributaire de l'augmentation de la consommation lors de la retraite liée à une année de travail supplémentaire, comparativement à la valeur d'une année d'inactivité supplémentaire (Coile et Gruber, 2000).

6. PERSPECTIVES

La décentralisation en faveur des communes rend les tests pilotes davantage souhaitables et faisables pour la conception des politiques locales concrètes. Les coûts de transaction pour les communes liés à l'approche compensatoire – *workfare* : le refus de coopérer ou de fournir les informations demandées est sanctionné par des mesures telles que des réductions d'allocation voire une suspension totale – dans l'aide sociale sont considérables et sont également considérés comme inefficaces. L'utilisation de concepts issus de l'économie comportementale peut contribuer à un remaniement plus effectif et plus efficace de l'Etat-providence. L'augmentation du nombre de communes néerlandaises envisageant de mener des expériences impliquant un revenu de base pour les bénéficiaires de l'aide sociale s'inscrit dans cette démarche. La loi de 1965 relative à l'aide sociale était la pièce maîtresse, le filet de sécurité sociale de l'Etat-providence néerlandais. Le revenu de base peut devenir la pièce maîtresse de la société de la participation.

Il a été suggéré récemment de créer un lien entre logement, crédits hypothécaires, pensions et soins de santé (Bovenberg et Van Ewijk, 2012 ; Asbeek Brusse et Van Montfort, 2012). L'accord de 2013 en matière de retraites du gouvernement Rutte II conclu avec plusieurs partis de l'opposition comprend une possibilité offerte aux salariés de faire usage d'une partie de leurs cotisations de pension pour le paiement du crédit hypothécaire de leur habitation. Le gouvernement analyse la faisabilité de la faculté donnée aux participants d'utiliser leur cotisation de pension pour rembourser leur crédit hypothécaire ou d'utiliser une partie de la pension accumulée pour le paiement du crédit hypothécaire. La première option va avoir un impact considérable sur les droits de pension à l'âge de la retraite. Dans la seconde option, une partie de l'abaissement du montant de la retraite va être compensée par la baisse des dépenses destinées à faire face au coût de la vie après le départ en retraite. Les soins à domicile prodigués par des proches ou par des prestataires de soins professionnels constituent le substitut le plus important aux soins en institution. De nombreuses personnes âgées préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible même quand leur santé se détériore. Rouwendal et Thomese (2010) concluent, sur la base de données néerlandaises, que les propriétaires immobiliers âgés présentent un taux de transition vers les soins institutionnels plus faible que les locataires. Favoriser cette forte préférence parmi les propriétaires immobiliers âgés aura un effet modérateur sur la demande de soins de longue durée et va limiter les coûts des soins institutionnels de longue durée. Le viager permet aux propriétaires âgés d'emprunter sur leur patrimoine immobilier et de consommer le patrimoine immobilier tout en continuant de résider dans leur habitation (Dillingh, Prast, Rossi et Urzi Brancati, 2015). Le patrimoine immobilier peut être mis à profit pour augmenter le revenu en retraite ou pour financer des dépenses importantes destinées, par exemple, à adapter le domicile ou à financer des soins supplémentaires à domicile. L'habitation peut être vendue pour financer des soins institutionnels (Bovenberg et Van Ewijk,

2012 ; Asbeek Brusse et Van Montfort, 2012). Conformément à l'avis du SER (SER, 2015), le gouvernement souhaite au cours des cinq prochaines années (pour 2020) augmenter la liberté de choix et les possibilités de personnalisation du deuxième pilier de pensions. Cette mesure permettra de mieux harmoniser logement et soins (Klijnsma, 2015b). Les gens ne sont pas pleinement conscients ou n'ont pas une vue complète des conséquences (futurs) d'un choix qu'ils font aujourd'hui. Les choix liés à la vieillesse sont complexes. L'augmentation du nombre d'options augmente le risque de choix erroné. Options ne signifie pas quelque chose pour tout le monde. La littérature sur le financement, basée sur le comportement social et psychologique, et l'expérience acquise avec les options existantes dans les soins de santé (KPMG, 2014) et les plans de retraites (Delsen, 2015) permettent de conclure que seule une petite minorité des participants fera usage des options complémentaires proposées par les régimes de retraites complémentaires. Outre les problèmes de répartition, la présence d'options implique également des problèmes liés à la vie privée ainsi que des coûts de transaction considérables pour l'ensemble des parties.

(Traduction)

BIBLIOGRAPHIE

Asbeek Brusse, W. et van Montfort, C.J. (éd.), *Wonen, zorg en pensioenen. Hervormen en verbinden*, La Haye, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2012.

Beetsma, R., Constandse, M., Cordewener, F., Romp, W. et Vos, S., *The Dutch pension system and the financial crisis*, CESifo DICE Report 2 (juin), 2015.

Blanchard, O. et Leigh, D., *Erreurs de prévisions de croissance et multiplicateurs budgétaires*, FMI Working Paper WP/13/1, Washington, Fonds monétaire international, 2013.

Bovenberg, A.L. et van Ewijk, C., *The future of multi-pillar Pension systems*, in A.L. Bovenberg, C. van Ewijk et E. Westerhout (éds.), *The Future of Multi-Pillar Pensions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2012.

CBS, *Gezondheid en zorg in cijfers 2014*, Heerlen/La Haye, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2014.

Chkalova, K., Goudswaard, A., Sanders, J. et Smits, W., *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt. De focus op flexibilisering*, La Haye, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015.

Coile, C. et Gruber, J., *Social security and retirement*, *NBER Working paper 7830*, Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2000.

Commissie Goudswaard, Een sterke tweede pijler: Naar een toekomstbestendig stelsel van aanvullende pensioenen, La Haye, Commissie Toekomstbestendigheid Aanvullende Pensioenregelingen, 2010.

CPB, *Vergrijzing verdeeld; toekomst van de Nederlandse overheidsfinanciën*, CPB Bijzondere Publicatie 86, La Haye, Centraal Planbureau, 2010.

CPB, *Macro Economische Verkenning 2016*, La Haye, Centraal Planbureau, 2015.

Da Roit, B. et de Klerk, J., Heaviness, intensity, and intimacy: Dutch elder care in the context of retrenchment of the welfare state, *Medicine Anthropology Theory*, 1 (1), pp. 1-12, 2013.

De Deken, J. et Maarse, H., *Pensions, health and long-term care: The Netherlands. asisp country document*, 2013.

de Graaf-Zijl, M., Smits, W., Snoek, F. et De Vries, R., Steeds meer ontmoedigde terugtrekking van arbeidsmarkt sinds crisis, *Economisch Statistische Berichten*, 100 (4722), pp. 688-689, 2015.

de Mooij, R.A., *Reinventing the welfare state*, CPB Special Publication n° 60, La Haye, Centraal Planbureau, 2006.

Delsen, L., Staatsschuld van nul is onverstandig, *Economisch Statistische Berichten*, 85 (4284), p. 967, 2000.

Delsen, L., La réforme de l'Etat-providence aux Pays-Bas : 1982-2003, *Revue belge de sécurité sociale*, 48 (4), pp. 635-667, 2006.

Delsen, L., Crisis: overheid moet meer lenen, *Aelementair*, 8 (4), pp. 12-16, 2009.

Delsen, L., From welfare state to participation society. Welfare state reform in the Netherlands: 2003-2010, *NiCE Working Paper 12-103*, Nijmegen Center for Economics (NiCE), Institute for Management Research, Nimègue, Radboud University, 2012.

Delsen, L., Keuzemogelijkheden binnen en tussen pensioenregelingen: niet voor elk wat wils, *Beleid en Maatschappij*, 42 (2), pp. 122-143, 2015.

Delsen, L. et Smits, J., The rise and fall of the Dutch savings schemes, *Netspar Discussion Paper n° 02/2014-008*, Tilburg, Netspar, 2014.

Dillingh, R., Prast, H., Rossi, M. et Urzi Brancati, C., The psychology and economics of reverse mortgage attitudes, *Design Paper 38*, Netspar industry paper series, Tilburg, Netspar, 2015.

Esping-Andersen, G., *The three worlds of welfare capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.

Foundation of Labour, *Pensioenakkoord voorjaar 2010*, La Haye, Stichting van de Arbeid, 2010.

Foundation of Labour, *Uitwerkingsmemorandum pensioenakkoord 2010 en beleidsagenda 2020*, La Haye, Stichting van de Arbeid, 2011.

Gielen, A. et García-Gómez, P., Nadelige gezondheidseffecten van hervorming arbeidsongeschiktheidsvoorzieningen, *ESB Dossier Activerende sociale zekerheid*, 47065, mars, pp. 38-42, 2015.

Klijnsma, J., *Brief over flexibele AOW*, La Haye, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2015a.

Klijnsma, J., *Hoofddijnen van een toekomstbestendig pensioenstelsel. Brief van staatssecretaris Klijnsma (SZW) aan de Tweede Kamer over de hoofddijnen voor een toekomstige inrichting van het stelsel van aanvullende pensioenen in Nederland*, La Haye, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2015b.

KPMG, *Evaluatie Zorgverzekeringswet. Eindrapportage*, KPMG Plexus, 2014.

Mercer, *Melbourne Mercer Global Pension Index*, Melbourne, Australian Centre for Financial Studies, 2015.

Mot, E., *The Dutch system of long-term care*, CPB Document n° 204, La Haye, Centraal Planbureau, 2010.

OCDE, *Etude économique des Pays-Bas 1999-2000*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2000.

OCDE, *Etude économique des Pays-Bas 2002-2003*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2002.

OCDE, *Etude économique des Pays-Bas 2010*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2010.

OCDE, *Etude économique des Pays-Bas 2012*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2012.

OCDE, *Etude économique des Pays-Bas 2014*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2014.

OCDE, *How does health spending in the Netherlands compare?*, Paris, Organisation de Coopération et de Développement économiques, 2015.

Okma, K.G.H., Marmor, T.R. et Oberlander, J., Managed competition for Medicare? Sobering lessons from the Netherlands, *The New England Journal of Medicine*, 365 (4), pp. 287-289, 2011.

Reinhart, C. M. et Rogoff, K. S., Growth in a Time of Debt, *American Economic Review*, 100 (2), pp. 573-578, 2010.

Rouwendaal, J. et Thomese, F., *Homeownership and demand for long-term care*, Netspar Discussion Paper 11/2010-068, Tilburg, Netspar, 2010.

Sapir, A., Globalization and the Reform of European Social Models, *Journal of Common Market Studies*, 44 (2), pp. 369-90, 2006.

Schut, E., Sorbe, S. et Høj, J., Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands, *Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 1010, Editions OCDE, Paris, 2013.

SER, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, La Haye, Sociaal-Economische Raad, 2000.

SER, *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ*, Advies 0803, La Haye, Sociaal-Economische Raad, 2008.

SER, *Toekomst pensioenstelsel*, Advies 15/1, La Haye, Sociaal-Economische Raad, 2015.

Titmuss, R.M., *Social policy: an introduction*, London, Allen & Unwin, 1974.

Trienekens, J., van der Vlugt, G., Jeurissen, P. et Germin, M., Analyse stijging zorguitgaven, *Economisch Statistische Berichten*, 97 (4643), pp. 534-537, 2012.

van Praag, B., Desastreus beleid voor pensioenen, *NRC Handelsblad*, 6 mai, 2015.

van Strien, F. et Bagheloe-Datadin, R., Ontwikkeling en financiering van de zorglasten sinds 2006, *De Nederlandse Economie 07*, La Haye, Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015.

Verhoeven, I. et Tonkens E., Talking active citizenship: framing welfare state reform in England and the Netherlands, *Social Policy and Society*, 12 (3), pp. 415-426, (2013).

TABLE DES MATIERES

LA REALISATION DE LA SOCIETE DE LA PARTICIPATION REFORME DE L'ETAT-PROVIDENCE AUX PAYS-BAS : 2010-2015

1.	INTRODUCTION	763
2.	CONTEXTE MACROECONOMIQUE ET FINANCES PUBLIQUES	764
2.1.	CROISSANCE ECONOMIQUE	764
2.2.	FINANCES PUBLIQUES	766
2.3.	SECURITE SOCIALE ET MARCHE DU TRAVAIL	768
3.	LES PREMIERES ETAPES VERS UNE SOCIETE DE LA PARTICIPATION	770
4.	REFORME DU SYSTEME DE SOINS DE SANTE	774
4.1.	DE TROIS A QUATRE COMPARTIMENTS	774
4.2.	SOINS DE SANTE CURATIFS	777
4.3.	SOINS DE LONGUE DUREE	780
5.	REFORME DES RETRAITES ANTICIPEES ET DES SYSTEMES DE PENSION	783
5.1.	LA PENSION DE BASE	783
5.2.	LA RETRAITE COMPLEMENTAIRE	785
5.3.	LA RETRAITE ANTICIPEE	788
6.	PERSPECTIVES	790
	BIBLIOGRAPHIE	792