

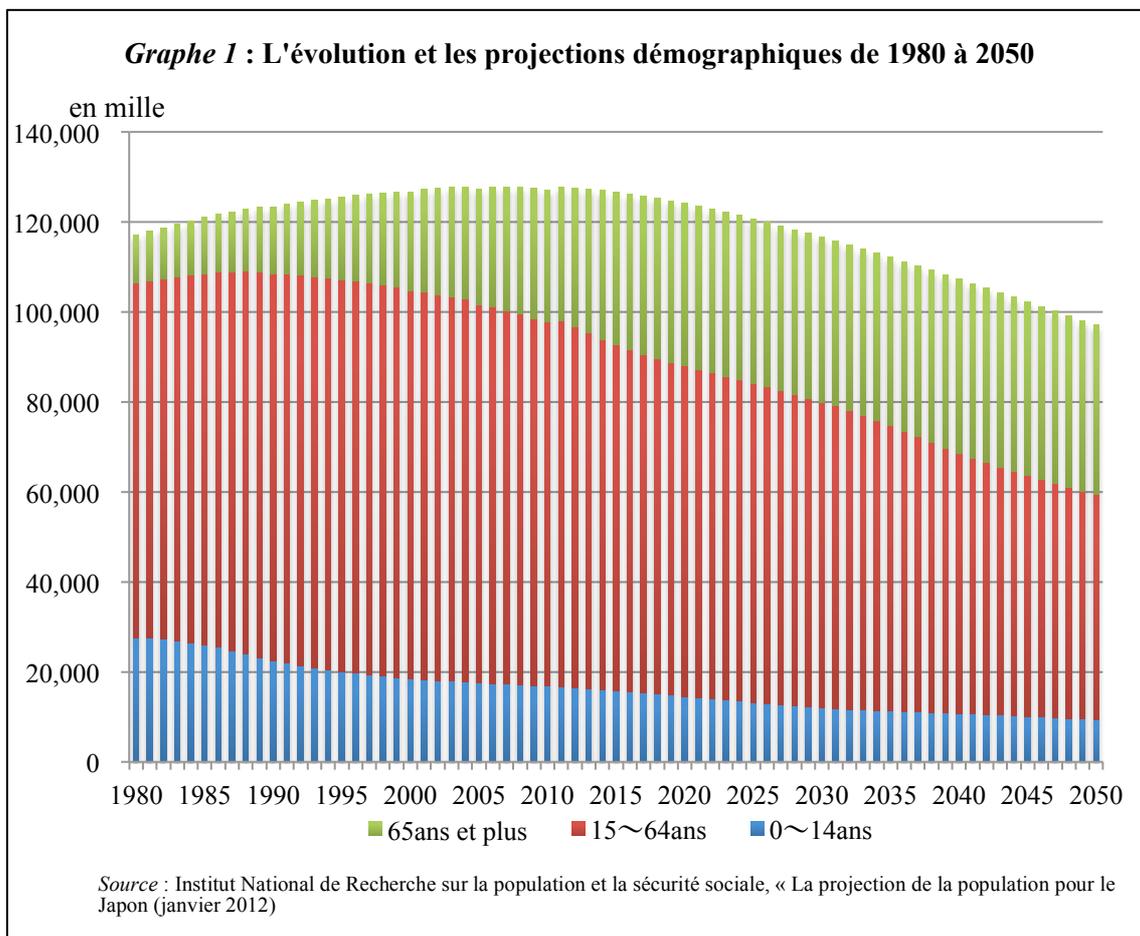
LA SÉCURITÉ SOCIALE AU JAPON FACE AU VIEILLISSEMENT DE SA POPULATION : SES DIFFICULTÉS ET DÉFIS

Masahiko IWAMURA

Professeur à l'Université de Tokyo

I INTRODUCTION

Le constat est très clair : le vieillissement de notre population progresse et progressera si rapidement. *Grappe 1* ci-dessus illustre bien clairement cette projection.



Ce vieillissement de notre population provient, d'une part, de l'allongement de l'espérance de vie que l'on observe également dans tous les pays bien développés (ouest-européens et nord-américains) et, d'autre part, de la baisse de la fécondité très vite et sérieuse qui n'est pas comparable à celle dans ces pays.

Cette condition démographique ébranle la protection sociale au Japon et menace sa pérennité. Car, elle implique d'abord la réduction de la population active servant une base fondamentale de la croissance économique indispensable à soutenir financièrement la protection sociale. Ensuite, elle entraîne la diminution de générations actives supportant les cotisations sociales et la croissance de celles âgées percevant les prestations sociales, ce qui déstabilise l'équilibre financière des comptes de la protection sociale.

A La politique généreuse pour les personnes âgées dans les années 1970-1980

Les difficultés mentionnées ci-dessus sont d'autant plus considérables que les gouvernements successifs jusqu'à la première moitié des années 1970 menèrent la politique de la protection sociale très généreuse en faveur des personnes âgées de 70 ans et plus, car la majorité de ces dernières n'eurent que le revenu modeste. La grande expansion économique depuis des années 1950 produisit les nouvelles ressources financières à attribuer à cette politique généreuse. En effet, les réformes du régime de retraite par répartition furent effectuées pour l'amélioration sensible du niveau de vie des retraités, notamment celle de 1973 réalisa le taux de remplacement de 60% et l'introduction du mécanisme de la revalorisation de retraite en fonction de l'augmentation de prix. Le régime complémentaire destiné à assurer la gratuité de soins médicaux fut introduit dans le cadre du régime de l'action sociale pour les personnes âgées de 70 ans et plus au re-

venu modeste en 1973. C'est la raison pour laquelle l'année 1973 fut dénommée « La Première Année de la Protection sociale ». Cependant, comme nous le signaliez ci-dessus, cette politique généreuse en faveur de personnes âgées est, de point de vue d'aujourd'hui, une erreur difficile à récupérer qui pèse très lourdement sur la politique de la protection sociale même jusqu'à nos jours, parce que l'année 1973 est aussi un tournant de l'évolution de notre protection sociale dans l'autre sens.

B Les problèmes et les difficultés persistants depuis des années 1980

C'est exactement l'année 1973 où les conditions économiques et sociales dans notre pays se détériorèrent brutalement ; le premier choc pétrolier frappa l'économie japonaise, et depuis cette année, la récession et la stagnation économiques persistent et persistent sauf la période d'une bulle économique de 1986 à 1991. Au milieu des années 1970, les projections démographiques annoncèrent le vieillissement de la population très vite qui incita le ministère de la santé et de protection sociale (à l'époque)¹ et les experts à examiner les éventuelles réformes de la protection sociale pour adapter cette dernière à la condition démographique à l'avenir. Notamment, les régimes généreux en faveur des personnes âgées de 70 et plus, en particulier le régime complémentaire destiné à assurer gratuité de soins médicaux, durent être révisés, l'augmentation des recettes du trésor public et du compte de la sécurité sociale fut indispensable et la maîtrise des dépenses de la protection sociale dut être renforcée. En plus, à partir des années 1980, la progression du vieillissement de la population provoqua une autre difficulté : l'émergence du nouveau risque de « la dépendance » de personnes âgées. Les gouver-

¹ Le ministère des finances est un autre ministère qui intervint et intervient toujours dans la politique de la protection sociale, car une partie importante de son financement est assurée par le trésor public de l'État.

nements luttèrent difficilement pour trouver le moyen de financement pour couvrir ce nouveau risque.

Nous affrontons ainsi à des problèmes difficiles à surmonter ; d'une part, nous devons assurer la pérennité de notre régime de la protection sociale qui nous garantit le revenu indispensable à soutenir la vie décente, la couverture de santé, celle de dépendance, les allocations et aides pour renouvellement de la génération etc., et d'autre part, nous sommes tenus d'assurer le financement de notre régime de la protection sociale permettant la pérennité de ce dernier de manière équitable et sans imposer lourdement la charge financière à des générations actives et à celles futures.

Les réformes successives depuis la deuxième moitié des années 1980, notamment depuis des années 2000 dans les domaines de retraite, de santé et de dépendance sont les véritables défis contre ces problèmes. Nous analyserons d'abord les réformes de régimes de retraite (**II**), avant d'aborder celles de régimes de santé (**III**) et de régime de l'assurance dépendance (**IV**).

II LES RÉGIMES DE RETRAITE

A Constitution des régimes de retraite couvrant la totalité de la population

Nos régimes de retraite (l'assurance vieillesse) sont ceux fondés sur la retraite par répartition². Ils furent construits sur le modèle bismarckien. En 1959 où furent réalisés « les régimes de retraite couvrant la totalité de la population », il y eut ;

- « le Régime de retraite pour les nationaux »³ auquel furent assujettis les travailleurs

² Le régime de retraite de salariés de secteur privé a le fonds de réserve, mais son montant accumulé est largement inférieur à celui nécessaire pour la retraite par capitalisation.

³ Ce régime fut créé par la loi n°141 du 16 avril 1959 sur la retraite pour les nationaux.

non-salariés (les fermiers, les pêcheurs, les artisans, les commerçants, les industriels et les professions libérales ainsi que les membres de leur famille) ;

- « le Régime de retraite de salariés de secteur privé »⁴
- « Le Régime des assurances sociales des marins »⁵
- « les Régimes de caisses mutuelles » pour les fonctionnaires de l'État et des collectivités locales etc.⁶

Fondés sur la retraite par répartition et sur le modèle bismarckien, ces régimes originaux ne purent pas s'échapper à des impacts du vieillissement de la population et de l'évolution de la répartition de la population active par les catégories professionnelles. Les gouvernements leur apportèrent ainsi les réformes en plusieurs étapes pour les adapter à la progression du vieillissement et au changement de la répartition de la population active par secteur d'activité.

B La création du nouveau régime de retraite pour les nationaux

1. Les motifs de sa création

C'est d'abord le Régime de retraite pour les nationaux qui fut directement touché par ces deux phénomènes ; d'une part, le développement de secteurs secondaire et tertiaire au détriment de celui primaire ainsi que l'accroissement de salariés engendrèrent la décroissance significative de cotisants de ce régime, et, d'autre part, les projections démographiques annoncèrent l'augmentation rapide des retraités de ce régime.

⁴ La mise en place de ce régime fut effectuée par la loi n° 60 du 11 mars 1941 ; celle-ci fut ultérieurement remplacée par celle n° 115 du 19 mai 1954.

⁵ La loi n° 73 du 6 avril 1939 installa ce régime.

⁶ Les Caisses mutuelles pour les fonctionnaires de l'État furent créées par la loi n° 69 du 30 juin 1948 qui fut ultérieurement remplacée par celle n° 128 du 1^{er} mai 1958. Les Caisses mutuelles pour les fonctionnaires des collectivités locales furent instituées par la loi n°152 du 8 septembre 1962 en supprimant les organisations antérieures. La plupart des écoles privées et leurs enseignants et employés établirent « la Caisse mutuelle des enseignants et employés des écoles privées » par la loi n° 245 du 21 août 1953 ; Elle succéda « l'Association de retraite des écoles privées » créée en 1924.

L'on s'aperçut déjà dans la deuxième moitié des années 1970 que la structure démographique de ce régime se détériorerait considérablement et que sa pérennité serait très sérieusement en danger. Le régime de retraite au sein de celui de l'assurance des marins, lui-aussi, poursuivit dans la même voie.

2. Le régime constituant celui de retraite de base

La loi n°34 du 1^{er} mai 1985⁷ apporta les solutions à ces difficultés. D'abord, elle remplaça le Régime de retraite pour les nationaux par le nouveau qui est le régime actuel. Trois éléments sont essentiels de cette création du nouveau « Régime de retraite pour les nationaux » (appelé « le régime de retraite de base » ci-après). D'abord, ce régime constitue désormais un régime de base servant une retraite de base dont la totalité des montants à taux plein perçus par une couple est conçue comme couvrir ses consommations de base (la nourriture, le vêtement, l'éclairage et le chauffage) et couvrant l'ensemble des adultes sans tenir en compte de l'activité professionnelle d'un assuré. Ainsi, ce régime de retraite de base ne subira plus l'effet de l'évolution de la répartition de la population active par secteur d'activité.

Ensuite, les assurés de ce régime de retraite de base sont désormais toutes les personnes de 20 à 59 ans (toutefois, pour les salariés, il n'y a pas l'âge minimum et l'âge maximum était 64 ans (ultérieurement relevée à 69 ans)), ce régime résistera donc au vieillissement de la population davantage que celui antérieur même s'il ne pourra pas s'y échapper.

Enfin, sous ce régime de retraite de base, le nouveau mode de financement fut adopté. Ses assurés sont divisés en trois catégories ; l'assuré de 1^{ère} catégorie est une

⁷ Cette loi fut mise en vigueur le 1^{er} avril 1986.

personne de 20 à 59 ans n'étant ni celui de 2^{ème} catégorie ni celui de 3^{ème} catégorie (c'est-à-dire les travailleurs non-salariés, les salariés ne s'assujettissant pas à un régime salarial et leur membres de famille) ; l'assuré de 2^{ème} catégorie est celui du Régime de retraite des salariés et celui d'une Caisse mutuelle pour les fonctionnaires (appelés « les régime salariaux ci-après ») ; l'assuré de 3^{ème} catégorie est un conjoint de 20 à 59 ans à charge de l'assuré de 2^{ème} catégorie. C'est seulement l'assuré de 1^{ère} catégorie qui cotise directement à ce régime de retraite de base. L'assuré de 2^{ème} catégorie et celui de 3^{ème} catégorie n'y cotisent pas alors que le premier ne cotise qu'aux régimes salariaux. Leur taux de cotisation est fixé au niveau permettant de couvrir non seulement les frais de retraites proportionnelles servies par eux, mais aussi ceux de retraites de base destinées aux anciens salariés retraités (les anciens assurés de 2^{ème} catégorie) et leurs conjoints (les anciens assurés de 3^{ème} catégorie⁸). Les régimes salariaux transfèrent au régime de retraite de base une contribution dont le montant correspond aux frais de retraites de base pour ces deux catégories d'anciens assurés. Une autre réforme à retenir est une contribution de l'État supportant un tiers des dépenses de retraites de base⁹. Alors qu'avant la réforme par la loi de 1985, les contributions de l'État furent inégalement réparties aux régimes de retraite, la participation financière de l'État est, par suite de cette réforme, concentrée au régime de retraite de base pour que l'ensemble des assurés et des retraités puissent bénéficier de l'avantage provenant de cette participation de l'État de manière équilibrée. Cette dernière a aussi pour fonction de maîtriser (tout de même de manière limitée) l'augmentation de montant ou taux de

⁸ L'assuré de 3^{ème} catégorie n'est imposé aucune cotisation sous le Régime de retraité pour les nationaux.

⁹ Ce taux fut progressivement augmenté à partir de l'année fiscale 2004 pour atteindre 50 % en l'année fiscale 2009. L'année fiscale au Japon signifie le délai du 1^{er} avril de l'année au 31 mars de l'année prochaine.

cotisation de régimes de retraite provenant du vieillissement de la population. Car, les retraités eux-mêmes, en tant que les contribuables, participent au financement du régime de retraite de base.

C Le relèvement de l'âge de retraite des régimes salariaux

1. L'objectif du relèvement de l'âge de retraite

La deuxième étape consiste en les réformes ayant pour objectif de modifier le ratio entre les assurés et les retraités des régimes salariaux. Étant les régimes par répartition, ces derniers feront face à une difficulté financière provenant du vieillissement de la population couverte par eux. Une solution envisageable fut d'augmenter les assurés cotisants en réduisant retraités, plus précisément de relever l'âge où un assuré ou un ancien assuré peut demander la liquidation de sa retraite (appelée « l'âge de retraite » ci-après) de 60 ans à 65ans. Sous les régime salariaux à l'époque, la retraite de 60 ans à 64 ans, dénommée « la retraite spécialement versée», consista en deux parties ; la partie dite « proportionnelle » dont le montant fut calculé sur la base de salaires perçus au cours de la durée de l'assujettissement aux régimes salariaux et l'autre dite « forfaitaire » dont le montant fut fixé en fonction de nombre de mois de l'assujettissement (il faut noter qu'à partir de 65 ans, un retraité (ancien salarié) touchera une retraite (proportionnelle) versée par un ou des régimes salariales auxquels il était assujetti et une retraite de base (forfaitaire) versée par le régime de retraite de base). Le relèvement progressif de l'âge de retraite signifie ainsi la suppression progressive de cette retraite spécialement versée. Sous le régime par répartition, cette solution aura un effet favorable sur sa condition financière.

2. L'échec en 1989

Ainsi, en 1989, le ministère de la santé et de la protection sociale à l'époque envisagea d'insérer les dispositions ayant pour but de relever progressivement l'âge de retraite dans le projet de loi relative à la réforme des régimes de retraite. Et cette proposition ministérielle contient aussi le dispositif permettant un assuré ou un ancien assuré de demander la liquidation d'une retraite proportionnelle anticipée, mais au taux réduit à partir de 60 ans ; cette retraite proportionnelle anticipée ne serait pas convertie en une retraite proportionnelle définitive au taux plein même si le bénéficiaire de la première atteignait 65 ans. Pourtant, elle fut vivement critiquée notamment par la Confédération des Syndicats Japonais (appelée « Rengo » ci-après) qui évoqua le grand risque de chômage frappant les seniors de 60 ans à 64ans. Car, la plupart des entreprises, notamment des grandes entreprises à l'époque fixèrent, par leurs règlement intérieur ou accord d'entreprise, l'âge où un salarié est imposé de quitter son entreprise (appelée « l'âge du départ » ci- après) à 60 ans qui correspondit exactement à « l'âge de retraite». D'ailleurs, les moyennes et grandes entreprises japonaises furent très négatives sur l'emploi des seniors de 60 ans à 64 ans sous la pratique de l'emploi à vie¹⁰. Sous cette condition, le marché du travail fut très défavorable à des seniors de 60 ans à 65 ans. Cette critique étant considérée comme insurmontable, les dispositions relatives à l'augmentation de l'âge de retraite furent retirées au cours des travaux préparatoires au ministère de la santé et de la protection sociale. Néanmoins, celui-ci n'abandonna pas le relèvement de l'âge de retraite vers 65 ans malgré cet échec, et il commença tout de suite les travaux préparatoires d'un nouveau projet de loi à déposer 5 ans plus tard (c'est-à-dire en

¹⁰ « L'emploi à vie » au Japon ne signifie pas la sécurité de l'emploi viagère. La sécurité de l'emploi sous la pratique de l'emploi à vie est celle jusqu'à l'âge de départ, c'est-à-dire 60 ans dans la plupart de moyennes et grandes entreprises à l'époque. Auparavant, l'âge de départ fut en générale 55 ans, mais au vu des projections démographiques annonçant le vieillissement de la population active, le ministère du travail adapta et poursuivit la politique destinée à stimuler les entreprises à relever l'âge de départ de 55 ans à 60 ans à partir du début des années 1980.

1994)¹¹.

3. L'évolution de la politique sur l'emploi des seniors

D'une part, le ministère du travail à l'époque prépara plusieurs mesures destinées à stimuler l'emploi des seniors de 60 ans à 65 ans qui devraient être combinées avec le relèvement progressif de l'âge de retraite.

La 1^{ère} mesure est d'interdire à l'employeur de fixer l'âge de départ moins de 60 ans¹². Son objectif est de consolider la sécurité de l'emploi jusqu'à 60 ans sous la pratique de l'emploi à vie. La 2^{ème} mesure est d'imposer à l'employeur de l'obligation de faire des efforts pour maintenir l'emploi de ses salariés ayant atteint à l'âge de départ (c'est-à-dire 60 ans) si ceux-ci lui ont exprimé leur demande de rester embauchés au-delà leur âge de départ¹³ ; Le ministère du travail eut la faculté de donner à l'employeur n'ayant pas le savoir-faire le conseil s'il le désira et lui proposer, afin de l'inciter l'emploi des seniors ayant atteint l'âge de départ, les subventions à durée déterminée pour abaisser les coûts salariaux des seniors ainsi engagés. La 3^{ème} mesure est la création d'une nouvelle « allocation pour le maintien de l'emploi des seniors » sous le régime de l'assurance de l'emploi (correspondant à l'assurance chômage)¹⁴. Son but est d'indemniser à un salarié sénior dont l'emploi était maintenu après de son âge de départ une partie de la baisse de son salaire si ce dernier est sensiblement inférieur à celui perçu par lui juste avant son départ de son dernier emploi. En effet, dans la pratique, la

¹¹ Jusqu'à la réforme de 2004 que l'on abordera plus tard, la condition financière des régimes de retraite dut être examinée chaque 5 ans et, à la lumière de son résultat, une ou des modifications nécessaires à assurer l'équilibre financière des régimes à moyen et long terme furent apportées. L'année 1989 fut celle de cet examen financière des régimes, donc le prochain examen dut être effectué en 1994.

¹² La loi n°34 du 17 juin 1994 modifiant la loi n°68 du 25 mai 1971 sur la sécurité de l'emploi des seniors. Cette mesure fut mise en vigueur le 1^{er} avril 1998.

¹³ La loi n°34 du 17 juin 1994 *supra* note 12. Cette mesure fut mise en vigueur le 1^{er} avril 1995.

¹⁴ La loi n°57 du 29 juin 1994 modifiant la loi n°116 du 28 décembre 1974 relative à l'assurance de l'emploi. Cette mesure fut mise en vigueur le 1^{er} avril 1995.

plupart des entreprises préférèrent (et toujours préfèrent) la réembauche d'un senior après la rupture de son contrat de travail à cause de son âge de départ sous conditions de travail différentes que celles appliquées à lui sous son contrat initial à la simple prolongation d'un contrat de travail au-delà de l'âge de départ. Il s'agit surtout du salaire qui est visé par l'employeur ; ce dernier cherche à abaisser le salaire d'un senior ayant atteint l'âge de départ afin d'éviter la croissance des coûts salariaux à cause du maintien de l'emploi des seniors.

4. La retraite proportionnelle anticipée

D'autre part, en ce qui concerne le projet de loi de 1994 dont l'essentiel reste toujours le relèvement progressive de l'âge de retraite, le ministère de la santé et de la protection sociale adopta une approche un peu différente que celle du projet de loi de 1989. Une retraite proportionnelle anticipée à liquider par une demande d'un assuré ou ancien assuré de 60 ans à 65 ans n'aurait plus au taux réduit proposée en 1989, mais au taux plein qui serait maintenue même s'il atteindrait 65 ans¹⁵. Une personne percevant cette retraite proportionnelle anticipée serait autorisée à effectuer une activité salariale entraînant l'assujettissement à un des régimes salariaux comme la proposition en 1989, mais la modalité de la réduction de son montant serait plus stimulante en faveur de son activité salariale que celle proposée en 1989. La condition d'un senior de 60 ans à 64 ans sous ce projet de loi de 1994 serait ainsi améliorée par rapport de celle proposée en 1989.

La mise en place des dispositifs en faveur de l'emploi des seniors et l'amélioration du régime de la retraite anticipée pour les seniors de 60 ans à 64 ans,

¹⁵ Le montant de la retraite définitive pourrait être augmenté si l'allocataire d'une retraite anticipée reste assujettis à un des régimes salariaux en continuant son activité salariée même après l'âge de départ.

d'une part, et les projections démographiques annonçant la progression davantage du vieillissement qu'en 1989, d'autre part, calmèrent l'opposition au relèvement de l'âge de retraite et entraînèrent l'adoption de la loi n° 95 du 9 novembre 1994 modifiant la loi sur le régime prévoyant ce dernier¹⁶.

Toutefois, le régime de la retraite proportionnelle anticipée introduite par la loi de 1994 fut tout de suite remis en cause. Puisque le dispositif de la retraite proportionnelle anticipée fut estimé trop généreux envers les seniors de 60 ans à 64 ans et ainsi dangereux pour la pérennité des régimes de retraite puisque, comme le montant total de la retraite à percevoir par un retraité jusqu'à sa mort serait plus élevé si elle percevait la retraite proportionnelle anticipée dès 60 ans que si elle attendait jusqu'à 65 ans sans celle-ci pour percevoir la retraite définitive, les seniors seraient fortement stimulés de percevoir la retraite anticipée. Donc, ce dispositif a un effet négatif sur l'équilibre financière des régimes, ce qui constitue vraiment une menace à leur pérennité sous le contexte de la progression davantage du vieillissement de la population.

Ainsi, la loi n°18 du 31 mars 2000 modifiant la loi sur le régime de retraite pour les nationaux et les autres lois prévoit le remplacement progressif du régime de retraite proportionnelle anticipée introduite par la loi de 1994 par celui envisagé au cours des travaux préparatoires de la loi de 1989 mentionné ci-dessus à partir d'en avril 2013 pour les hommes et d'en avril 2018 pour les femmes¹⁷.

¹⁶ L'âge de retraite des assurés salariés masculins fut relevé à 61 ans en avril 2001 et elle est 65 ans depuis en avril 2013. Celle des assurées salariées féminines fut relevée à 61 ans en avril 2006 et elle sera 65 ans en avril 2018, parce que celle pour les assurées salariées féminines fut progressivement relevée de 55 ans depuis en avril 1987 pour devenir 60 ans en avril 1999.

¹⁷ Sous ce nouveau régime de la retraite proportionnelle anticipée, un assuré ou un ancien assuré peut demander la liquidation d'une retraite proportionnelle anticipée au taux réduit à partir de 60 ans ; elle ne serait pas convertie en une retraite proportionnelle définitive au taux plein même si le bénéficiaire de la première atteignait 65 ans sauf que ce dernier effectue une activité salariale entraînant l'assujettissement au régime salarial jusqu'à 65 ans.

D La réévaluation automatique de la retraite

La troisième étape est la réforme introduisant le mécanisme de réévaluation automatique de la retraite notamment en fonction de la progression du vieillissement de la population afin d'assurer l'équilibre financière à long terme. Nous évoquons deux motifs essentiels de cette réforme ainsi envisagée. D'abord, la mauvaise nouvelle sur les projections démographiques ; le vieillissement de la population serait beaucoup plus vite que les prévisions donnant la base de la loi de 1994. Ensuite, le patronat et le ministère des finances, au vu de ces projections défavorables, revendiquèrent de maîtriser le niveau de la retraite ; le but recherché par le premier fut d'arrêter l'augmentation du taux de cotisation sans cesse et celui poursuivi par le seconde fut d'éviter la croissance continue de la dépense du trésor public au régime de retraite de base. Et les économistes ayant pour rôle de conseiller des gouvernements successifs sur la politique de la retraite y rejoignirent. Cette réforme fut en effet une solution à la revendication patronale, à celle du ministère des finances mentionnée ci-dessus et à l'avis des économistes.

Selon ce mécanisme, le niveau de la retraite serait réévalué en fonction de l'évolution des prix de consommation, pourtant le taux de la réévaluation ainsi fixé serait réduit en fonction du taux de la progression du vieillissement de la population. Donc, le taux de remplacement de la retraite serait progressivement réduit dans la mesure où le vieillissement de la population se progressera. Un autre aspect de cette réforme est la mise en place du plafond du taux et du montant de cotisation des régimes de retraite. Le taux et le montant de cotisation seraient progressivement relevés jusqu'à l'année où ils atteindront ce plafond (il s'agit de l'année 2017), et à partir de cette année-là, l'augmentation du taux et du montant de cotisation ne serait plus admise.

C'est la loi n° 104 du 11 juin 2004 modifiant la loi sur le régime de retraite

pour les nationaux et les autres lois qui consolida cette réforme ainsi envisagée. Cependant, le législateur ajouta le seuil minimum du taux de remplacement (approximativement 50%) afin d'assurer le niveau minimum de la retraite à verser au couple composé d'un(e) ancien(ne) salarié(e) retraité(e) et son épouse (ou époux). Il est certain que cette réforme ainsi adoptée serait dure pour les retraités à nos jours et ceux dans l'avenir, néanmoins l'opposition à celle-ci ne fut pas si forte, probablement au vu des projections démographiques sérieusement défavorables.

III LES RÉGIMES DE L'ASSURANCE MALADIE¹⁸

A Constitution de la couverture de toute la population par les régimes de l'assurance maladie

La constitution des régimes de l'assurance maladie pour les salariés de secteur privé en adoptant le modèle bismarckien avant la deuxième guerre mondiale aboutit, par la création d'autres régimes, à « la couverture de toute la population par les régimes de l'assurance maladie » réalisée en avril 1961¹⁹. En fait, cette dernière fut (et demeure toujours) le mosaïque de plusieurs régimes. Jusqu'au début des années 1970 où fut créé le régime spécifique des personnes âgées de 70 ans et plus, ce mosaïque fut composé de ;

- « le Régime de l'assurance maladie des salariés de secteur privé » géré, d'une part, par « l'Association nationale de l'assurance maladie » compétente de moyennes et petites entreprises²⁰ et, d'autre part, par « les caisses d'entreprise de l'assurance

¹⁸ Voir aussi notre article « L'assurance maladie au Japon : ses difficultés et sa réforme », *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale* 2005, pp.95 – 113.

¹⁹ C'est par la loi n° 192 du 27 décembre 1958 relative au régime de l'assurance maladie pour les nationaux. Elle fut mise en vigueur partiellement en janvier 1959 et définitivement en avril 1961.

²⁰ En fait, c'est l'Agence des assurances sociales qui assura la gestion de l'assurance maladie relative aux petites et moyennes entreprises à l'époque. Cette Agence a été remplacée par cette Associa-

- maladie » facultativement construite notamment dans les grandes entreprises²¹ ;
- « le Régime des assurances sociales des marins »²² ;
 - « les Régimes de caisses mutuelles » pour les fonctionnaires de l'État et des collectivités locales etc.²³ ;
 - « Le Régime de l'assurance maladie pour les nationaux » auquel s'assujettissent les personnes non couvertes par aucun régime mentionné ci-dessus (par exemple, les travailleurs non-salariés et les membres de leur famille, chômeurs, les retraités etc.) et dont la gestion est assumée, d'une part, par les communes pour les assurés non membres d'aucune caisse mentionnée ci-après et, d'autre part, par « les Caisses de l'assurance maladie pour les nationaux » formées par une association ou un groupe dont les membres appartiennent à la même profession ou effectuent la même activité professionnelle non salariée (par exemple, les médecins etc.)^{24 25}.

B Le régime complémentaire pour les personnes âgées

1. Son objectif

Dans les années 1960, certaines collectivités locales mirent en place le dispositif destiné à prendre en charge la somme correspondant au ticket modérateur à supporter par les personnes âgées afin de réaliser la gratuité de soins médicaux et cette politique fut progressivement suivie par beaucoup de collectivités locales. Finalement, l'État lui-même adopta cette politique en promulguant la loi n° 95 du 23 juin 1947 modifiant

tion en 2008.

²¹ Ce régime fut créé par la loi n°70 du 22 avril 1922 qui fut définitivement mise en vigueur le 1^{er} janvier 1927.

²² Voir *supra* note 5.

²³ Voir *supra* note 6.

²⁴ En l'année fiscale 2013, il existait 164 caisses de l'assurance maladie pour les nationaux. La politique adoptée il y a des années par le ministère du travail, de la santé et de la protection sociale est de ne plus autoriser la création d'une telle caisse.

²⁵ Sur la loi créant ce régime, voir *supra* note 18.

la loi n° 133 du 11 juillet 1963 sur l'action sociale pour les personnes âgées afin d'instaurer le régime complémentaire ayant pour fonction de prendre en charge les tickets modérateurs à supporter par les personnes âgées de 70 ans et plus (en cas de personnes en état de handicap ou dépendance, 65 ans et plus) au revenu modeste en tant qu'une action sociale des communes à partir du 1^{er} janvier 1973 (c'est « La Première Année de la Protection sociale » mentionnée ci-dessus). Les motifs essentiels de l'adoption de cette politique furent suivants.

D'abord, les dépenses médicales à supporter par les personnes âgées furent estimés coûteux à l'époque. En effet, sous le régime de l'assurance maladie pour les nationaux où se trouvèrent nombre de retraités et de personnes âgées, le taux de la participation à des dépenses médicales (celui du ticket modérateur) fut 50 % pour l'ensemble de ses assurés jusqu'à la fin de septembre 1963, alors qu'il fut réduit à 30 % en premier lieu pour les chefs de ménage le 1^{er} octobre de cette année et ensuite pour les membres de leur famille le 1^{er} octobre 1968 (il demeure identique jusqu'à nos jours). Même sous les régimes salariaux, il fut 50 % pour les membres de familles à charge des assurés parmi lesquelles existèrent les personnes âgées (par exemple un ou des parents de l'assuré) jusqu'à la fin de septembre 1973 (il fut réduit à 30 % à partir du lendemain ; ce taux reste inchangé jusqu'à nos jours), tandis que l'assuré ne supporta que le forfait de faible montant avant l'introduction du ticket modérateur de 10 % le 1^{er} octobre 1984²⁶. On estima que ce taux élevé du ticket modérateur gêna d'autant plus fortement l'accès aux soins médicaux des personnes âgées que ces dernières furent souvent atteintes une ou des maladies chroniques.

Ensuite, dans les années 1960 où l'économie japonaise fut en cours de

²⁶ Le taux du ticket modérateur de l'assuré des régimes salariaux fut augmenté à 20 % en 1997 et à 30 % en 2002.

l'expansion, le revenu moyen des ménages composés d'un couple des personnes âgées de 70 ans et plus resta encore modeste, notamment à cause du niveau insuffisant de la retraite. En effet, c'est seulement moins de 30 ans depuis l'institution du régime de retraite des salariés et moins de 10 ans depuis celle du régime de retraite pour les nationaux, ainsi il n'y eut pratiquement pas de retraités percevant une retraite au taux plein²⁷.

Sous cette condition sociale à l'époque, la gratuité de soins médicaux pour les personnes âgées de 70 ans et plus au revenu modeste fut considérée comme la mesure améliorant significativement leur accessibilité aux soins médicaux.

2. Les difficultés causées par le régime complémentaire

La gratuité de soins médicaux ainsi instituée posa tout de suite le problème très sérieux. Car, elle stimula très fortement les aléas moraux, non seulement des personnes âgées de 70 ans et plus, mais aussi des médecins et des hôpitaux²⁸. Les premières n'eurent aucune hésitation de consulter le médecin à cause de la gratuité ; elles fréquentèrent chez le médecin même pour une anomalie très minime²⁹ ; elles multiplièrent les consultations chez les différents médecins pour une même maladie afin d'obtenir le diagnostic et/ou la prescription qu'elles jugèrent subjectivement approprié. Quant aux médecins, ils multiplièrent les examens et/ou médications parfois jugées inutiles et acceptèrent très volontiers le séjour d'une personne âgée dans leur clinique ou hôpital sans tenir en compte les dépenses médicales de leur patient âgée (parce que ce fut gratuit

²⁷ Surtout, les personnes âgées qui eurent 70 ans et plus à la date de la mise en vigueur de la loi sur la retraite pour les nationaux ne reçurent qu'une retraite de caractère social (non contributive) de faible montant. Celles qui eurent plus de 54 ans et moins de 70 ans à cette date ne touchèrent une retraite de caractère social qu'après son 70^{ème} anniversaire.

²⁸ Les hôpitaux au sens de la législation de santé japonaise comprennent ceux publics et privés. Ces derniers sont en principe gérés par une association à but non-lucratif (appelé « l'association médicale » soumise au régime particulier établi par la loi n° 205 du 30 juin 1948 sur le soin médical.

²⁹ Comme le phénomène symbolique, l'on évoqua la présence de nombreuses personnes âgées dans la salle d'attente d'un cabinet, d'une clinique ou d'un hôpital, dénommée de manière caricaturale et exagérée « la salle d'attente transformée en la salon des personnes âgées ».

pour cette dernière !)³⁰.

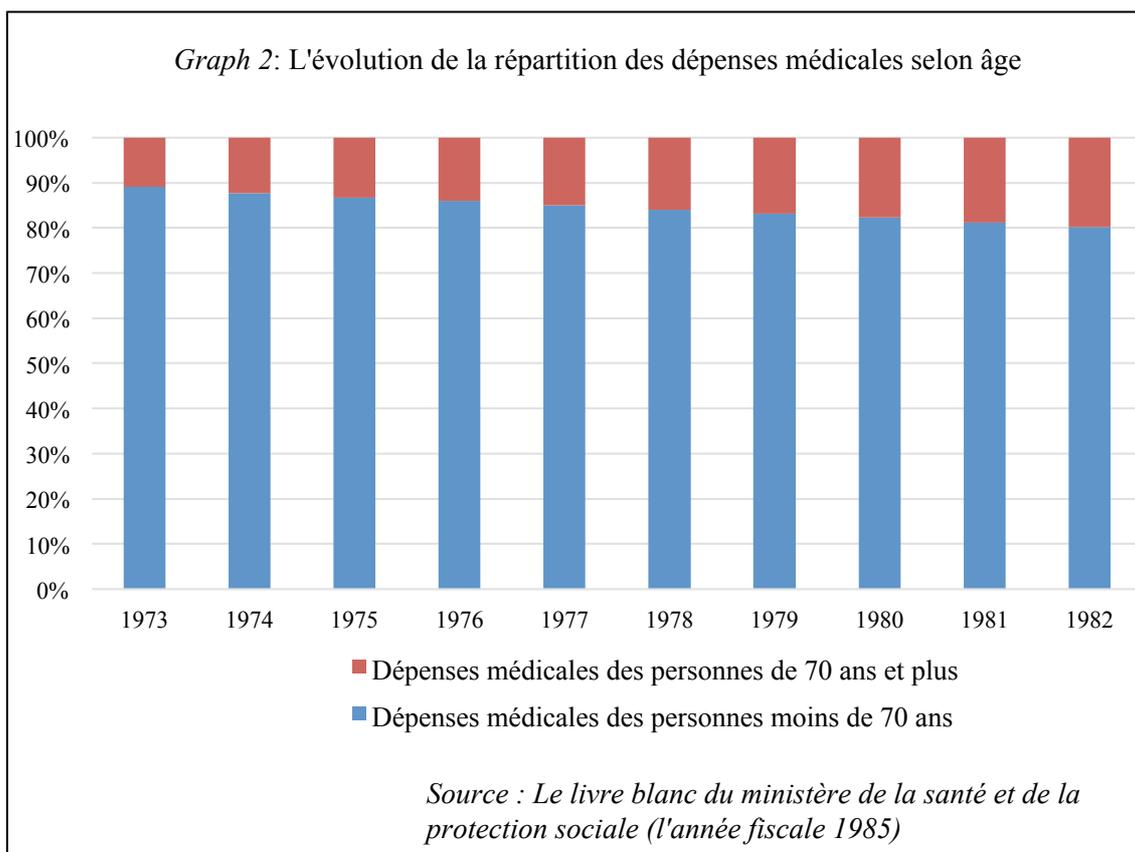
La facture de ce régime complémentaire fut ainsi exorbitante. Les dépenses médicales relatives à des personnes âgées pesèrent de plus en plus lourdement sur les communes, les départements et l'État assurant le financement de ce régime, mais surtout sur l'État qui prit en charge 2/3 des dépenses. Le régime de l'assurance maladie pour les nationaux dont le financement fut assuré par les communes, les départements et l'État fut aussi frappé par le même problème puisque la majorité des personnes âgées bénéficiaires du régime complémentaire furent l'assuré du régime pour les nationaux. Ainsi, la croissance des dépenses du premier entraîna celle des dépenses de ce dernier. Par contre, le régime complémentaire ne constitua pas une menace réelle aux régimes salariaux ne prenant en charge que relativement peu des personnes âgées³¹.

En effet, les dépenses médicales relatives à des personnes âgées bénéficiaires du régime complémentaire augmentèrent progressivement ; elles représentèrent 10,9 % en l'année fiscale 1973 où fut instauré ce régime, tandis que ce taux atteignit 19,8 % en l'année fiscale 1982 (*Graph 2*)³². La progression de ce taux est plus importante que celui d'accroissement des personnes âgées de 70 ans et plus. Le taux d'augmentation du nombre de patients hospitalisés entre l'année fiscale 1973 et celle de 1982 fut 225 % alors qu'il fut 108 % pour ceux de moins de 70 ans.

³⁰ L'hospitalisation des personnes âgées dépendantes n'ayant pas besoins de traitement médical (malgré leur état de santé physique, certains médecins multiplièrent les médications en profitant de leur mauvais état de santé mentale) fut très répandue. L'on le dénomma « l'hospitalisation de caractère social » (qui signifie implicitement qu'elle est jugée inutile du point de vue médical).

³¹ En effet, dès lors qu'un salarié assuré quitte l'entreprise pour motif qu'il a atteint l'âge de départ (55 ans à l'époque), il et un ou des membres de famille à sa charge quittent aussi le régime salarial pour rejoindre au régime pour les nationaux. Cela signifie que ce dernier accueille systématiquement les anciens salariés âgés et les membres de leur famille âgés à relativement haut risque de maladie.

³² Les autres facteurs stimulèrent également l'accroissement des dépenses médicales relative à des personnes âgées ; l'évolution technologique, l'augmentation des lits etc.



Depuis la deuxième moitié des années 1970 jusqu'à nos jours, la maîtrise des dépenses de la santé des personnes âgées et le financement des régimes de la santé prenant en charge ces dernières sont les problèmes essentiels à trouver des solutions.

C Le régime de soins médicaux pour les personnes âgées

D'abord, la loi n° 80 du 17 août 1982 relative à la santé des personnes âgées fut entrée en vigueur le 1^{er} février 1983 pour remplacer le régime complémentaire par le régime de soins médicaux pour les personnes âgées de 70 ans et plus (en cas de personnes en état de handicap ou dépendance, 65 ans et plus) géré par les communes. Sous ce nouveau régime, les soins médicaux dispensés à ces personnes âgées furent pris en charge par celui-ci, alors qu'elles gardèrent le statut d'assuré d'un des régimes de

l'assurance maladie³³ ou de membre de famille à sa charge.

Le premier but de ce nouveau régime est la mise en place des transferts financiers de la part de tous les régimes de l'assurance maladie vers ce régime. Chaque régime de l'assurance maladie versa une contribution annuelle au Fonds national du versement des rémunérations pour les soins médicaux qui distribua les sommes ainsi collectées aux communes. Le montant d'une contribution annuel est égal au résultat de la formule (A- B) :

- « A » est le montant fictif des dépenses annuelles relatives aux soins des personnes âgées de 70 ans et plus étant bénéficiaires d'un tel ou tel régime calculé en supposant que le taux de présence de bénéficiaires ci-dessus dans ce régime soit égal à celui de toutes les bénéficiaires de 70 ans et plus dans l'ensemble des régimes :
- « B » est le montant réel des dépenses annuelles relatives aux soins des personnes âgées de 70 ans et plus étant bénéficiaires de ce régime.

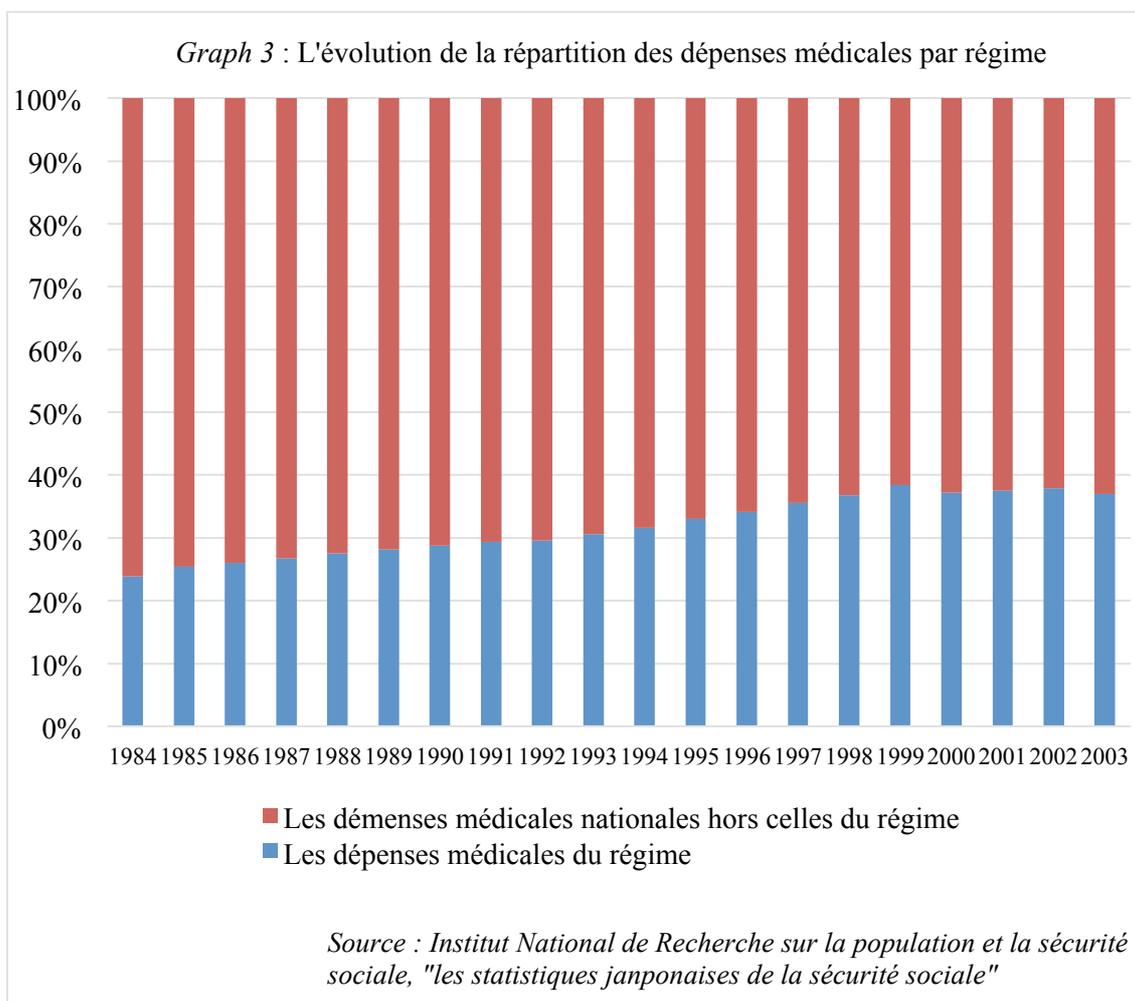
Ainsi, le mécanisme du soutien financière du régime des soins médicaux pour les personnes âgées par tous les régimes de l'assurance maladie fut introduit. Les communes, les départements et l'État, notamment ce dernier, souffrant l'explosion des dépenses médicales du régime complémentaire et de celui pour les nationaux furent les bénéficiaires de ce mécanisme même s'ils continuèrent d'assurer une partie du financement du ce nouveau régime, tandis que les régimes salariaux furent imposés une contribution annuelle entraînant l'accroissement de leurs dépenses et ainsi le relèvement de leur taux de cotisation (donc, pour l'employeur, l'augmentation des coûts de la main-d'œuvre).

³³ Donc, elles, leur employeur (au cas où elles furent assujetties à un régime salarial) ou le chef de leur ménage (au cas où elles sont le membre de famille assujetti au régime de l'assurance maladie pour les nationaux) continuèrent de cotiser.

Ce mécanisme contribua à la stabilisation du financement du régime des soins médicaux pour les personnes âgées, cependant il suscita le mécontentement de la part des Caisses d'entreprise de l'assurance maladie, de grandes entreprises et des syndicats organisés au sein de ces dernières³⁴ à cause de la progression sans cesse du montant de la contribution annuelle.

Le deuxième but de ce nouveau régime est l'introduction de la participation des personnes âgées de 70 ans et plus aux dépenses médicales. Pourtant, celle-ci ne fut que le forfait mensuel pour le médecin de ville et celui journalier pour l'hospitalisation jusqu'au 31 décembre 2000, le caractère stimulateur resta inchangé même après le remplacement du régime antérieur par le nouveau. Ce caractère poussa davantage l'accroissement des dépenses médicales relatives à des personnes âgées déjà provoqué par le vieillissement de la population. En effet, les dépenses médicales relatives à ses bénéficiaires furent très mal maîtrisées (*Graph 3*). Cependant, l'introduction du ticket modérateur au lieu du forfait fut très difficile pour la raison purement politique.

³⁴ Il faut noter que le syndicalisme japonais est celui d'entreprise.



Il faut ajouter que la loi n° 77 du 14 août 1984 modifiant la loi sur le régime de l'assurance maladie des salariés et les autres lois mise en vigueur le 1^{er} octobre 1984 instaura le régime des anciens salariés retraités destiné à organiser le transfert financier de la part des régimes salariaux vers le régime pour les nationaux. Le motif de la création de ce transfert financier est de faire participer aux régimes salariaux aux dépenses médicales relatives aux leurs anciens assurés de moins de 70 ans (ultérieurement moins 75 ans) et à un ou les membres de famille de ces derniers (l'âge de ces membres dut être inférieure à 70 ans (ultérieurement 75 ans)). Puisque ces anciens assurés salariés et un ou les membres de leur famille se déplacèrent systématiquement vers le régime pour les

nationaux pour motif que ces premiers atteignirent l'âge de départ (55 ans à l'époque), pourtant juste au moment où leur risque de maladie commença à accroître³⁵.

D La politique de la maîtrise des dépenses médicales

Ensuite, la politique de la santé pour les personnes âgées poursuivie par les gouvernements successifs s'orienta à la maîtrise efficace des dépenses médicales relatives aux personnes âgées afin de ne pas faire supporter trop leur charge aux générations actives (et aux entreprises qui les embauchèrent). Les gouvernements successifs augmentèrent progressivement le montant du forfait journalier (pour l'hospitalisation) et de celui mensuel (pour les médecins de ville), cependant le résultat de cette politique ne fut pas du tout satisfaisant ; elle ne réussit pas à disparaître son caractère stimulateur. Finalement, le gouvernement renonça le dispositif du forfait et le remplaça par le ticket modérateur (10 %³⁶, mais le montant mensuel des tickets modérateurs fut plafonné. Ce plafond fut ultérieurement supprimé) le 1^{er} janvier 2001, tandis qu'il y eut plusieurs mesures dérogatoires destinées à alléger la charge médicale des personnes âgées.

D'autre part, au vu de la progression sans cesse des dépenses médicales relatives aux personnes âgées de 70 ans et plus qui suscita l'accroissement de la charge financière de l'État et l'augmentation du montant des contributions supportées surtout par les régimes salariaux (en particulier par les caisses d'entreprise de l'assurance maladie), l'âge de l'admission au régime pour les personnes âgées fut progressivement relevé de 70 ans à 75 ans à partir du 1^{er} octobre 2002 (ce relèvement progressif de l'âge de admis-

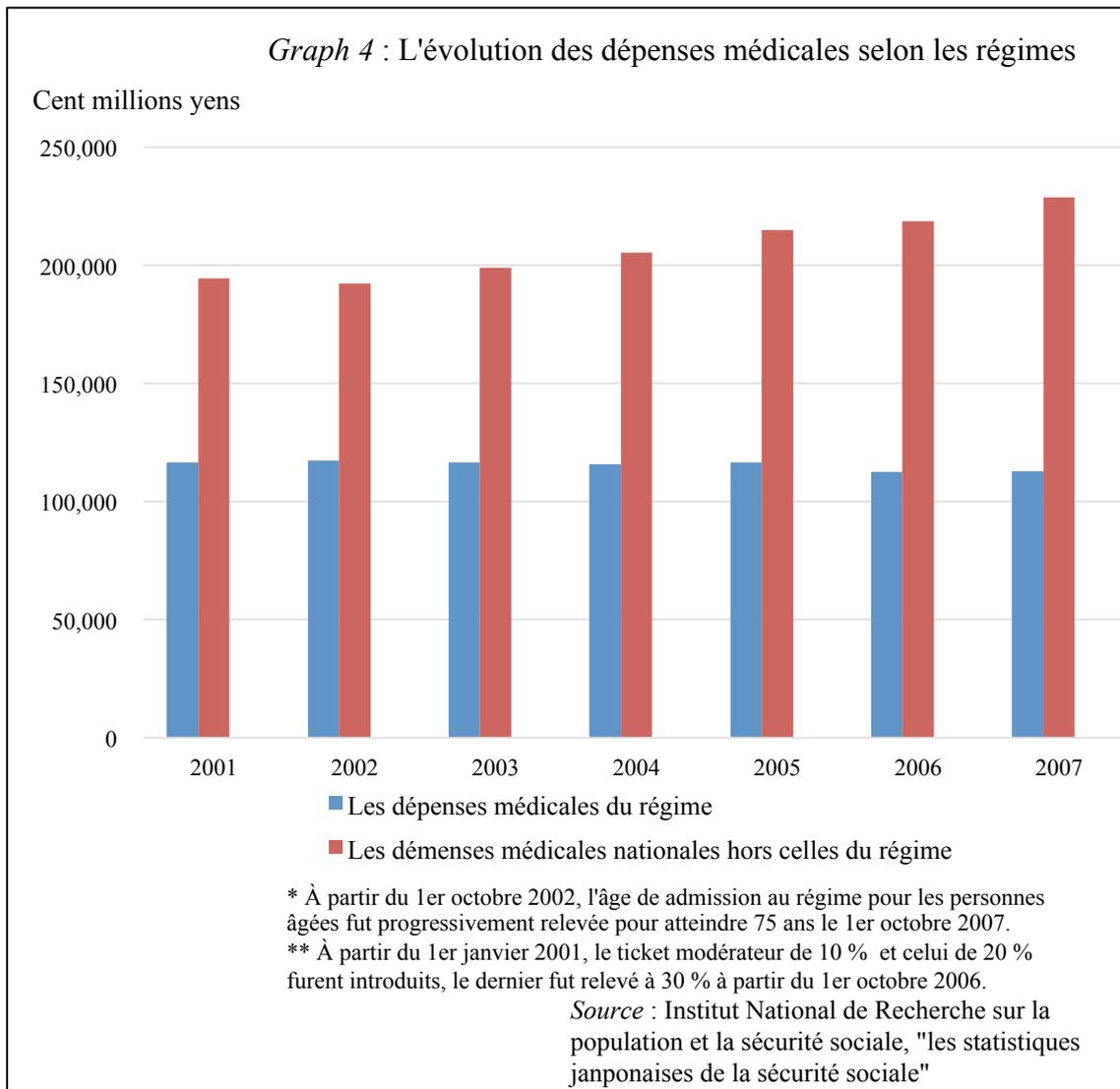
³⁵ Il faut noter qu'un assuré retraité de ce régime bénéficia de la réduction du taux du ticket modérateur. Alors que sous le régime pour les nationaux, ce taux fut 30 % à l'époque, celui-ci applicable à lui fut 20 %.

³⁶ Pour les personnes de 70 ans et plus ayant le revenu annuel équivalent à celui moyen des générations actives, ce taux fut 20 %. Il fut ultérieurement augmenté à 30 %.

sion fut accompli le 1^{er} octobre 2007)³⁷. Par contre, l'État prit en charge 1/3 des dépenses médicales relatives aux personnes âgées de 75 ans et plus au lieu 1/5 sous le régime antérieur admettant les personnes de 70 ans plus.

Ces modifications paraissent apporter le résultat envisagé dans certaine mesure. En effet, les dépenses médicales relatives à des personnes âgées plus de 70 – 75 ans se stabilisèrent depuis l'année 2001. Cependant, il faut tenir en compte d'abord la politique rigoureuse relative aux dépenses de la protection sociale adoptée par le gouvernement de Monsieur Jun-ichiro KOIZUMI (2001 – 2006) ayant pour but de maîtriser très strictement leur accroissement et, ensuite, l'économie du pays moins performante depuis des années 1990. En fait, leur montant reste toujours très élevé et l'accroissement des dépenses d'autres régimes est significatif (*Graph 4*). Celui-ci provient très probablement le transfert des personnes entre 70 ans et 74 ans de part du régime pour les personnes âgées (y compris les assurés retraités) vers les autres régimes, surtout le régime pour les nationaux.

³⁷ Pour les assurés (y compris les assurés retraités) entre 70 ans et 74 ans ayant revenu équivalent à celui moyen des générations actives et, le taux du ticket modérateur fut 20 % (ultérieurement 30 %) et pour les autres sauf les assurés retraités, il resta 10 % au lieu de 30% applicable à des assurés de moins de 70 ans.



E La création du régime de soins médicaux pour les personnes du quatrième âge

1. Les critiques contre le régime antérieur

Dans cette situation, les caisses d'entreprise de l'assurance maladie, les grandes entreprises et les syndicats, notamment ceux organisés au sein de ces dernières qui furent agacés par la lourdeur des contributions depuis des années revendiquèrent la réforme ambitieuse du régime pour les personnes âgées ayant pour objectif de maîtriser de manière plus efficace l'évolution des dépenses médicales relatives aux personnes âgées.

Le ministère des finances, de son côté, chercha à arrêter la croissance des soutiens financiers de l'État au régime pour les personnes âgées ainsi qu'à celui pour les nationaux à cause de ses déficits accumulés. Ainsi, la loi n° 102 du 2 août 2002 modifiant la loi sur le régime de l'assurance maladie des salariés et les autres lois prévoit, à l'article 2 de son annexe, que la réforme du régime de la santé pour les personnes âgées devrait être examinée et préparée dans deux ans.

Au bout de discussions au sein du ministère du travail, de la santé et de la protection sociale³⁸ sur les propositions de réforme, il adopta le projet de la création du nouveau régime de la santé pour les personnes âgées, séparé des autres régimes de l'assurance maladie. C'est ainsi la loi n° 83 du 22 juin 2006 modifiant la loi sur le régime de l'assurance maladie des salariés et les autres lois qui consolide ce projet. Ce nouveau régime dénommé « le régime de la santé pour les personnes du quatrième âge » fut institué le 1^{er} avril 2008, qui prit la place du régime de la santé pour les personnes âgées.

2. Les essentiels du nouveau régime

Une des différences essentielles entre ce nouveau régime et celui antérieur est que les personnes âgées de 75 et plus (en cas de personnes en état de handicap ou dépendance, 65 ans et plus) sont désormais l'assuré de ce régime, tandis que sous le régime antérieur, elles demeuraient l'assuré ou le membre de sa famille à charge de celui auquel elles avaient été assujetties avant 75 ans. L'effet tiré de cette originalité de ce nouveau régime est que les personnes âgées de 75 ans et plus sont soumises à la cotisation de celui-ci ; même une personne qui était le bénéficiaire d'un régime de l'assurance maladie au titre de membre de famille à charge de l'assuré et donc n'était pas soumise à

³⁸ Ce ministère fut créé par la fusion de celui du travail et celui de la santé et de la protection sociale en janvier 2001.

la cotisation avant 75 ans doit cotiser à ce nouveau régime, parce qu'elle est l'assuré de celui-ci³⁹.

La soumission à la cotisation des personnes âgées de 75 ans et plus est la réponse à la critique contre leur faible participation à la ressource financière du régime antérieur. En effet, celles étaient souvent le membre de famille à charge de l'assuré d'un régime salarial ou le membre de ménage d'un travailleur non salarié assuré du régime pour les nationaux, ainsi, à ce titre, elles ne cotisaient pas (dans le premier hypothèse) ou ne cotisaient souvent que très faiblement (dans le seconde hypothèse). Or, la progression du vieillissement de la population beaucoup plus rapide que les projections démographiques stimulera davantage l'augmentation des dépenses médicales relatives aux personnes âgées de 75 ans et plus. Dans cette prévision, leur participation financière est considérée comme indispensable pour assurer la pérennité du régime et comme équitable à l'égard des générations actives participant significativement au financement du régime pour les personnes âgées. Les cotisations supportées par les assurés représentent 10 % des ressources de ce régime, pourtant son taux pourra être relevé au fur et à mesure de la progression du vieillissement de la population⁴⁰.

Les autres régimes de l'assurance maladie participent au financement de ce régime comme sous le régime antérieur. Leurs contributions représentent 40 % des ressources⁴¹. La nouveauté est que ce taux pourra être augmenté ou réduit selon le résultat

³⁹ Leur cotisation est retenue sur leur retraite sauf que le montant annuel de celle-ci soit faible ou sauf qu'un assuré s'exprime son refus de la retenue sur son retraite.

⁴⁰ Les assurés de ce nouveau régime participent aussi aux dépenses médicales en supportant le ticket modérateur. Son taux est 30 % pour les assurés ayant revenu équivalent à celui moyen des générations actives et 10 % pour les autres.

⁴¹ Le mode de calcul du montant d'une contribution annuelle était identique à celui sous le régime antérieur. Voir *supra* C. Cependant, ce mode de calcul est plus favorable aux casses d'entreprise de l'assurance maladie dont les assurés perçoivent le beau salaire qu'à l'Association nationale de l'assurance maladie (des salariés dans le secteur privé) dont la plupart des assurés qui sont engagés dans les petites et moyennes entreprises perçoivent le bas salaire. Ainsi, ce mode de calcul sera pro-

de leurs activités de prévention destinées à leurs assurés de 40 ans et plus. Ce dispositif est attractif notamment pour les caisses d'entreprise de l'assurance maladie qui désirent de prendre l'initiative des mesures préventives. La contribution de l'État représente, comme sous le régime antérieur, 1/3 des ressources de ce nouveau régime.

La gestion administrative et financière de ce nouveau régime est confiée à «l'Association départementale des Communes pour le régime de la santé pour les personnes du quatrième âge ». L'idée de confier la gestion aux associations organisées au niveau départemental est basée sur l'estimation qu'à cause de la diversité des conditions démographiques entre communes, ce nouveau régime serait financièrement très fragile si l'on confiait la gestion financière aux communes.

Parallèlement à cette réforme, le régime des anciens salariés retraités a été remplacé par celui de la compensation financière entre les régimes de l'assurance maladie pour les personnes âgées entre 65 ans et 74 ans. À part de l'abolition du taux réduit du ticket modérateur pour les assurés retraités⁴², l'essentiel de ce nouveau régime est presque identique au régime antérieur.

À cause de beaucoup de troubles et les confusions au moment de la mise en œuvre de ce nouveau régime de la santé pour les personnes du quatrième âge, les critiques contre celui-ci et même les revendication de son abolition étaient forts au début⁴³, pourtant nous pouvons estimer que les personnes âgées et leurs familles s'habituent aujourd'hui à celui-ci et même l'acceptent⁴⁴.

gressivement remplacé par un autre qui se base sur le montant des salaires annuels perçus par tous les assurés d'un tel ou tel régime salarial.

⁴² Voir *supra* notes 35 et 37.

⁴³ Pour répondre aux critiques ainsi adressés, d'une part, quelques mesures destinées à réduire les nouvelles charges des personnes de 75 ans et plus ajoutées par cette réforme ont été introduites.

⁴⁴ La proposition sur la réforme à envisager par le Parti démocrate au pouvoir jusqu'en janvier 2013 a été en fait enterrée à cause du passage du pouvoir aux Parti libéral-démocrate et Parti bouddhiste (le gouvernement de coalition de Monsieur Shinzo ABE).

IV Le RÉGIME DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

A Le régime antérieur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et ses problèmes

Nous abordons très brièvement la situation avant la mise en vigueur du régime de l'assurance de dépendance en 2000. En 1984, parmi 478.000 personnes âgées dépendantes ne pouvant pas quitter le lit ;

- 20,7% entre elles dans les hôpitaux et les cliniques, donc elles étaient prises en charge par les régimes de l'assurance maladie ;
- 23,4% entre elles dans les établissements médico-sociaux prises en charge par l'action sociale municipale ;
- 55,9% entre elles restant à domicile avec ou sans aide par un auxiliaire de vie sociale pris en charge par l'action sociale municipale ;
- 34% de ces personnes âgées dépendantes à domicile étaient soutenues par la ou les épouses de leur(s) enfant(s), 26,8% par leur épouse, 11,8% par leur(s) fille(s) ; ainsi, 91,5% de personnes prenant charge de ces personnes âgées dépendantes à domicile étaient des femmes.

Cette situation de soutien des personnes âgées dépendantes posa les problèmes et difficultés avant la mise en place du régime assurantiel en 2000. D'abord, l'accueil des personnes âgées dépendantes dans les cliniques et hôpitaux pesa de plus en plus lourdement sur les régimes de l'assurance maladie, ceci constitua une des causes de l'expansion des dépenses de santé de personnes âgées, comme nous venons de l'aborder ci-dessus. Ensuite, les personnes âgées dépendantes accueillies dans les établissements médico-sociaux s'éloignèrent souvent de leur domicile, ceci entraînant la rupture de

liens sociaux avec leur famille, leurs amies et leurs voisins etc. En plus, les ménages composés d'une seule personne âgée ou d'un couple âgé accrurent au fur et à mesure du vieillissement de la population, ces personnes eurent une grande difficulté de rester chez elles avec le soutien à domicile à cause de manque des services en la matière que nous verrons ci-après. Enfin, l'alourdissement de la charge supportée par un ou des membres de famille, notamment les femmes, s'occupant d'une personne âgée dépendante à domicile les incita à abandonner leur emploi si elles effectuèrent une activité salariale.

Excepte des personnes âgées dépendantes prise en charge dans les cliniques et hôpitaux ou dans les établissements médico-sociaux, leur prise en charge à domicile aurait dû être assurée dans le cadre de l'action sociale communale, en fait, à cause de manque de ressource financière et personnelle, les communes ne put pas suffisamment assumer leur responsabilité de leur servir l'accompagnement à domicile. Toutefois, cette action sociale municipale fit l'objet de critiques, d'une part, à cause de leurs services réservés aux ménages de faible revenu et, d'autre part, à cause de l'absence de droit subjectif aux services et de celle de libre choix d'un fournisseur de l'aide ou d'un établissement social par le bénéficiaire.

B La mise en place du régime de l'assurance dépendance

1. Les objectifs de ce régime

Le régime de l'assurance dépendance créé par la loi n° 123 du 17 décembre 1997 sur l'assurance dépendance qui fut mise en vigueur le 1^{er} avril 2000 a pour objectif ;

- D'assurer les recettes permettant de couvrir les dépenses croissantes de l'aide à des personnes âgées dépendantes en imposant les cotisations à des personnes de 40 ans

et plus⁴⁵ ;

- D'introduire les concurrences entre les fournisseurs de l'aide, surtout ceux de l'aide à domicile, en assouplissant des réglementations pour stimuler les acteurs variés (y compris les entreprises privées) à entrer sur ce secteur d'activité ;
- De reconnaître le droit subjectif aux aides et laisser choisir à des personnes âgées dépendantes un ou des fournisseurs de l'aide alors que le bénéficiaire est tenu de verser la participation proportionnelle aux frais (10%)⁴⁶ ;
- De responsabiliser les communes sur la politique locale de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

2. Ses difficultés

D'abord, les personnes âgées dépendantes prises en charge par ce régime accroissent sans cesse. Le nombre des personnes âgées dépendantes prises en charge par ce régime fut 2.182 mille en avril 2000, ce nombre atteignit 4.928,2 mille en 2010. Les personnes âgées les plus dépendantes furent 290 mille en avril 2000, elles furent 496,1 mille en novembre 2010.

L'augmentation des personnes âgées dépendantes prises en charge par ce régime entraîne naturellement l'accroissement des dépenses relatives aux soutiens et accompagnement à domicile et dans les établissements médico-sociaux et donc l'augmentation du taux et montant de la cotisation de ce régime sans cesse, alors que le relèvement de ce taux et de ce montant sans limite, surtout celui du montant de la cotisation imposée à des personnes de 65 ans et plus était et reste estimé difficile pour rai-

⁴⁵ Il y a deux catégories de l'assuré du régime de l'assurance dépendance ; l'assuré de 1^{ère} catégorie qui est une personne âgée de 65 ans et plus ayant sa domicile dans une commune ; celui de 2^{ème} catégorie qui est un assuré ou un bénéficiaire au titre d'un membre de famille à sa charge entre 40 ans et 64 ans d'un des régimes de l'assurance maladie.

⁴⁶ Au vu de la croissance sans cesse des dépenses relatives au soutien et accompagnement, ce taux vient d'être relevé à 20 % pour les personnes ayant revenu équivalent à celui moyen des générations actives à partir du 1^{er} août 2015.

son politique.

Les autres difficultés sont aussi constatées. La répartition des fournisseurs de l'aide par les départements et par les communes est très inégale. Et cette inégalité s'élargit de plus en plus à cause de la progression de la diversité du nombre des habitants selon les départements et communes. Ensuite, le nombre de lits dans les établissements médico-sociaux pour accueillir les personnes âgées la plus dépendantes sont toujours largement inférieurs à celui de candidats qui sont estimés ne plus adaptés au soutien à domicile. Un autre problème évoqué est la nécessité de l'amélioration de la qualité de l'aide et accompagnement, notamment ceux à domicile. Le bas salaire des auxiliaires de vie et des assistantes de vie est considéré comme une des causes de cette qualité de soutien à domicile moins appréciée.

3. Ses défis

La progression du vieillissement de la population nécessitera la concentration davantage des ressources financières et personnelles sur le soutien et l'accompagnement des personnes âgées les plus dépendantes. Ceci suggère la nécessité de trouver et développer les autres moyens que ceux servis par le régime de l'assurance de dépendance pour l'aide et l'accompagnement à des personnes légèrement dépendantes.

La véritable difficulté dans les années à venir est la croissance spectaculaire des personnes âgées dépendantes dans de grandes villes. Toutefois, il est certain qu'il sera très difficile d'augmenter les lits dans les établissements médico-sociaux pour accueillir les personnes âgées lourdement dépendantes dans de grandes villes à cause de, d'une part, la manque des places à construire les nouveaux établissements et d'autre part, les coûts très élevés de leur construction. Sous ce contexte, le soutien à domicile doit être sérieusement encouragé et les conditions nécessaires pour cela devront être préparées.

Une des solutions à cette question serait la stimulation de création d'un réseau intégré de soins médicaux et de soutien à domicile de proximité qui devrait permettre à des personnes âgées dépendantes (même les plus dépendantes) de rester à leur domicile. Le service intégré de proximité de 24 heures sur 24 heures (qui consiste en des visites régulières chez plusieurs personnes âgées dépendantes dans la journée et celles au besoin en répondant l'appel dans la nuit) a été déjà introduit en avril 2012. Pourtant, malgré l'encouragement par le ministère du travail, de la santé et de la protection sociale, ce service de proximité de 24 heures sur 24 heures ne sont pas si répandus surtout à cause de la difficulté de la gestion.

Il faudrait ainsi construire de véritables réseaux intègres de proximités articulant et coordonnant les activités des professionnels concernés: les médecins, les chirurgiens-dentistes, les infirmières, les pharmaciens, les managers d'aide, les auxiliaires de vie sociale et les responsables de la commune etc.

V LA CONCLUSION

Les analyses sur les difficultés des régimes de retraite, de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance et sur les défis que nous faisons et envisageons de faire donnerons quelques éléments de réflexion.

D'abord, la politique généreuse en faveur des personnes âgées, souvent préférée par les hommes politiques, posera ultérieurement les problèmes très sérieux dans la phase du vieillissement de la population. Car, celui-ci stimule l'augmentation des dépenses sociales destinées aux personnes âgées laquelle entraînera inévitablement le relèvement des impôts et des taxes ainsi que le taux et le montant des cotisations sociales. Pourtant, la remise en cause ultérieure de cette politique généreuse sera difficile

puisqu'elle crée les avantages acquis des personnes âgées. Les hommes politiques résistent souvent à leur réduction ou leur suppression éventuelle.

Ensuite, le partage équitable des charges financière entre les générations actives et les personnes âgées pour garder la pérennité des régimes de la protection sociale. Un des effets provenant du vieillissement de la population est l'accroissement des dépenses sociales, nous ne devons pas faire supporter ces dernières tout simplement aux générations actives, surtout dans la société où la baisse de la fécondité progresse comme le Japon. Puisque donner la priorité aux personnes âgées engendra certainement l'effet pervers, c'est-à-dire l'abaissement du pouvoir d'achat (donc du niveau de vie) des générations actives et la diminution de leurs emplois. Notamment cette dernière produira un effet négatif sur la croissance économique indispensable à soutenir la protection sociale.

Enfin, une réforme ambitieuse qui cherche à résoudre d'un seul coup tous les difficultés en modifiant complètement les régimes actuels apparaît parfois très attractive, souvent aux yeux des hommes politiques. Telle réforme risque pourtant de déstabiliser les régies et de provoquer les confusions et troubles et, par conséquent, parfois le recul en arrière. L'expérience japonaise montre que les réformes progressives, qui sont souvent estimées trop lentes et peu efficaces, peuvent atteindre les résultats satisfaisants sans grand trouble.

Les perspectives à long terme sont nécessaires pour construire et maintenir les régimes de la protection sociale stables et pérennes dans une société où l'on prévoit l'évolution significative de la condition démographique

*Ce rapport est un des résultats des recherches subventionnées par JSPS KAKENHI Grant Number

26285006.