

ÉTUDES ÉCONOMIQUES DE L'OCDE

1998

THÈMES SPÉCIAUX
Réforme du système de santé
Création d'emplois

PORTUGAL

© OCDE, 1998

© Logiciel, 1987-1996, Acrobat, marque déposée d'ADOBE.

Tous droits du producteur et du propriétaire de ce produit sont réservés. L'OCDE autorise la reproduction d'un seul exemplaire de ce programme pour usage personnel et non commercial uniquement. Sauf autorisation, la duplication, la location, le prêt, l'utilisation de ce produit pour exécution publique sont interdits. Ce programme, les données y afférant et d'autres éléments doivent donc être traités comme toute autre documentation sur laquelle s'exerce la protection par le droit d'auteur.

Les demandes sont à adresser au : Chef du Service des Publications, Service des Publications de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France

**ÉTUDES
ÉCONOMIQUES
DE L'OCDE**

1997-1998

PORTUGAL

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1^{er} de la Convention signée le 14 décembre 1960, à Paris, et entrée en vigueur le 30 septembre 1961, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a pour objectif de promouvoir des politiques visant :

- à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays Membres, tout en maintenant la stabilité financière, et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale;
- à contribuer à une saine expansion économique dans les pays Membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique;
- à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire conformément aux obligations internationales.

Les pays Membres originaires de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. Les pays suivants sont ultérieurement devenus Membres par adhésion aux dates indiquées ci-après : le Japon (28 avril 1964), la Finlande (28 janvier 1969), l'Australie (7 juin 1971), la Nouvelle-Zélande (29 mai 1973), le Mexique (18 mai 1994), la République tchèque (21 décembre 1995), la Hongrie (7 mai 1996), la Pologne (22 novembre 1996) et la République de Corée (12 décembre 1996). La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE (article 13 de la Convention de l'OCDE).

Published also in English.

© OCDE 1998

Les permissions de reproduction partielle à usage non commercial ou destinée à une formation doivent être adressées au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France, Tél. (33-1) 44 07 47 70, Fax (33-1) 46 34 67 19, pour tous les pays à l'exception des États-Unis. Aux États-Unis, l'autorisation doit être obtenue du Copyright Clearance Center, Service Client, (508)750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA, or CCC Online: <http://www.copyright.com/>. Toute autre demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de cette publication doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

Table des matières

Évaluation et recommandations	1
I. Évolution récente et perspectives	19
L'expansion se poursuit	19
Le chômage commence à baisser	23
La convergence de l'inflation est assurée	25
Le secteur extérieur	27
Perspectives à court terme	33
II. Politique macroéconomique	34
Politique monétaire et politique de change	36
Politique budgétaire	43
III. La question des soins de santé	55
Taille et fonctionnement du système de santé	57
Le cadre institutionnel	65
Facteurs contribuant à l'augmentation des dépenses de santé	74
Le processus de réforme	84
Évaluation et recommandations	87
IV. Mise en œuvre de la réforme structurelle : examen des progrès réalisés	95
Progrès de la réforme structurelle	98
Évaluation et recommandations	105
Notes	109

Annexe

Chronologie économique 112

Annexe statistique et indicateurs structurels 115

Encadrés

1. Recommandations concernant la réforme du système de soins de santé portugais 89
2. Mise en œuvre de la Stratégie de l'OCDE pour l'emploi : vue d'ensemble 106

Tableaux

1. Évolution récente et perspectives à court terme 23
2. Indicateurs du marché du travail 24
3. Indicateurs de la hausse des salaires 27
4. Balance des opérations courantes 31
5. Mouvements de capitaux 32
6. Évolution des écarts de taux d'intérêt et d'inflation 41
7. Compte des administrations publiques 45
8. Recettes fiscales de l'État 46
9. Dépenses de l'État 47
10. Recettes et dépenses des différents niveaux d'administration 48
11. Encours de la dette publique 51
12. Déficit et autres opérations des administrations publiques 52
13. Programme de convergence de 1997 53
14. Dépenses des soins de santé 56
15. Dépenses de soins de santé par habitant 58
16. L'état de santé au milieu des années 90 61
17. Données régionales concernant la santé 63
18. Dépenses de santé privées au milieu des années 90 67
19. Catégories de dépenses de santé 75
20. Dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques 75

21.	Dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques	76
22.	Indicateurs de l'emploi dans le secteur de la santé	79
23.	Indicateurs du secteur hospitalier	82
24.	Principales privatisations 1989-97	101
25.	Transferts de l'UE	104
26.	Dépenses au titre du Cadre communautaire d'appui	104

Annexe statistique et indicateurs structurels

A.	Quelques statistiques rétrospectives	116
B.	Emploi du produit intérieur brut	117
C.	Compte d'affectation des ménages	118
D.	Compte des administrations publiques	119
E.	Prix et salaires	120
F.	Emploi civil par secteur	121
G.	Masse monétaire et contreparties	122
H.	Entrée de voyageurs étrangers, d'après le pays de nationalité	123
I.	Commerce extérieur par principaux groupes de produits	124
J.	Évolution de la structure géographique du commerce extérieur	125
K.	Balance des paiements	126
L.	Indicateurs du marché du travail	127
M.	Structures de la production et de l'emploi	128

Graphiques

1.	Résultats macroéconomiques	20
2.	Indicateurs de la demande	21
3.	Indicateurs de l'activité	22
4.	Évolution de l'inflation	26
5.	Taux de change nominaux et réels	28
6.	Indicateurs des échanges de marchandises	30
7.	Balance des opérations courantes	31
8.	Convergence des taux d'intérêt et de l'inflation	35
9.	Taux d'intérêt administrés	37
10.	Taux d'intérêt	38
11.	Taux d'intérêt à long terme	39

12.	Écarts de taux d'intérêt et de taux d'inflation	40
13.	Agrégats de monnaie et de crédit	42
14.	Indicateurs budgétaires	44
15.	Revenus par habitant et total des dépenses de santé	57
16.	Convergence des revenus réels et dépenses de santé	59
17.	Évolution des indicateurs de santé	60
18.	Indicateurs de santé	62
19.	État de santé et dépenses de santé	64
20.	Le système de santé portugais	66
21.	Le Service national de santé : organigramme	68
22.	Prix des services de santé et prix à la consommation	77
23.	Niveaux de prix relatifs dans le secteur de la santé	78
24.	Indicateurs du marché du travail	96

STATISTIQUES DE BASE DU PORTUGAL

LE PAYS

Superficie (milliers de km ²)	91.9	Villes principales, population résidente en milliers d'habitants (1995) :	
		Grand Lisbonne	1 834
		Grand Porto	1 188

LA POPULATION

Population (1.1.1996, en milliers)	9 921	Population active civile occupée (1996, milliers)	4 445
Densité au km ²	108	En % du total :	
Population active civile (1996, milliers)	4 789	Agriculture	12.3
		Industrie	31.2
		Services	56.5

LA PRODUCTION

Produit intérieur brut 1996 (millions de dollars des EU ¹)	129 371	Origine du produit intérieur au coût des facteurs (1993, en % du total)	
PIB par habitant (1996, dollars des EU ¹)	13 040	Agriculture	5.8
Formation brute de capital fixe en 1996 :		Industrie	37.8
En % du PIB	28.9	Services	56.4
Par habitant (dollars des EU ¹)	3 770		

LES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES

Consommation publique 1997, en % du PIB	16.6	Composition du Parlement, (nombre de sièges) :	
Investissements publics, 1997, en % du PIB	5.3	Sociaux démocrates (PSD)	88
(En % des investissements totaux)	17.5	Socialistes (PS)	112
Recettes courantes des administrations publiques, 1997, en % du PIB	42.4	Parti communiste/Parti écologique (« les verts ») (PCP/PEV)	15
		Centre démocratique et social/Parti populaire (CDS/PP)	15

LE COMMERCE EXTÉRIEUR

Exportations des biens et services 1996, en % du PIB	32.8	Importations de biens et services 1996, en % du PIB	41.0
Ventilation en % des exportations de marchandises, 1995 (CTCI) :		Ventilation en % des importations de marchandises, 1995 (CTCI) :	
Produits alimentaires, boissons et tabac (0, 1)	6.7	Produits alimentaires, boissons et tabac (0, 1)	12.1
Matières premières brutes et biens intermédiaires (2, 3, 4)	7.6	Matières premières brutes et biens intermédiaires (2, 3, 4)	12.4
Produits manufacturés (5, 6, 7, 8)	85.7	Produits manufacturés (5, 6, 7, 8)	75.5
<i>dont</i> :		<i>dont</i> :	
Produits chimiques (5)	5.0	Produits chimiques (5)	10.5
Machines et matériels de transport (7)	27.6	Machines et matériels de transport (7)	34.3

LA MONNAIE

Unité : Escudo		Unités monétaires par dollar des EU, moyenne des données journalières :	
		Année 1996	154
		Décembre 1997	182

1. Les données sont converties avec les PPAs.

Cette étude a été établie à partir d'un rapport préparé par le Secrétariat pour l'examen annuel du Portugal par le Comité d'Examen des Situations Économiques et des Problèmes de Développement le 20 novembre 1997.

•

Après révision à la lumière de la discussion au cours de la séance d'examen, l'étude a été finalement approuvée pour publication par le Comité le 15 décembre 1997.

•

L'étude précédente du Portugal a été publiée en août 1996.

Évaluation et recommandations

Résumé des problèmes actuels

Lors du dernier examen de l'économie portugaise, au premier semestre de 1996, l'activité économique semblait avoir subi un coût d'arrêt après l'accélération des deux années précédentes. L'inflation convergait vers les niveaux relevés dans les pays d'Europe les plus performants, tandis que le chômage continuait de croître. Le ralentissement de la croissance de la production s'est avéré une simple pause et l'économie se trouve aujourd'hui dans la quatrième année d'une expansion économique exceptionnellement équilibrée, qui a entraîné une amélioration continue des données fondamentales de l'économie et une convergence ininterrompue des variables nominales et réelles. La crédibilité accrue de la politique de stabilisation, découlant de la stabilité du taux de change et de la réduction du déficit budgétaire, a joué un rôle important dans ces évolutions et a été mise en lumière par la convergence rapide des taux d'intérêt. Le Portugal a de bonnes chances de satisfaire aux critères de Maastricht et est prêt à devenir l'un des membres fondateurs de l'Union économique et monétaire. Compte tenu de cette hypothèse, les prévisions de l'OCDE montrent que la croissance économique restera vigoureuse au cours des deux prochaines années, si bien que l'écart entre la production potentielle et la production effective sera pratiquement résorbé en 1999. Dans ce contexte, la présente *Étude* est centrée sur le rôle des politiques budgétaire et structurelle dans l'élargissement de la marge de croissance non inflationniste et la réduction du

chômage. En guise de contribution au débat sur les moyens de poursuivre l'assainissement budgétaire, le chapitre thématique présente une analyse des problèmes de santé du point de vue du contrôle des dépenses, de l'efficacité et de l'équité. Le dernier chapitre contient un suivi des recommandations relatives à l'*Étude de l'OCDE sur l'emploi* formulées pour le Portugal dans l'*Étude* de l'an dernier.

***La croissance
de la production
s'est accélérée...***

L'expansion économique qui s'était amorcée au début de 1994, a pris de la vigueur à partir du milieu de 1996, la croissance du PIB réel atteignant un rythme estimé à 3½ pour cent en 1997. Du même coup, l'écart entre la production potentielle et la production effective s'est réduit et le revenu par habitant s'est hissé jusqu'aux environs de 69 pour cent de la moyenne des 15 pays de l'UE, soit 2 points de plus qu'au moment du retournement de la conjoncture. Le redressement de l'activité économique a été alimenté à la fois par un renforcement de la demande intérieure et par de nouvelles capacités d'exportation (l'usine automobile *AutoEuropa* est entrée en production à la mi-1995), bien qu'une poussée conjoncturelle des importations, notamment de biens d'équipement, ait entraîné une contribution négative du solde extérieur réel. Ce facteur, s'ajoutant à la contraction de l'excédent des opérations invisibles, a entraîné un gonflement du déficit de la balance courante qui a atteint un niveau estimé à 2.4 pour cent du PIB en 1997. L'investissement fixe brut a été stimulé par l'amélioration de la rentabilité et le lancement de grands projets d'infrastructure, tandis que le raffermissement de la confiance a également favorisé la croissance de la consommation privée. L'expansion de la demande et de la production devrait rester soutenue au cours des deux prochaines années, même si l'essor de la construction est susceptible de se modérer quelque peu. Au total, le PIB pourrait croître de 3¾ pour cent en 1998, et se ralentir légèrement en

1999 avec la résorption de l'écart entre la production potentielle et la production effective.

***... tandis
que le chômage
régresse et que
la désinflation
se poursuit***

Après avoir augmenté pendant les trois premières années de l'expansion, le chômage a fini par reculer au premier semestre de 1997, à partir de niveaux élevés. Toutefois, à 6.8 pour cent le taux de chômage estimé pour 1997 dépasse encore le niveau observé en 1993, année de récession, et reste supérieur au chiffre estimé par l'OCDE comme étant compatible avec une hausse stable des salaires. Influencé par le Pacte social stratégique de 1996, le rythme de croissance des salaires s'est encore atténué et a contribué à la désinflation, au même titre que la décélération des prix extérieurs. A 1.8 pour cent en octobre 1997, le taux sur douze mois de la hausse des prix à la consommation était en baisse de 4.5 points par rapport au moment où la reprise économique s'est amorcée. Pour l'année 1997 dans son ensemble, on estime que la hausse des prix à la consommation est revenue à un peu plus de 2 pour cent, taux légèrement plus élevé que le chiffre estimé pour l'Allemagne et inférieur à la fourchette fixée par le gouvernement. Ainsi, pour la sixième année consécutive, le Portugal a réalisé son objectif d'inflation, ramenant le taux d'inflation à des niveaux proches de la stabilité des prix.

***Une politique
monétaire
prudente
a favorisé
la stabilité
du taux de
change
et la convergence
des taux
d'intérêt...***

La politique monétaire a joué un rôle important dans le processus de désinflation, les anticipations inflationnistes ayant réagi favorablement à la stabilité du taux de change nominal, principal objectif intermédiaire de la politique monétaire du Portugal. L'amélioration des résultats de la politique de stabilisation a raffermi la confiance des marchés, accentuant la baisse des rendements obligataires, qui a été l'une des plus rapides dans l'UE depuis le dernier réaligement des monnaies du MCE en mars 1995. L'écart vis-à-vis de l'Allemagne avoisinait 40 points de base à la

mi-novembre contre 470 points de base en mars 1995. Pour la première fois depuis de nombreuses années, cet écart est devenu presque équivalent au différentiel d'inflation observé avec l'Allemagne. L'inflation est descendue jusqu'à des niveaux compatibles avec les objectifs de stabilité des prix tandis que les taux à court terme se sont détendus ailleurs en Europe, aussi la Banque du Portugal a pu abaisser les principaux taux officiels, par une série d'ajustements limités mais fréquents. Au total, le taux des prises en pension a diminué de 370 points de base entre mars 1995 et novembre 1997.

... et les conditions monétaires devraient s'assouplir avec la transition vers l'UEM

Bien que la réduction des taux ait induit une détente générale des conditions monétaires au Portugal, l'orientation de la politique monétaire est restée relativement restrictive. Le taux des prises en pension s'est maintenu à 200 points de base au-dessus de son homologue allemand, de sorte que les taux d'intérêt à court terme réels, s'ils sont en repli, demeurent néanmoins élevés, à plus de 3 pour cent en 1997 contre 1 pour cent en Allemagne. L'orientation plutôt restrictive de la politique monétaire se manifeste aussi par une pente négative de la courbe des rendements pour les taux à plus court terme. Avec l'achèvement de la transition vers l'UEM, les taux d'intérêt sont susceptibles de reculer davantage. La baisse à venir sera plus ou moins prononcée selon les conditions conjoncturelles dans la zone de l'UEM et suivant que la confiance actuelle des marchés dans le deutschemark comme point d'ancrage nominal se reportera ou non sur l'euro. Faisant preuve d'optimisme sur le second point, l'OCDE prévoit que les taux dans l'ensemble de l'UEM baisseront jusqu'à un niveau tel que les taux réels au Portugal seront voisins de 2 pour cent. Étant donné que, selon toute probabilité, l'économie tournera pratiquement à plein régime à l'horizon 1999, de tels taux risquent d'être plus bas que ne l'exigeraient les seuls paramètres intérieurs.

L'adhésion à l'UEM représentera un changement de régime qui devrait avoir une incidence favorable sur les anticipations inflationnistes, et atténuer ainsi l'effet de la baisse des taux nominaux. Même dans cette hypothèse, il faudrait recourir à une modération continue des salaires nominaux et à la rigueur budgétaire pour maintenir l'équilibre de la croissance.

***L'équilibre
de la croissance
dépend du bon
fonctionnement
du marché
du travail...***

Il y a lieu d'être optimiste sur la capacité du marché du travail portugais de s'adapter au nouveau régime monétaire. L'*Étude de l'OCDE sur l'emploi* estimait en conclusion que le marché du travail du Portugal se caractérisait par une assez grande flexibilité des entrants et des coûts de main-d'œuvre. Cependant, certains problèmes peuvent être constatés. Les inadéquations entre l'offre et la demande sur le marché du travail se manifestent par le niveau élevé du chômage de longue durée (12 mois et plus). Conscients de ces tendances préoccupantes, en 1996 le gouvernement et les partenaires sociaux ont signé un Pacte social stratégique, aux termes duquel le gouvernement, en contrepartie d'une modération des salaires nominaux, s'engage à mettre en œuvre une vaste panoplie de réformes visant la fiscalité, la sécurité sociale, les services de l'emploi, l'éducation, la formation, les contrats de travail et la concurrence sur les marchés de produits. Dans l'ensemble, les mesures et initiatives récentes en matière de réforme structurelle sont conformes aux recommandations de la *Stratégie de l'OCDE pour l'emploi* et, une fois appliquées, devraient renforcer la flexibilité actuelle des coûts salariaux et de main-d'œuvre ainsi que le potentiel de croissance à long terme au sein de l'UEM. Cependant, il faut faire en sorte que le travail indépendant devienne moins attrayant pour les employeurs comme pour les travailleurs, en alignant les taux de cotisation de sécurité sociale de cette catégorie sur ceux des salariés et en adaptant les règles relatives à la

protection de l'emploi. Mais l'objectif peut-être le plus important est de rapprocher le niveau d'instruction et de qualification au Portugal de la moyenne de l'OCDE. Le déficit de qualifications professionnelles et scolaires pourrait être résorbé en allongeant la scolarité obligatoire, en élargissant les possibilités de formation pour les jeunes qui ont abandonné leurs études secondaires, en améliorant la qualité et le contrôle des programmes de formation et en abaissant le salaire minimum des jeunes travailleurs. Une action dans ce sens contribuerait à réduire le chômage non conjoncturel et, partant, à atténuer les pénuries de main-d'œuvre qualifiée et à créer une base plus stable pour une croissance non inflationniste.

*... et de la
réglementation
des marchés
de produits*

Le socle de la croissance future a été consolidé avec la réussite du programme de privatisation. Au total, une quarantaine d'entreprises publiques ont été privatisées au cours de la période 1990-96, pour un montant équivalent à près de 14 pour cent du PIB, et de nouveaux progrès ont été réalisés en 1997 dans la vente partielle de grands entreprises d'État dans le secteur de l'énergie. Le Portugal a été l'un des pays de l'OCDE les plus actifs dans le domaine des privatisations. La réforme réglementaire a avancé au même rythme que la privatisation : une commission réglementaire a été mise en place dans le domaine des télécommunications et l'autorité de tutelle du secteur de l'électricité est devenue opérationnelle. Le programme pour 1998 et 1999 réaffirme les quatre grands objectifs de la politique de privatisation du Portugal : renforcer la concurrence, élargir et approfondir les marchés de capitaux, réduire l'endettement public et maximiser le produit des privatisations. Compte tenu des opérations de privatisation prévues au cours des deux années à venir, la part de la production des entreprises publiques où l'État détient la majorité du capital tombera aux environs de 5 pour cent du PIB en 1999 contre

près de 20 pour cent en 1988. Le Portugal a ainsi réalisé des progrès substantiels dans la mise en place des conditions requises pour une concurrence libre et efficace sur les marchés de produits. Il reste à supprimer les distorsions du marché du logement. Mais les mesures de libéralisation prises dans le secteur du commerce de détail se sont révélées efficaces et, conjuguées au programme de privatisation, elles devraient offrir des perspectives de création d'emplois et de réduction des prix à la consommation dans le secteur abrité, qui reste la principale source de tensions inflationnistes.

***La politique
budgétaire
doit demeurer
restrictive***

Pour compléter l'adaptation à un régime de stabilité des prix il faut également maintenir la rigueur budgétaire. Selon les estimations, le déficit des administrations publiques en 1997 est revenu à 2.9 pour cent du PIB contre 4 pour cent en 1996 et 6.1 pour cent au début de la phase d'expansion économique en 1994. Pour la seconde année consécutive, le Portugal a été l'un des rares pays participant au MCE à observer la « règle d'or » du financement du budget, avec un déficit budgétaire inférieur à l'investissement public. De surcroît, grâce à l'apport de la plus grande partie du produit des privatisations, la réduction du déficit en 1997 a permis de maintenir la dette publique sur une trajectoire de baisse, le ratio dette/PIB revenant à 63.2 pour cent après avoir culminé à 66.5 pour cent en 1995. L'assainissement des finances publiques en 1996 et 1997 a bénéficié de la baisse des paiements d'intérêts et de l'accroissement des recettes provenant de la fiscalité directe et des cotisations sociales, du fait en partie d'une diminution de la fraude sur les impôts et les cotisations et d'une amélioration du recouvrement. A en juger par l'augmentation de l'excédent primaire, qui a atteint un niveau estimé à 1.6 pour cent du PIB en 1997 contre 0.1 pour cent en 1994, la politique budgétaire est devenue plus restrictive au cours de la reprise. La

modification implicite du dosage des politiques monétaire et budgétaire, dans un cadre globalement restrictif, s'est avérée très opportune dans la mesure où elle a tendu à réduire le rôle dévolu à la politique monétaire dans la stabilisation à un moment où la croissance de la production s'est accélérée. La préparation du Portugal à l'entrée dans l'UEM, qui implique, ainsi qu'on l'a noté, un ajustement aux taux d'intérêt en vigueur dans l'ensemble de l'UEM, exigera la poursuite de ce processus de rééquilibrage.

Le nouveau programme de convergence devrait contribuer à soutenir le processus d'assainissement, mais il s'avère très graduel...

Conformément aux engagements internationaux pris par le Portugal dans le cadre du Pacte de stabilité et de croissance, qui, sauf circonstances particulières, exige que le déficit des administrations publiques se maintienne en permanence au-dessous de 3 pour cent du PIB, le Programme de convergence de trois ans de mars 1997 prévoit que le besoin de financement des administrations publiques sera ramené à 2.5 pour cent en 1998, à 2 pour cent en 1999 et à 1.5 pour cent en 2000. Le Programme table sur une croissance forte de la production, le PIB réel devant augmenter à un rythme annuel de 3.3 pour cent au cours des trois années s'achevant en 2000. Les dépenses courantes diminueront en proportion du PIB, mais cette amélioration escomptée provient essentiellement d'une baisse des paiements d'intérêts, la réduction prévue des dépenses courantes primaires en pourcentage du PIB étant faible (baisse cumulée de 0.6 pour cent du PIB au cours des trois années s'achevant en 2000, contre une baisse de 0.9 pour cent pour les paiements d'intérêts). Le rythme prévu de l'assainissement budgétaire est donc très graduel; étant donné que l'activité économique se rapprochera de son taux potentiel, il se traduit par un objectif assez peu ambitieux en ce qui concerne le solde budgétaire structurel.

***... et la rigueur
budgétaire
doit s'appuyer
davantage sur
une compression
des dépenses
primaires***

L'assainissement budgétaire a été continu et substantiel depuis 1993, mais les recettes courantes sont passées de 37.4 pour cent du PIB en 1994 à un niveau estimé à 40.9 pour cent en 1997. Le Portugal a accusé la plus forte hausse du ratio recettes courantes/PIB dans la zone de l'OCDE au cours de cette période de trois ans. Il est satisfaisant de constater que l'accroissement des recettes a résulté d'une extension de l'assiette fiscale et d'un recouvrement plus efficace, et non d'un relèvement des taux d'imposition. Cependant, il est plus urgent que jamais de mettre en œuvre une réforme fiscale destinée à accroître l'équité et l'efficacité du système d'imposition. Du reste, la plus grande partie de ces gains de recettes ont été absorbés par une augmentation des paiements de transferts et de la consommation publique, de sorte que les dépenses courantes primaires ont atteint un niveau estimé à 36.1 pour cent du PIB en 1997, contre 34 pour cent en 1994. Aucun autre pays de l'UE n'a enregistré une hausse aussi forte de ses dépenses primaires. L'extension des programmes sociaux, l'insuffisance du contrôle des dépenses dans certains domaines et d'autres facteurs d'inefficacité se sont conjugués pour accroître les paiements de transferts et les coûts d'administration en proportion du PIB. Tandis que les parts respectives des recettes et des dépenses courantes primaires dans le PIB sont encore inférieures aux moyennes de l'UE, l'ampleur de la hausse des impôts et des dépenses est préoccupante, d'autant que la nécessité de maîtriser les dépenses courantes primaires deviendra particulièrement urgente en raison du vieillissement démographique, qui risque de peser sur les dépenses de retraite et de santé. Étant donné les fortes poussées qui s'exercent sur certains postes de dépenses primaires, la compression des dépenses globales exige des mesures discrétionnaires énergiques visant à améliorer l'efficacité et à réduire l'importance des programmes publics dont le rapport coût-bénéfice est défavorable. Dans ce contexte, la mise en œuvre rapide des réformes

prévues par le Programme de convergence dans les domaines de la sécurité sociale et de la santé améliorerait le solde structurel et renforcerait la viabilité budgétaire.

Les progrès dans le domaine de la santé ont été marqués, mais les paramètres sanitaires ne correspondent pas au niveau des dépenses

Les dépenses dans le secteur des soins de santé ont subi une poussée persistante où une composante privée relativement importante et en croissance rapide s'est conjuguée avec une vive hausse des dépenses publiques de santé qui ont atteint 5 pour cent du PIB en 1996. A 8.2 pour cent du PIB en 1996, les dépenses de santé totales ont dépassé la moyenne de l'UE. L'envolée des dépenses s'est accompagnée d'une amélioration considérable de l'état sanitaire : le taux de mortalité infantile a été réduit des quatre cinquièmes au cours des 20 dernières années et le nombre d'années de vie potentielle perdues pour les hommes a diminué de près de moitié. Mais tandis que ces progrès ont été plus marqués qu'ailleurs, en termes absolus les paramètres sanitaires du Portugal restent inférieurs à ceux de la plupart des autres pays. Le retard est particulièrement accusé en ce qui concerne les années de vie potentielle perdues pour les hommes, dont l'espérance de vie à 40 et 65 ans est l'une des plus faibles de la zone de l'OCDE. Les chiffres restent mauvais même si l'on exclut la mortalité due aux accidents automobiles, de loin la plus élevée de la zone de l'OCDE. De plus, l'état sanitaire varie considérablement selon les catégories de revenu et les régions ; les disparités régionales sont si prononcées qu'elles excèdent en général les différences d'un pays à l'autre au sein de l'UE. Et même les meilleures performances régionales au Portugal sont inférieures aux résultats de bon nombre de pays européens. Au total, si l'amélioration de la situation sanitaire a été remarquable, la plupart des autres pays qui consacrent des ressources comparables au secteur de la santé obtiennent de meilleurs résultats. Le secteur portugais de la santé se signale donc par son efficacité relativement faible.

... en partie parce qu'un système complexe de prestations privées et publiques engendre des coûts élevés, des inefficiences et des gaspillages de ressources

Construit sur trois piliers, le système de santé du Portugal est exceptionnellement complexe et conserve les traces des évolutions passées. Des sous-systèmes spéciaux pour certaines catégories professionnelles (qui couvrent un quart de la population) et des systèmes privés (qui en couvrent près d'un cinquième) coexistent avec le Service national de santé (SNS) qui s'adresse à tous les résidents et qui est financé sur les recettes fiscales générales. Tandis que le libre accès aux services de santé se traduit par des demandes excessives dans l'ensemble des économies de l'OCDE, au Portugal la complexité des régimes d'assurance superposés a également contribué à des distorsions dans la consommation de services médicaux. Les patients ont la possibilité de consulter plusieurs docteurs à la fois, ce qui multiplie inutilement les diagnostics et les prestations. La demande de services de santé privés a été favorisée par la déductibilité fiscale illimitée des dépenses de santé et par la déductibilité des primes d'assurance privée, qui sont d'ailleurs réduites puisque l'assuré peut compter sur le SNS pour les traitements plus onéreux. En outre, dans certains cas il est possible d'avoir accès aux soins privés avec couverture du SNS, qui rembourse notamment les médicaments prescrits dans le cadre d'un traitement privé (depuis 1995). Le chevauchement des secteurs public et privé est encouragé et facilité du côté de l'offre, car la plupart des médecins ont un régime d'emploi dual : la moitié environ des médecins SNS continuent de travailler simultanément dans le secteur privé et de nombreux praticiens indépendants rendent des services au SNS. Tandis que le système est à maints égards compétitif, des «rentes économiques» substantielles ont été réalisées par certains prestataires de soins sous la forme de tarifs relativement élevés. Les prix des services privés rendus par les généralistes, les spécialistes et les dentistes dépassaient de 30 pour cent la moyenne de l'UE en 1993, ce qui témoigne du niveau élevé des prix de référence fixés par l'Association médicale.

Le Service national de santé a souffert de graves inefficiences et doit corriger des inégalités...

Du fait en grande partie de ces structures de coûts et d'incitations, le SNS, acteur dominant sur le marché de la santé, a souffert de graves inefficiences et d'une mauvaise allocation des ressources. Les soins ambulatoires dans le secteur public sont insuffisamment développés parce que les médecins jugent la pratique privée plus lucrative. Le système de rémunération des médecins du secteur public est fondé sur la catégorie professionnelle et l'ancienneté et non sur l'effort de travail et les performances. Une prime est offerte aux docteurs qui travaillent exclusivement dans le secteur public, mais elle est coûteuse et n'assure pas un apport suffisant de praticiens : le nombre de consultations de médecins est faible par rapport à la moyenne de l'UE. Les prescriptions par consultation sont exceptionnellement élevées et les visites aux urgences des hôpitaux ponctionnent fortement les ressources hospitalières. Il existe des listes d'attente dans d'autres services hospitaliers, notamment les consultations externes de spécialistes et les opérations chirurgicales, pour lesquelles les délais d'attente peuvent atteindre un an ou davantage. La congestion des hôpitaux et l'insuffisance des ressources dans le secteur ambulatoire ont pour effet d'accentuer le report de la demande sur les prestataires privés chez les patients qui sont assurés et qui disposent de moyens financiers suffisants. Fondé en principe sur la couverture universelle et l'égalité de traitement pour tous, le système de santé portugais présente en pratique d'importants problèmes d'accès inéquitable et de mauvaise utilisation.

***... aggravées
par la faiblesse
de la contrainte
budgétaire
et par l'absence
d'autonomie
de gestion
et d'obligation
de rendre
des comptes***

La mauvaise allocation des ressources et l'inefficience ont été aggravées par l'insuffisance de la contrainte budgétaire : les crédits budgétaires sont fixés en fonction des résultats passés et les dépassements de coûts des hôpitaux sont couverts directement par le ministère de la Santé, sans que les administrations régionales de santé interviennent réellement. En conséquence, les ressources du secteur public tendent à se concentrer sur les hôpitaux, au détriment des centres de soins de santé primaires, ce qui accentue le déséquilibre entre les soins ambulatoires et les soins avec hospitalisation dans le secteur public. La faiblesse de la contrainte budgétaire voit ses effets aggravés par l'absence d'outils de gestion favorisant l'efficience. De même que les médecins, les directeurs et administrateurs des hôpitaux publics sont des fonctionnaires qui bénéficient de contrats à vie et touchent des salaires indépendants des performances hospitalières globales. L'établissement d'un lien entre efficience et rémunération se révèle difficile étant donné l'absence de fichiers médicaux systématiques et la faible proportion des dépenses calculées selon le système de diagnostics regroupés, basé sur une tarification par pathologie, ou d'autres mécanismes qui se prêtent à la mesure de la productivité. Les directeurs d'hôpitaux n'ont pas les instruments nécessaires pour assurer un accroissement justifié de l'effort de travail des médecins SNS. Enfin, jusqu'en 1996 il n'existait pas d'agence à vocation générale opérant comme un acheteur susceptible d'exercer une discipline concurrentielle sur les prestataires.

***Les efforts
de réforme vont
dans la bonne
direction,
et le processus
doit être
renforcé***

Dans le cadre du Pacte social stratégique, le gouvernement s'est engagé à mettre en place progressivement de nouveaux modèles organisationnels pour les centres de santé et les hôpitaux, et il a pris un certain nombre de mesures à caractère expérimental, notamment la création d'un groupe de suivi spécial et la mise sur pied d'organismes d'achat. De nouvelles réformes devraient adapter le service de santé

aux besoins réels des utilisateurs, grâce au développement de nouvelles formes de financement et de gestion. Pour que cette action soit efficace, il faut définir une stratégie explicite en matière de santé, dans laquelle les priorités retenues se traduisent par des objectifs précis en termes de résultats et de gains sanitaires. Une Commission a été mise en place et des propositions sont soumises au gouvernement. Les réformes devraient dans l'ensemble être axées sur les domaines suivants :

- *Pour assurer un meilleur contrôle budgétaire global et améliorer l'intégration du système de santé à tous les niveaux*, le système d'allocation des ressources doit être réorganisé, le financement passif des prestataires de soins faisant place à un réseau d'acheteurs actifs qui ont intérêt à grouper les achats de soins de santé auprès de fournisseurs disparates. A cet effet, les administrations régionales de santé devraient être libres de passer des contrats avec les hôpitaux et centres de santé individuels. Cela permettrait d'instaurer une certaine concurrence entre les hôpitaux et les prestataires de services de santé en général.
- *Afin d'inciter la direction à fournir des services plus efficaces par rapport à leurs coûts*, il convient que les administrateurs de tous les établissements de santé (hôpitaux et centres de soins primaires) soient entièrement responsables de leurs résultats. Cela implique une plus large diffusion des systèmes de rémunération en fonction des thérapies, qui devraient reposer sur des critères d'évaluation objectifs (système de diagnostics regroupés) et d'autres indicateurs de productivité et de résultats.
- *Pour réduire les coûts des services médicaux*, il est nécessaire de fonder la rémunération des médecins SNS sur le mérite et non sur l'ancienneté, de manière à mieux maîtriser les coûts unitaires de main-d'œuvre. Il faudra en conséquence supprimer la fourchette des prix de référé-

rence pour les honoraires des praticiens privés ou du moins la modifier en fonction des niveaux de pouvoir d'achat au Portugal.

- *Afin d'abaisser les coûts pharmaceutiques*, il faudrait assouplir les restrictions à l'entrée applicables aux pharmacies, supprimer les marges fixes et déterminer le système de remboursement en fonction des formules et non plus des marques de médicaments, ce qui permettrait d'abaisser les dépenses en stimulant la prescription de médicaments génériques. La vente ou la distribution de certains médicaments devrait être autorisée dans les hôpitaux et les centres de santé. La vente de médicaments sans ordonnance devrait être autorisée dans des points de vente tels que les supermarchés.
- *Afin d'influencer le comportement des consommateurs*, il convient de majorer la participation des patients aux coûts (ticket modérateur). Parallèlement, des prix de référence et des lignes directrices devraient contribuer à réduire la demande superflue de produits pharmaceutiques. Le choix des citoyens devrait être mieux pris en compte dans le fonctionnement et la planification des services publics de santé.

***Les réformes
peuvent se révéler
inefficaces faute
d'une
différenciation
plus claire
des prestations
publiques
et privées***

Les réformes ci-dessus sont nécessaires pour améliorer l'équité, et accroître l'efficacité allocative et maîtriser les coûts, mais elles seront encore plus efficaces si elles s'accompagnent de changements systémiques destinés à améliorer l'interface entre la prestation publique et la prestation privée de soins de santé. A cet effet, il convient de réexaminer les conditions dans lesquelles certains segments de la population peuvent s'adresser à la fois au système privé et au système public, de manière à établir une ligne de démarcation claire entre les systèmes de santé public et privé. Plusieurs grandes options sont envisageables. L'une d'elles consisterait à se servir du secteur privé comme d'un

régime «complémentaire», ce qu'il est pour l'essentiel aujourd'hui, mais avec des primes d'assurance reflétant l'intégralité des coûts marginaux. Un tel dispositif serait plus équitable que le système actuel, mais il dérogerait toujours au critère d'universalité qui est l'objectif général de la politique de santé. Une autre option consisterait à offrir la possibilité de «sortir» du SNS, mais un tel régime serait susceptible d'entraîner une «sélection adverse» et un «écrémage» de la part des assureurs, à moins que le crédit d'impôt partiel accordé à ceux qui feront ce choix ne soit ajusté de façon qu'ils contribuent encore largement au régime universel. Une troisième solution consisterait en une approche adaptée à la complexité du cadre institutionnel actuel du Portugal. Le SNS continuerait d'assurer une couverture universelle pour une gamme complète de services de santé courants, mais pour un sous-groupe de prestations déterminé les consommateurs seraient tenus de choisir entre le SNS, un sous-système ou un autre régime d'assurance. Cette distinction permettrait de faire jouer la concurrence entre le SNS et les prestataires privés, d'éviter le chevauchement des régimes d'assurance et de définir les responsabilités financières des différents fournisseurs de soins. Par conséquent, les affiliés seraient libres de rester dans les sous-systèmes ou d'en sortir, mais ne conserveraient pas de privilèges spéciaux. Quelle que soit la voie choisie, la déductibilité fiscale des dépenses de santé, qui à l'heure actuelle réduit artificiellement les cotisations et accroît la demande de soins des titulaires de revenus élevés, devrait être remise en question. Les cartes d'utilisateur récemment introduites, qui contiennent des renseignements sur le patient et son affiliation, devraient être largement diffusées.

Résumé

Si l'on considère la situation économique dans son ensemble, les perspectives sont favorables. Le Portugal a atteint ses objectifs de convergence, le taux d'inflation et les taux d'intérêt à long terme étant redescendus au voisinage des niveaux observés dans les pays de l'UE les plus performants, tandis que le déficit budgétaire doit s'établir à un peu moins de 3 pour cent du PIB en 1997. Le Portugal s'apprête donc à devenir l'un des membres fondateurs de l'UEM. Les paramètres fondamentaux de l'économie ont de bonnes chances de s'améliorer à court terme, mais il ne sera sans doute pas aisé de confirmer ces progrès dans le moyen terme : à l'horizon 1999, l'économie tournera presque à plein régime, à un moment où la convergence intégrale des taux d'intérêt dans toute la zone de l'UEM donnera nécessairement à la politique budgétaire et aux politiques structurelles un plus grand rôle dans le maintien d'une croissance non inflationniste équilibrée. La prise de conscience de cette contrainte transparaît dans le nouveau Programme de convergence et dans le Pacte social stratégique conclu avec les partenaires sociaux. La mise en œuvre intégrale de ces deux programmes devrait répondre dans une certaine mesure aux impératifs à moyen terme de la politique budgétaire et de la politique du marché du travail. Mais étant donné que le ratio impôts/PIB s'est accru sensiblement ces trois dernières années, l'action discrétionnaire devra inévitablement se focaliser davantage sur les dépenses courantes primaires. Cela implique notamment des réformes fondamentales et difficiles des secteurs de la santé et de la sécurité sociale. Tandis que des progrès plus marqués ont été accomplis en ce qui concerne les politiques structurelles visant les marchés du travail et des produits, il faut désormais s'attacher en priorité à rapprocher le niveau de qualification et d'instruction du Portugal de la moyenne de l'OCDE. Les difficultés à surmonter sont de taille, mais elles ne sont pas plus importantes que celles rencontrées

durant la décennie écoulée, marquée par l'intégration portugaise dans l'UE. L'ampleur des progrès accomplis au cours de cette période témoigne de la capacité d'ajustement du Portugal.

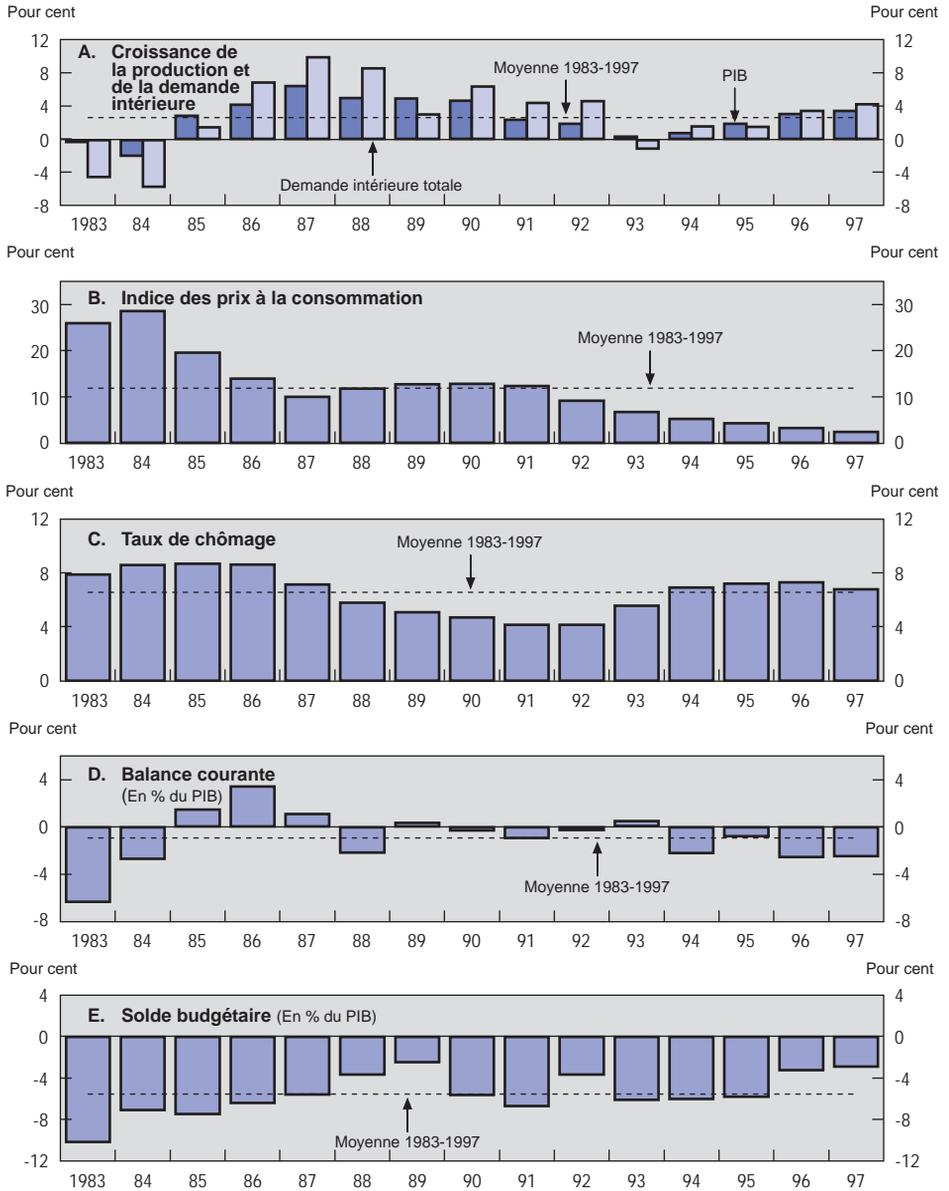
I. Évolution récente et perspectives

L'expansion se poursuit

L'expansion économique qui s'est amorcée en 1994 s'est encore affermie en 1997, toutes les composantes de la demande intérieure ayant réagi à la baisse des taux d'intérêt, au recul de l'inflation et au regain de confiance qui en a résulté (tableau 1). L'activité dans le secteur des travaux publics, stimulée par des investissements d'infrastructure, a été particulièrement soutenue. Pour l'ensemble de l'année, le taux de croissance de la production sera de 3.4 pour cent environ, contre 3.0 pour cent en 1996 (graphique 1). D'après les indicateurs coïncidents de la Banque du Portugal et de l'Institut national des statistiques (INE) (graphique 2), l'accélération de la production en 1996 et 1997 a été stimulée principalement par la croissance de l'investissement fixe. La progression de la consommation privée, qui avait commencé à se redresser à la fin de 1995, s'est accélérée de façon plus marquée au second semestre de 1996. Quant aux taux d'utilisation dans l'industrie (graphique 3, partie A) et aux tendances de la production dans le secteur manufacturier (partie B), ils confirment l'image d'une croissance vigoureuse et soutenue.

Stimulée par des perspectives d'évolution plus favorables de la demande et par une amélioration de la rentabilité, la formation brute de capital fixe a progressé d'environ 10 pour cent d'une année sur l'autre, l'activité dans le secteur des travaux publics augmentant quant à elle de plus de 12 pour cent. La consommation privée s'est aussi accélérée, avec une augmentation estimée à 2.6 pour cent en 1997, le revenu disponible réel s'étant accru à mesure que les transferts s'accroissaient, que l'inflation baissait et que la croissance de l'emploi s'accélérait. Sur le plan extérieur, l'incidence négative du solde extérieur sur la croissance du PIB s'est accentuée, la croissance des importations ayant marqué une

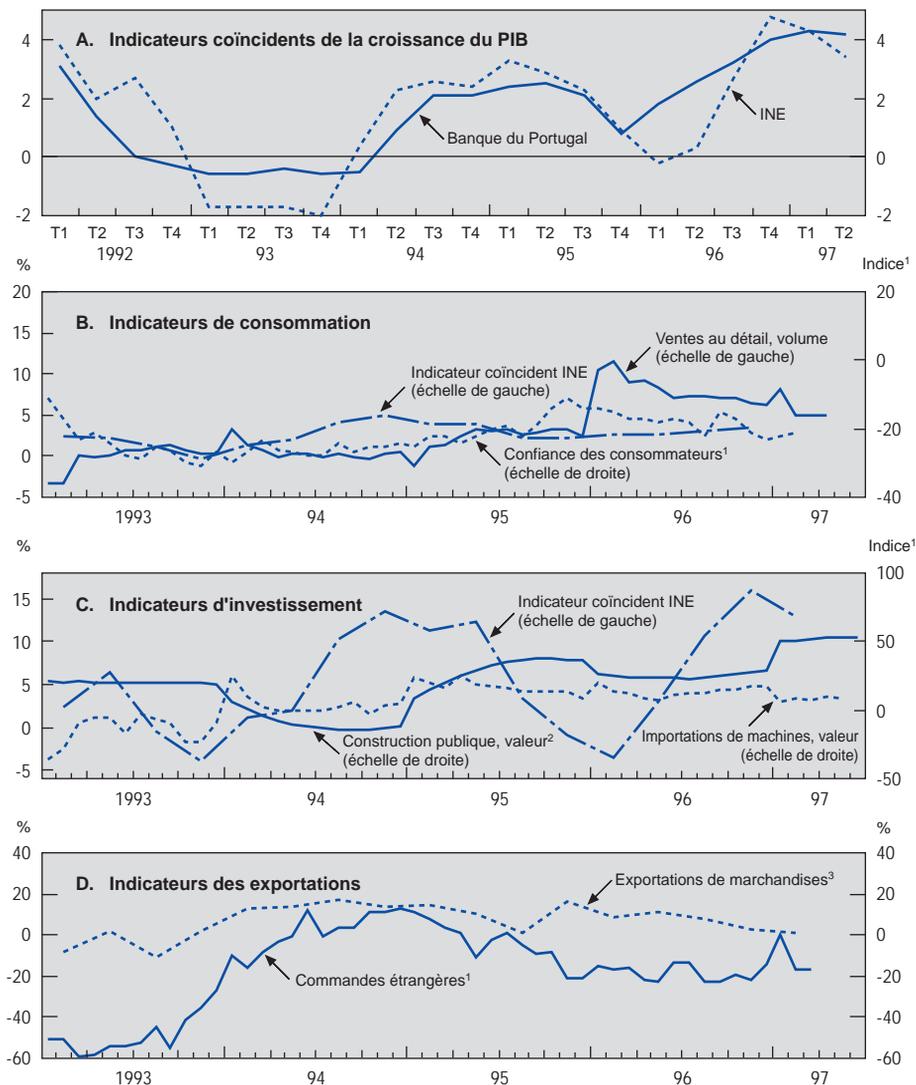
Graphique 1. RÉSULTATS MACROÉCONOMIQUES¹



1. Les chiffres pour 1997 sont des estimations.
Source : OCDE.

Graphique 2. INDICATEURS DE LA DEMANDE

Pourcentage de variation sur douze mois



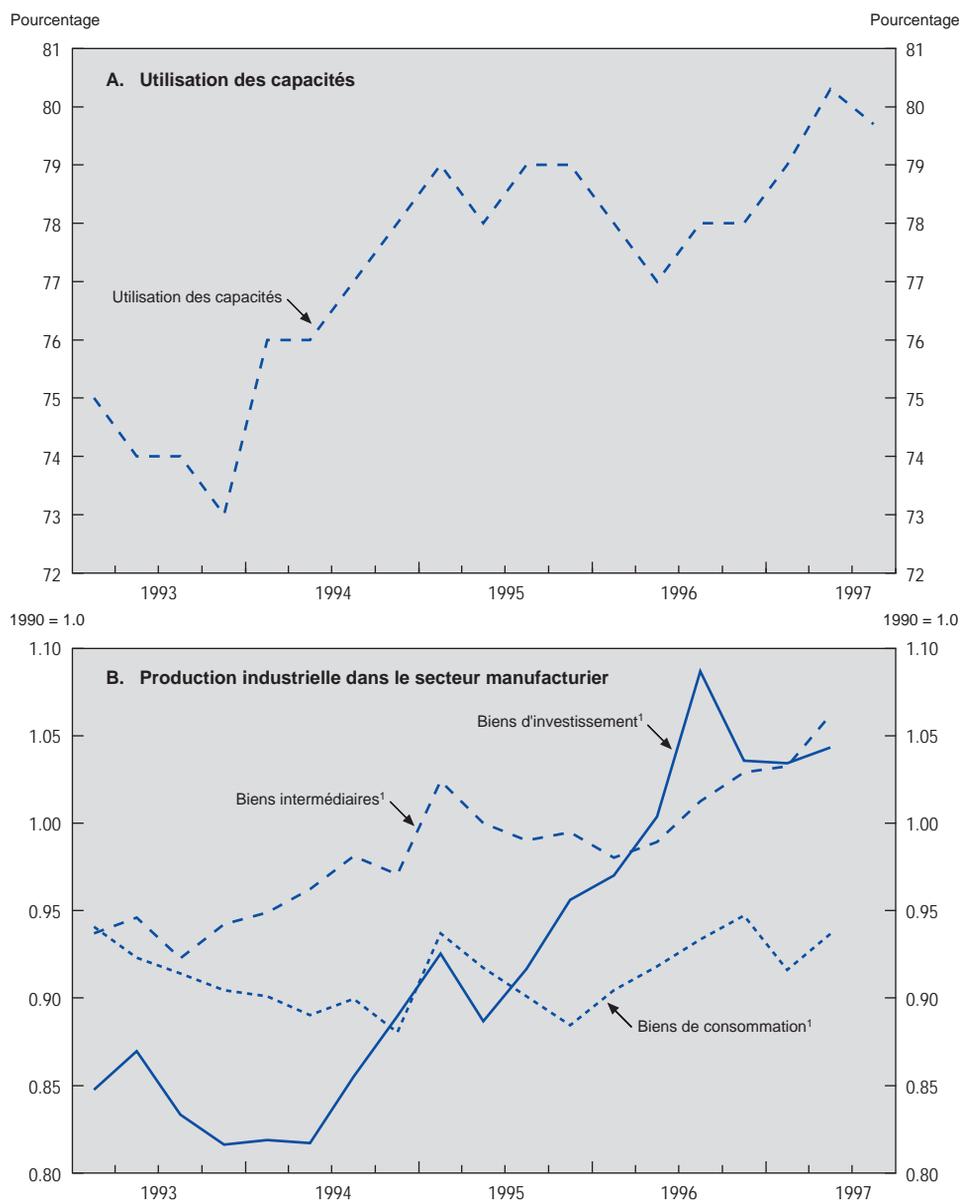
1. Solde des opinions positives et négatives.

2. Édifices achevés.

3. En volume.

Source : Ministério das Finanças ; INE ; Banco de Portugal.

Graphique 3. INDICATEURS DE L'ACTIVITÉ



1. Moyenne mobile sur trois mois.

Source : Ministério das Finanças ; OCDE, *Principaux indicateurs économiques*.

Tableau 1. **Évolution récente et perspectives à court terme**

Pourcentage de variation

	1995	1996 ¹	1997 ¹	1998 ²	1999 ²
Consommation intérieure privée	1.0	2.2	2.6	2.8	2.8
Consommation publique	2.4	1.6	1.8	1.9	2.0
Formation brute de capital fixe	3.6	7.8	9.0	7.5	6.0
Entreprises	2.3	7.3	8.1	9.7	7.6
Administrations publiques	10.8	7.9	13.3	-2.6	-2.6
Demande intérieure finale	1.9	3.5	4.1	3.9	3.6
Formation de stocks ³	-0.4	-0.0	0.0	0.0	0.0
Demande intérieure totale	1.5	3.4	4.2	4.0	3.6
Solde extérieur ³	0.2	-0.8	-1.3	-0.8	-0.9
Exportations de biens et services	12.1	7.7	8.3	9.7	9.3
Importations de biens et services	8.8	7.5	8.7	9.0	8.7
Produit intérieur brut (prix du marché)	1.9	3.0	3.4	3.7	3.2
Taux d'épargne des ménages ⁴	12.2	10.9	10.8	10.6	10.5
Déflateur de la consommation privée	4.2	3.2	2.3	2.2	2.1
	5.1	3.3	3.0	2.9	2.8
Balance courante, en pourcentage du PIB	-0.7	-2.5	-2.4	-2.5	-2.8

1. Estimation.
2. Prévisions de l'OCDE.
3. En pourcentage du PIB de l'année précédente.
4. Niveau, en pourcentage du revenu disponibles des ménages.
Source : OCDE.

accélération plus prononcée que celle des exportations sous l'effet de la reprise dans les autres pays de l'Union européenne.

Le chômage commence à baisser

L'emploi a progressé rapidement avec l'accélération de l'activité économique, augmentant de 1.7 pour cent au cours des trois premiers trimestres de 1997, après un accroissement de 0.6 pour cent en 1996 (tableau 2). Des facteurs sectoriels continuent de jouer un rôle important sur le marché du travail. Si les gains d'emploi ont été notables dans l'agriculture et la construction, secteur qui a bénéficié d'investissements dans de grands projets d'infrastructure et de logement, l'emploi a continué de se contracter dans les textiles et l'habillement, branches qui ont été les plus touchées par la concurrence des pays non membres

Tableau 2. **Indicateurs du marché du travail**

	En pourcentage							
	1990	1991 ¹	1992	1993	1994	1995	1996	1997 ²
Taux d'activité ³	71.6	73.8	68.4	67.8	67.5	67.2	67.5	68.5
Hommes	84.3	96.1	78.7	77.2	76.4	75.4	75.5	76.4
Femmes	59.7	62.3	58.9	59.0	59.3	59.4	59.9	61.0
Population active	1.8	2.4	n.a.	-0.6	1.3	-0.2	0.7	1.1
Hommes	1.1	0.9	n.a.	-1.5	0.9	-0.4	0.4	0.8
Femmes	2.9	4.3	n.a.	0.5	1.8	0.0	0.9	1.5
Emploi (taux de croissance)	2.2	3.0	0.9	-2.0	-0.1	-0.6	0.6	1.7
Hommes	1.4	1.4	0.3	-2.3	-0.5	-0.9	0.5	1.3
Femmes	3.5	5.1	1.8	-0.2	0.4	-0.3	0.7	2.1
Emploi salarié (taux de croissance)	3.0	1.4	0.9	-2.8	-2.0	-1.0	-0.4	1.4
Temps plein	94.1	93.0	93.0	92.8	92.4	92.5	91.2	90.1
Temps partiel	5.9	7.0	7.0	7.2	7.6	7.5	8.8	9.9
Agriculture (taux de croissance)	-4.1	0.5	-2.3	-1.6	1.6	-2.6	8.5	11.6
Industrie (taux de croissance)	0.9	0.3	-0.2	-2.7	-0.4	-2.1	-2.1	1.9
Services (taux de croissance)	6.0	5.9	2.3	-1.6	-0.2	0.7	0.6	-0.6
Taux de chômage ⁴	4.7	4.1	4.1	5.5	6.9	7.2	7.3	6.9
Hommes	3.2	2.8	3.5	4.7	6.0	6.4	6.5	6.1
Femmes	6.6	5.8	4.9	6.5	7.8	8.0	8.2	7.7
Jeunes (15-24 ans)	10.0	9.1	10.0	12.7	14.7	16.1	16.7	14.9
Chômage de longue durée ⁵	33.9	30.1	25.9	29.3	34.2	39.3	42.0	44.3
Offres d'emploi ⁶	0.20	0.18	0.26	0.24	0.24	0.26	0.29	0.22

Note : Les données relatives à l'emploi sont tirées des enquêtes trimestrielles sur la population active.

1. L'échantillon utilisé jusqu'en 1991 représente toutes les personnes de 12 ans ou plus. Depuis 1992, il représente les personnes de 14 ans ou plus.
2. Moyenne des trois premiers trimestres.
3. En pourcentage de la population d'âge actif.
4. En pourcentage de la population active du groupe ou groupe d'âge. Nouvelle définition du chômage conforme aux recommandations internationales depuis 1992.
5. En pourcentage du chômage total ; plus de 12 mois.
6. En pourcentage de la population active.

Source : INE ; *Statistiques de la population active* ; Ministério para a Qualificação e o Emprego.

de l'Union européenne. L'emploi salarié et le travail indépendant ont tous deux augmenté, l'emploi à temps partiel progressant davantage que l'emploi à temps plein. Ces évolutions étaient à prévoir, dans le contexte d'une reprise qui est entrée dans sa quatrième année. Néanmoins, en raison notamment d'une forte augmentation des taux d'activité, le chômage n'a pas baissé avant le deuxième trimestre de 1997. Le taux de chômage serait proche de 6.8 pour cent en 1997,

chiffre le plus bas enregistré depuis 1993, mais néanmoins encore supérieur au taux structurel estimé. Le taux de chômage des jeunes a baissé de façon particulièrement rapide, de 2 points selon les estimations en 1997, tandis que la part du chômage de longue durée dans le chômage total a continué d'augmenter jusqu'au deuxième trimestre, pour baisser ensuite. La croissance des salaires réels s'est encore ralentie.

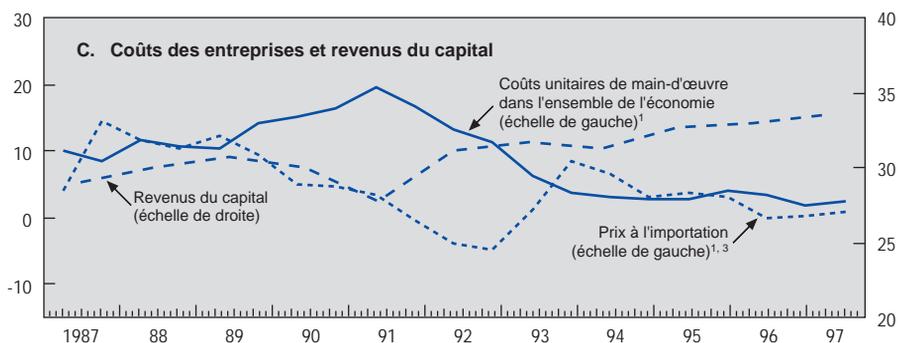
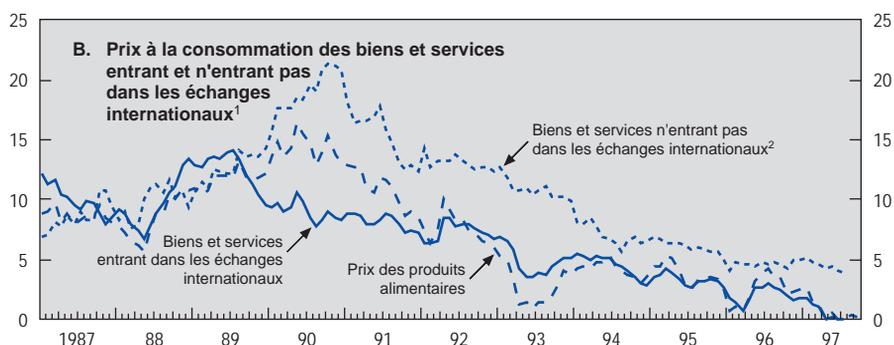
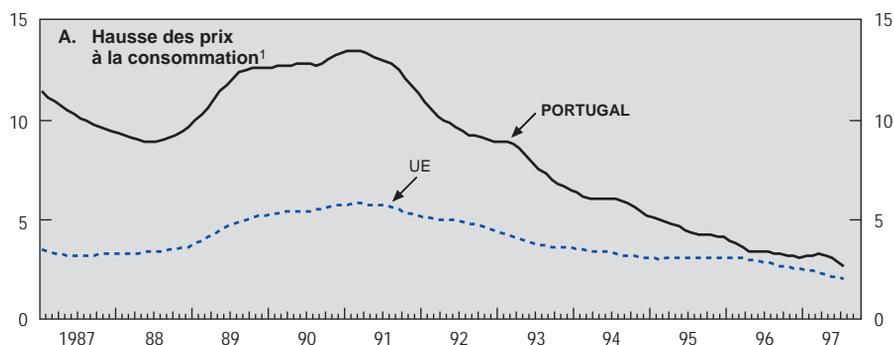
La convergence de l'inflation est assurée

Il est probable que la hausse des prix à la consommation, mesurée par l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors loyers, est tombée à un peu plus de 2 pour cent en 1997, contre 3.2 pour cent en 1996 (graphique 4, partie A). Ce sera la septième année consécutive de baisse de l'inflation et la sixième année où le taux enregistré se sera situé dans la fourchette fixée par les autorités (2.25 à 2.50 pour cent pour 1997), s'approchant de la moyenne de l'Union européenne, si bien que le processus de convergence est achevé. En 1997, l'évolution de l'indice des prix à la consommation a été très tributaire de celle des prix alimentaires (graphique 4, partie B). La hausse des prix des biens faisant l'objet d'échanges internationaux est tombée à moins de 1 pour cent en dépit d'une légère dépréciation de l'escudo en termes effectifs (attribuable pour l'essentiel à la montée du dollar des États-Unis). L'augmentation des prix des biens et services ne faisant pas l'objet d'échanges internationaux s'est aussi ralentie mais est restée relativement forte (près de 4 pour cent en 1997 selon les estimations).

Le recul de l'inflation a été facilité par la stabilité du taux de change et par la progression toujours modérée des coûts unitaires de main-d'œuvre (graphique 4, partie C), due à la fois à la modération salariale et à des gains de productivité importants. Le Pacte social de décembre 1996 fixait à 3.5 pour cent la valeur de référence de la croissance des salaires nominaux, avec une inflation de 2.5 pour cent et des gains de productivité de 2.2 pour cent. De fait, les chiffres définitifs pour 1997 seront sans doute proches de ces valeurs de référence. Les salaires contractuels ont augmenté de moins de 4 pour cent selon les estimations, soit de près d'un point de moins que l'année précédente, tandis que les gains de productivité sont estimés à 2.3 pour cent (tableau 3). Les gains moyens et le salaire minimum ont augmenté un peu plus vite, mais se sont néanmoins ralentis par

Graphique 4. ÉVOLUTION DE L'INFLATION

Pourcentage de variation



1. Variation sur douze mois.

2. Y compris les services et la construction.

3. Indice implicite des prix des importations de marchandises et services non facteurs.

Source : Banco de Portugal ; OCDE.

Tableau 3. Indicateurs de la hausse des salaires

	Pourcentage de variation					
	1992	1993	1994	1995	1996	1997 ¹
Revenu moyen ²	13.7	6.1	6.1	6.7	5.5	4.4
Salaires contractuels ³	10.9	7.9	5.1	5.0	4.7	3.6
Salaires minimum ⁴	11.0	6.5	4.0	5.5	5.0	3.9
Coûts unitaires de la main-d'œuvre ⁵	13.0	5.3	4.3	3.5	2.6	2.2
<i>Pour mémoire :</i>						
IPC	8.9	6.5	5.2	4.1	3.1	2.3
Revenu moyen réel	4.4	0.0	0.8	2.6	2.3	2.1
Productivité du travail	1.1	2.4	0.8	2.4	2.5	2.3

1. Estimation.

2. Non compris les administrations publiques et les services non marchands. Données tirées d'une enquête réalisée en avril et en octobre; les chiffres de 1995 représentent la hausse sur douze mois en avril.

3. Taux de salaires contractuels hors agriculture.

4. Salaire minimum applicable aux travailleurs de 18 ans et plus, hors agriculture.

5. Ensemble de l'économie.

Source : Ministério para a Qualificação e o Emprego.

rapport à 1996. De ce fait, les revenus nominaux et réels ont continué de converger vers les niveaux de l'Union européenne. Les bénéficiaires des entreprises ont aussi continué à augmenter, la part des revenus du capital ayant même dépassé les niveaux observés au dernier point haut du cycle économique.

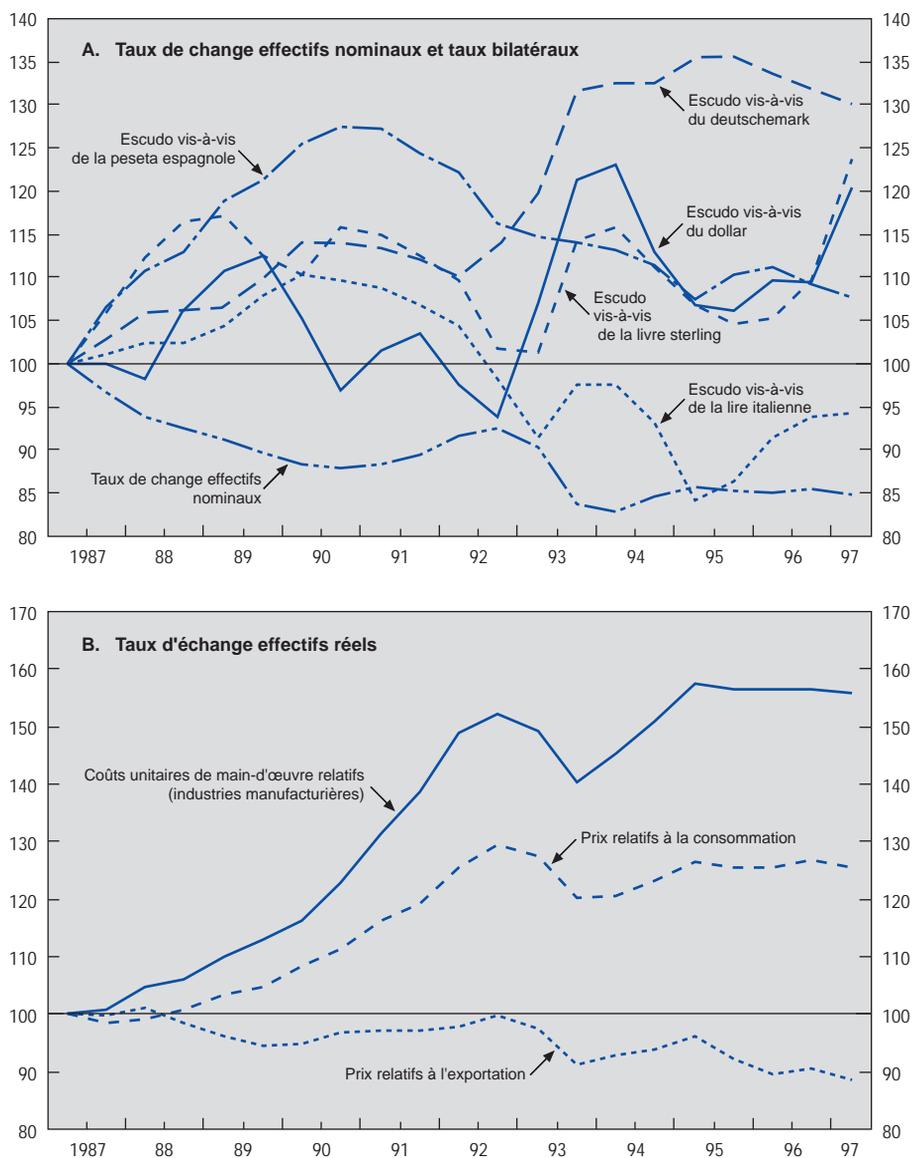
Le secteur extérieur

Taux de change

Le taux de change effectif nominal est resté pratiquement inchangé en 1996 (graphique 5, partie A) et a enregistré en 1997 une légère baisse tendancielle attribuable principalement à des mouvements vis-à-vis de monnaies qui ne font pas partie du SME, comme le dollar et la livre sterling. Si les coûts unitaires de main-d'œuvre relatifs dans les industries manufacturières ont baissé, les prix relatifs à la consommation sont restés pratiquement stationnaires (partie B). L'amélioration de la rentabilité que cela implique a été renforcée par une augmentation des taux d'utilisation des capacités (graphique 3, partie A). En outre, la rémunération horaire des travailleurs portugais est restée nettement inférieure à

Graphique 5. TAUX DE CHANGE NOMINAUX ET RÉELS

1987 = 100



Source : OCDE.

celle de leurs homologues des principaux partenaires commerciaux du Portugal, et le rendement du capital est donc resté élevé.

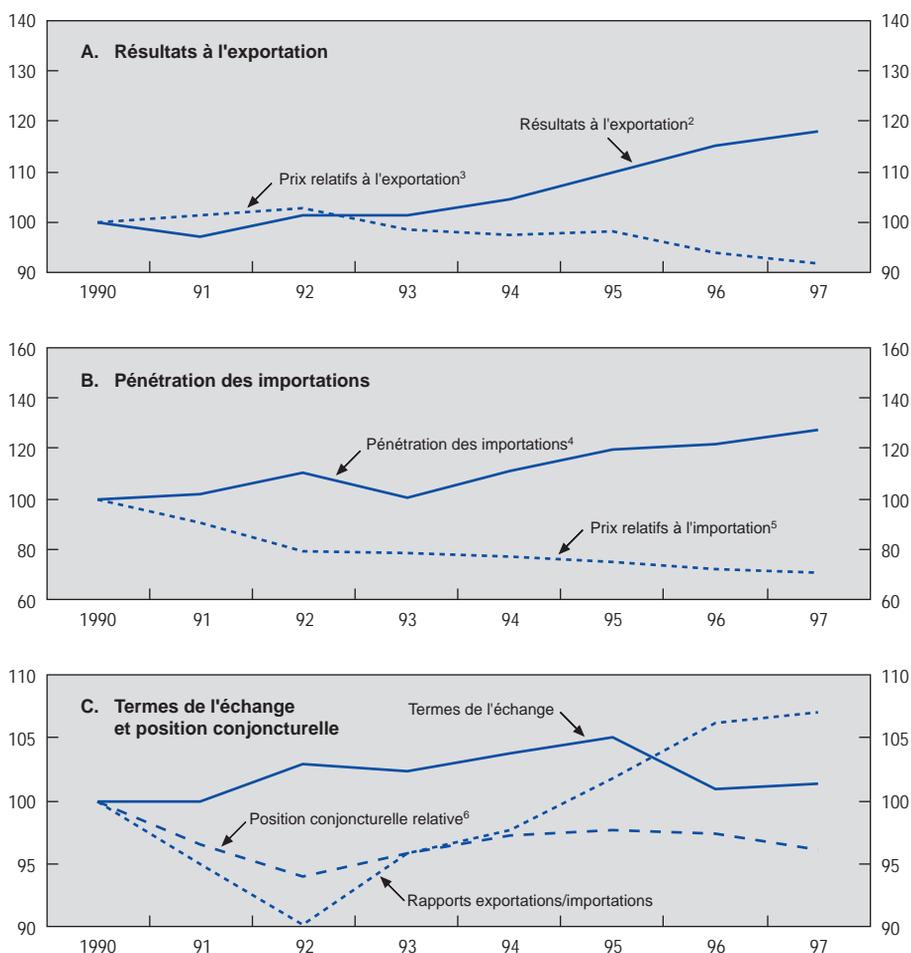
Balance commerciale et balance des opérations courantes

La croissance des exportations de marchandises en volume s'est accélérée en 1997 (atteignant 9 pour cent d'une année sur l'autre selon les estimations) sous l'effet d'un nouveau raffermissement de l'activité sur les marchés d'exportation européens. Le Portugal a aussi continué d'accroître sa part de marché à l'exportation, soutenant le rythme de croissance des exportations. Cette évolution a été due à la fois à l'entrée en service de nouvelles capacités dans le secteur exportateur et à la baisse des prix relatifs à l'exportation en 1996 (graphique 6, partie A). Les importations de marchandises en volume se sont aussi accélérées, accusant une augmentation estimée à 10 pour cent en 1997 sous l'effet de l'accroissement de la demande intérieure, de biens d'équipement notamment, de sorte que la pénétration des importations s'est accentuée (partie B). Le contenu technologique croissant des biens d'équipement importés est de bon augure, car cela va vraisemblablement permettre d'accroître les performances des industries nationales en améliorant la productivité¹. Les termes de l'échange semblent être restés pratiquement inchangés en 1997, après une détérioration sensible en 1996 (partie C). Sous l'effet de ces divers facteurs, le déficit commercial a atteint environ 9.5 pour cent du PIB en 1997.

L'excédent traditionnel du compte des invisibles a diminué en 1996 (tableau 4) sous l'effet d'une réduction des recettes nettes au titre des voyages et du tourisme et d'une augmentation du déficit au titre des revenus d'investissement, due elle-même à un accroissement des paiements d'intérêts sur un volume plus important de titres de la dette publique détenus par des non-résidents. En 1997, en revanche, l'augmentation des recettes nettes au titre des transferts, qui auraient atteint 7 pour cent du PIB selon les estimations, a inversé cette tendance (graphique 7). Cela s'explique par un accroissement des transferts provenant de l'Union européenne et des envois de fonds des travailleurs émigrés. De ce fait, le déficit de la balance des opérations courantes (sur la base des transactions), après s'être creusé en 1996, est resté à peu près inchangé, à 2.4 pour cent du PIB.

Graphique 6. INDICATEURS DES ÉCHANGES DE MARCHANDISES¹

1990 = 100



1. Toutes marchandises.
2. Indice des exportations portugaises en volume divisé par l'indice des marchés d'exportation du Portugal en volume.
3. Indice des valeurs unitaires à l'exportation du Portugal divisé par l'indice des valeurs unitaires à l'exportation de ses partenaires commerciaux.
4. Indice des importations portugaises en volume divisé par l'indice de la demande intérieure totale portugaise.
5. Indice des valeurs unitaires à l'importation du Portugal divisé par l'indice implicite des prix de la demande intérieure totale.
6. Indice de la demande intérieure des pays de l'OCDE en volume divisé par l'indice de la demande intérieure portugaise en volume.

Source : OCDE.

Tableau 4. **Balance des opérations courantes**¹

Milliards d'escudos

	1994	1995	1996 ²	1997 ²
Balance commerciale	-1 336.6	-1 350.4	-1 483.0	-1 626.0
Importations (f.a.b.)	4 418.9	4 979.7	5 380.8	5 919.0
Exportations (f.a.b.)	3 082.3	3 629.4	3 897.8	4 293.0
Balance des invisibles	1 084.0	1 242.9	1 070.8	1 212.0
Services	238.9	268.2	221.1	223.0
Transports	-66.1	-28.8	-43.5	..
Voyages et tourisme	399.8	405.2	361.4	..
Autres services privés	-65.5	-78.4	-61.0	..
Services publics	-29.3	-29.9	-35.9	..
Revenus de facteurs	-51.5	-102.3	-203.5	-210.0
Revenus du travail	11.6	11.3	11.1	..
Revenus de placements	-33.8	-80.9	-178.2	..
Autres revenus	-29.3	-32.7	-36.3	..
Transferts	896.6	1 077.0	1 053.2	1 200.0
Publics	322.2	567.1	534.9	621.0
Privés	574.4	509.9	518.3	579.0
Balance des opérations courantes	-252.6	-107.5	-412.2	-415.0
En pourcentage du PIB	-1.8	-0.7	-2.5	-2.4

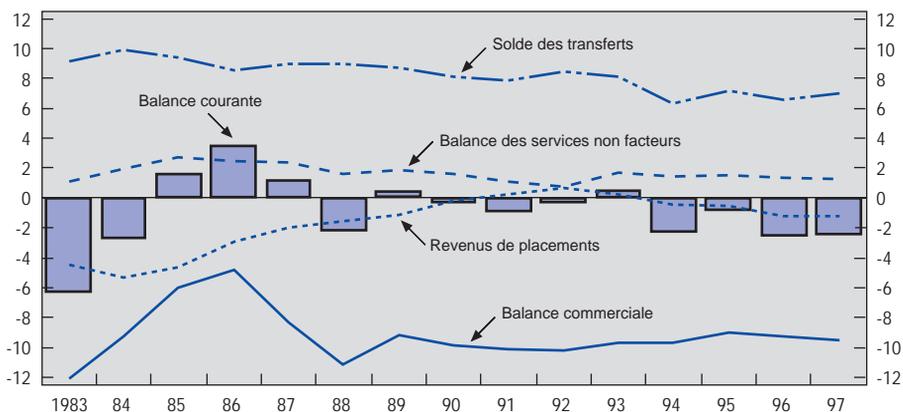
1. Sur la base des paiements.

2. Provisoire.

Source : Banco de Portugal.

Graphique 7. **BALANCE DES OPÉRATIONS COURANTES**¹

En pourcentage du PIB



1. Les données pour 1996 et 1997 sont des estimations.

Source : OCDE.

Opérations en capital

Le déficit au titre des flux de capitaux non monétaires a atteint 2.4 pour cent du PIB en 1996, contre 1 pour cent en 1995 (tableau 5). Comme des entrées nettes de capitaux ont été enregistrées simultanément par suite de la réduction des avoirs extérieurs à court terme des banques, les réserves de change ont légèrement augmenté. Les investissements portugais à l'étranger et les investissements étrangers au Portugal ont progressé rapidement. Les placements étrangers au Portugal ont été stimulés par les perspectives de plus-values, tandis que les placements portugais à l'étranger ont surtout été dus à des ajustements opérés à la suite de la libéralisation des marchés financiers. Pour la première fois depuis de nombreuses années, les investissements directs à l'étranger ont été supérieurs aux investissements directs de l'étranger. Ces évolutions se sont semble-t-il poursuivies en 1997.

Tableau 5. **Mouvements de capitaux**^{1, 2}

Milliards d'escudos

	1994	1995	1996 ³
Comptes financiers non monétaires	-188.6	-160.4	-380.3
(pourcentage du PIB)	1.2	1.0	2.4
Investissement direct, solde ⁴	161.2	0.9	-23.9
Investissement portugais à l'étranger	-47.0	-103.3	-118.9
Investissement étranger au Portugal, solde	208.2	104.2	95.0
Placements de portefeuille, solde	189.6	-99.2	-1.9
Investissement portugais à l'étranger, solde	-96.8	-406.7	-794.0
Investissement étranger au Portugal, solde	286.4	307.5	792.1
Crédits extérieurs, solde	-152.6	14.3	-142.3
Crédits accordés	-9.1	-47.7	-64.9
Crédits obtenus	-143.5	62.0	-77.4
Autres transactions, solde	-386.8	-76.3	-212.2
Variations de la position à court terme des banques⁶	222.4	703.2	1 233.4
Erreurs et omissions⁵	-90.7	-470.0	-361.5
Variation des réserves officielles⁶	309.5	34.7	-79.4

1. Les données pour 1994 ne peuvent pas être comparées avec celles des années précédentes dans la mesure où elles incluent les investissements de portefeuille dans les places financières internationales.

2. Données sur la base de paiements.

3. Données provisoires.

4. Y compris les investissements immobiliers.

5. Y compris les opérations non encore classées.

6. Le signe moins dénote une augmentation des réserves.

Source : Banco de Portugal.

Perspectives à court terme

Les prévisions de l'OCDE (tableau 1) s'appuient sur l'hypothèse que l'UEM entrera en vigueur comme prévu et que le Portugal en sera l'un des premiers membres. Par conséquent, l'écart de taux d'intérêt à court terme vis-à-vis de l'Allemagne, de 2 pour cent à la fin de 1997, aura disparu en 1999. L'activité économique se redressant dans la zone de l'UEM, la croissance des marchés d'exportation pourrait atteindre environ 8½ pour cent en 1998, contre 7½ pour cent cette année, ce qui constituerait un environnement extérieur relativement favorable.

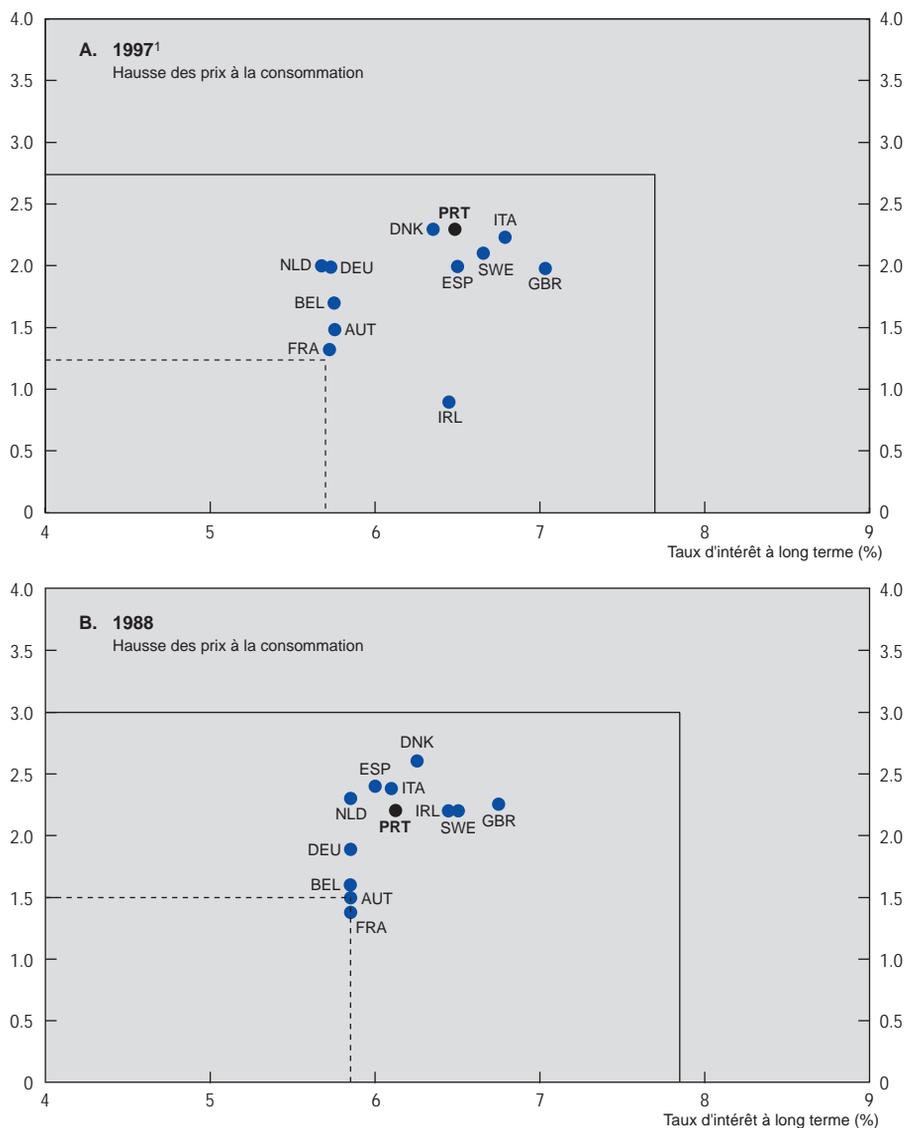
Les dernières enquêtes de conjoncture réalisées dans l'industrie et le commerce donnent à penser que l'expansion économique va se poursuivre. Un ralentissement des investissements publics semble probable avec l'achèvement d'un certain nombre de grands projets d'infrastructure, notamment ceux liés à l'Expo 98 de Lisbonne. Ce ralentissement devrait toutefois être contrebalancé par une accélération des exportations, de la consommation et des investissements en machines et outillages (tableau 1). La croissance de la consommation privée va probablement s'accroître avec le recul du chômage et la stabilisation de l'emploi, tandis que les investissements en machines et outillages devraient bénéficier d'une nouvelle réduction des taux d'intérêt. La croissance de la production semble donc devoir rester aux alentours de 3.5 pour cent en 1998, avant de se ralentir légèrement en 1999, année où les effets de la réduction des dépenses d'infrastructure se feront le plus sentir. A cette date, l'activité économique devrait être proche de son taux potentiel, le chômage revenant à un niveau voisin de son taux structurel. La modération des salaires nominaux et les gains de productivité devraient permettre de préserver la compétitivité des entreprises portugaises sur les marchés d'exportation, limitant ainsi l'augmentation du déficit de balance courante.

Les incertitudes qui entourent les prévisions concernent principalement les perspectives d'évolution des salaires et de l'inflation. Des pénuries de qualifications (notamment dans le secteur de la construction) et une progression plus soutenue de l'emploi pourraient entraîner une dérive des salaires et peser ainsi sur les coûts unitaires de main-d'œuvre et les bénéfices. Une autre incertitude tient aux effets de la baisse des taux d'intérêt, qui pourrait stimuler de façon plus prononcée la demande intérieure pendant la transition vers l'UEM.

II. Politique macroéconomique

Au cours des trois années écoulées, le Portugal a réussi à atteindre des objectifs ambitieux en matière de désinflation et d'assainissement des finances publiques. La crédibilité d'une stratégie monétaire fondée sur la stabilité du taux de change au sein du Mécanisme de change européen s'est affirmée en l'absence de perturbations sur les marchés des changes et se traduit par une forte réduction des écarts de rendement des obligations vis-à-vis de l'Allemagne. La stabilité du taux de change et la baisse des anticipations inflationnistes ont permis une réduction continue des taux d'intérêt officiels et une détente des conditions monétaires, tendance qui est susceptible de se prolonger pendant la période de mise en œuvre de l'Union économique et monétaire (UEM). Étant donné que le déficit budgétaire en 1997 est de nouveau inférieur à l'objectif fixé, le Portugal a de bonnes chances de satisfaire aux critères d'adhésion à l'UEM dès sa création (graphique 8). En accord avec les prescriptions du Pacte de stabilité et de croissance, le programme de convergence prévoit de ramener le déficit budgétaire des administrations publiques à 2.5 pour cent du PIB en 1998, puis à 2 pour cent en 1999. Tandis que la réalisation de ces objectifs budgétaires sera sans doute facilitée par de nouveaux progrès dans la lutte contre la fraude fiscale, les dépassements de dépenses publiques constituent un problème potentiel qui continue d'exiger des mesures de contrôle plus rigoureuses. Avec l'achèvement du processus d'intégration monétaire, les autorités devront s'appuyer de plus en plus sur l'orientation budgétaire pour assurer une croissance équilibrée et non inflationniste, et l'on peut se demander si le rythme plutôt lent de l'ajustement budgétaire prévu conviendra à une économie qui fonctionnera pratiquement à plein régime.

Graphique 8. CONVERGENCE DES TAUX D'INTÉRÊT ET DE L'INFLATION



1. Le trait plein représente la limite de Maastricht pour l'inflation et les taux d'intérêt. La limite de l'inflation se situe à 1.5 point au-dessus de la moyenne des trois pays ayant la plus faible inflation. La limite des taux d'intérêt à long terme est à 2 points au-dessus de la moyenne des trois pays ayant les meilleurs résultats.

Source : OCDE.

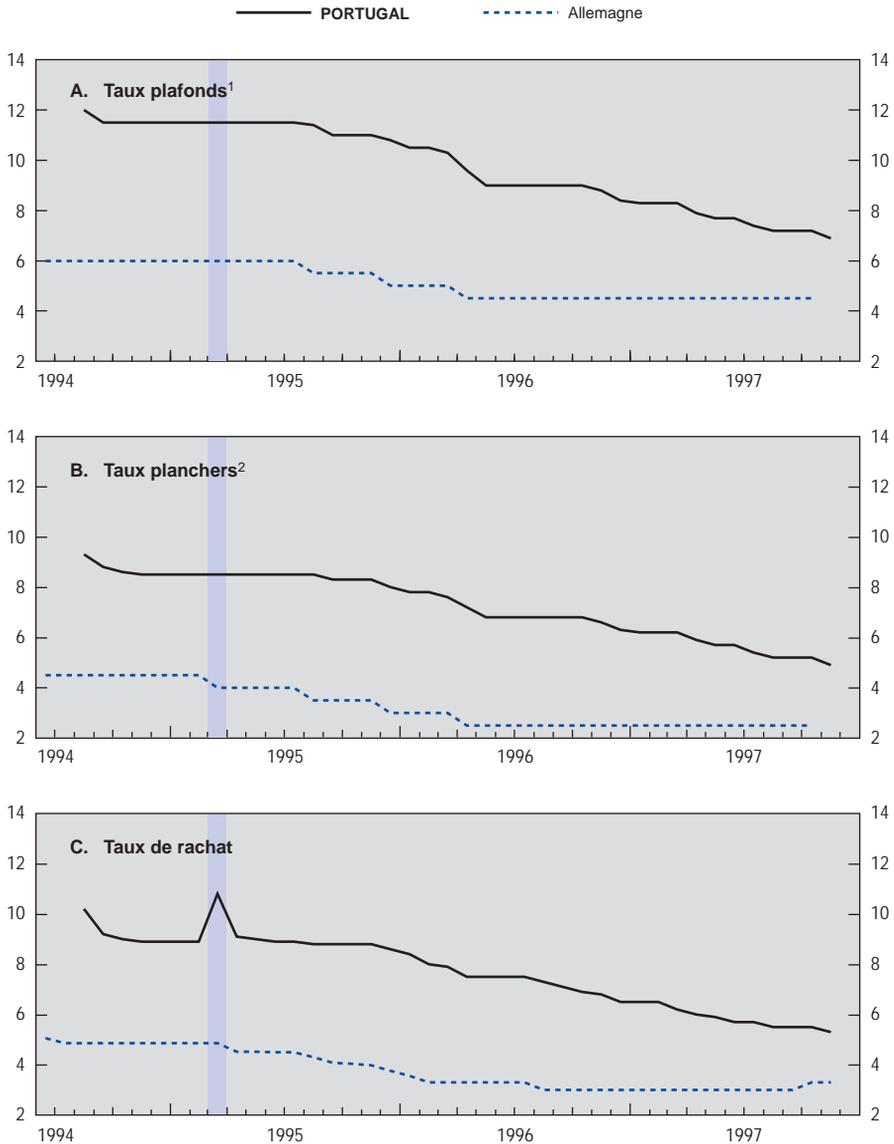
Politique monétaire et politique de change

Évolution des taux d'intérêt

La Banque du Portugal a maintenu une orientation monétaire prudente en 1996 et 1997. Les réductions des taux d'intérêt officiels ont souvent suivi les réductions opérées en Allemagne, et elles ont été initialement moins importantes. En novembre 1997, les taux officiels de prise en pension dépassaient encore les taux allemands équivalents de quelque 200 points de base (graphique 9), soit l'un des écarts à court terme les plus élevés d'Europe, bien supérieur à l'écart de taux d'intérêt à long terme qui était d'environ 40 points de base (tableau 6). Les taux d'intérêt à court terme ont été progressivement réduits à partir de l'été 1995, les tensions sur les changes au sein du SME s'étant dissipées après le réaligement monétaire de mars 1995 (graphique 9). Pendant deux ans, jusqu'à l'automne 1997, la Banque du Portugal a abaissé à plusieurs reprises les limites supérieure et inférieure de la fourchette de variation des taux d'intérêt officiels et du taux des prises en pension². Depuis l'automne de 1996, le taux des prises en pension s'est approché du taux plancher de la fourchette (taux d'absorption), signe de nouvelles baisses des taux d'intérêt officiels. Au total, la réduction cumulée depuis 1995 a été de 370 points de base pour le taux des prises en pension.

Les taux du marché ont continué de se détendre à l'exemple des taux officiels (graphique 10). Les échéances longues ont connu un repli plus prononcé, de sorte que la courbe des rendements s'est aplatie. Le Portugal ayant amélioré ses chances de figurer parmi les premiers membres de l'UEM, le rendement des obligations publiques à dix ans est tombé de 9 pour cent à la mi-1996 à 5.9 pour cent en novembre 1997 (graphique 11). Si l'on compare les variations des différents écarts de taux d'intérêt et d'inflation par rapport à l'Allemagne au cours de la phase de détente des taux d'intérêt (de la mi-1995 à novembre 1997) on observe des rythmes d'ajustement très variables. La convergence de loin la plus rapide au cours de cette période a été celle des taux longs, avec une réduction de l'écart de près de 90 pour cent (tableau 6, troisième colonne). L'écart vis-à-vis des taux allemands est tombé de 510 points de base à la mi-1996 à 40 points de base en novembre 1997, l'écart entre les taux d'intérêt à long terme reflétant exactement le différentiel d'inflation (graphique 12). Du milieu de 1995 à novembre 1997, seules l'Italie et l'Espagne ont bénéficié d'une

Graphique 9. TAUX D'INTÉRÊT ADMINISTRÉS



Note : La zone ombrée indique la dernière dévaluation de la monnaie (mars 1995).

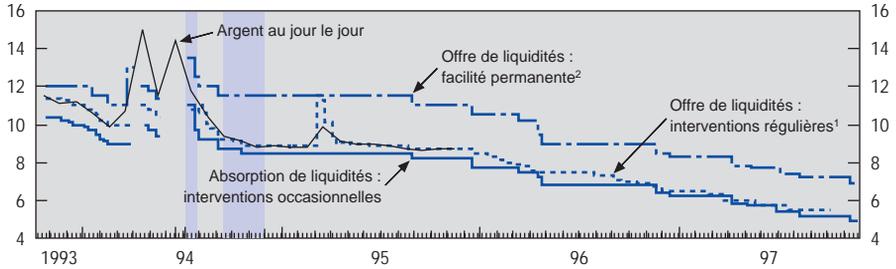
1. Portugal : Taux d'offre de liquidités. Allemagne : taux Lombard.

2. Portugal : Taux d'absorption de liquidités. Allemagne : taux d'escompte.

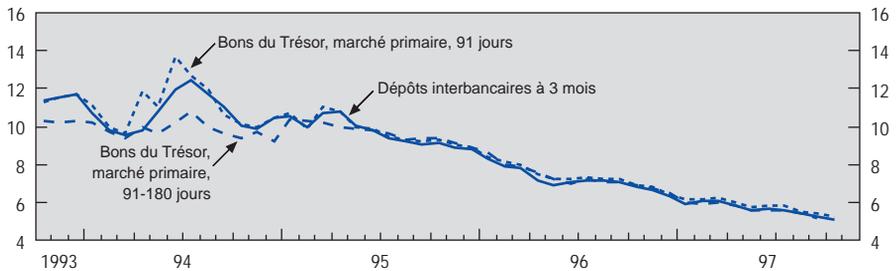
Source : OCDE.

Graphique 10. TAUX D'INTÉRÊT

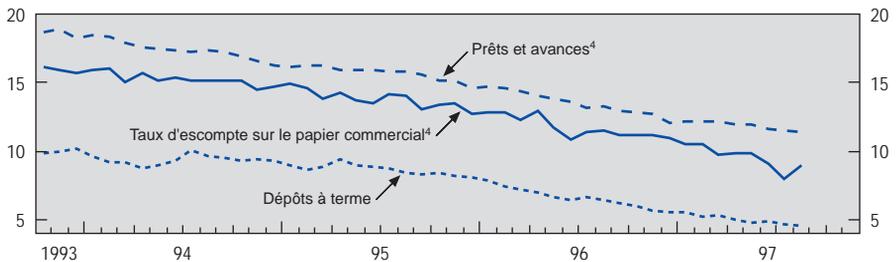
A. Taux directeurs



B. Taux interbancaires



C. Taux bancaires³

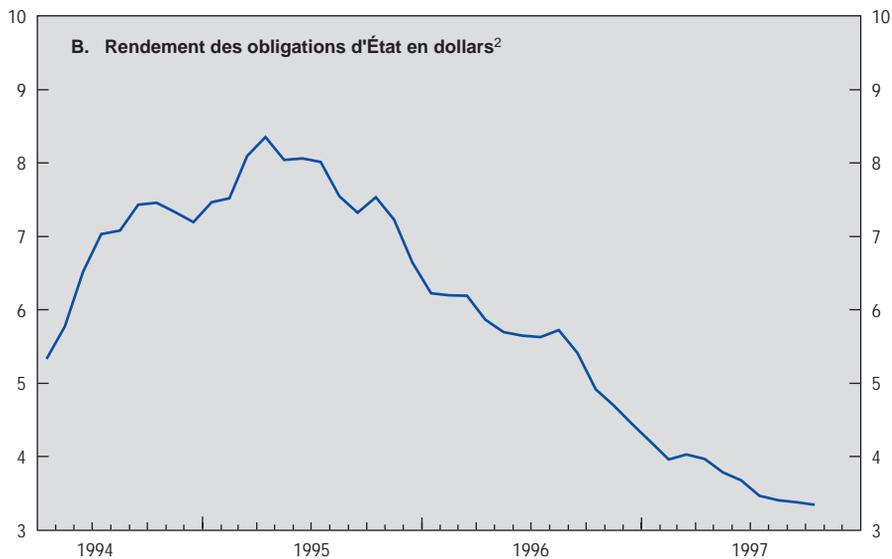
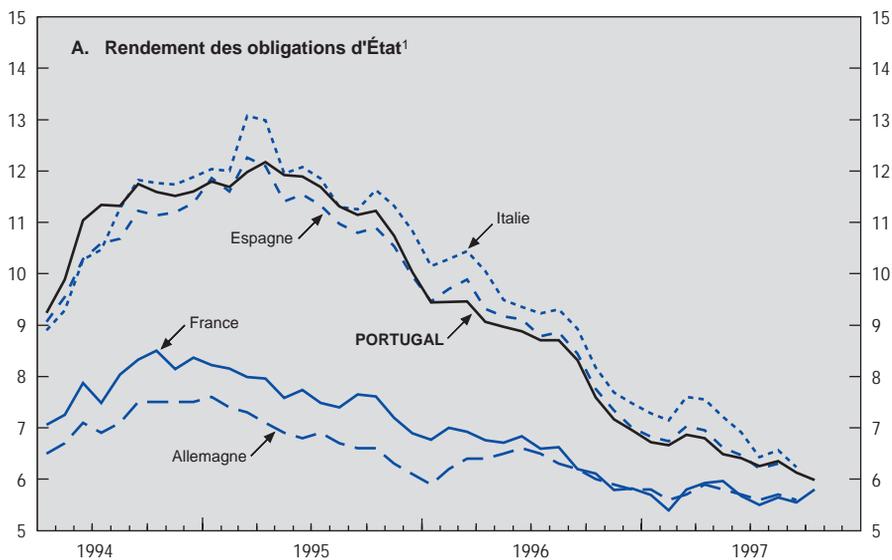


Les zones ombrées correspondent à la période de suspension des interventions de la Banque du Portugal.

1. Les opérations régulières d'injection de liquidités sont conclues le premier jour ouvrable de chaque période d'alimentation des réserves et arrivent à échéance le premier jour ouvrable de la période suivante. A partir de mai 1994, taux variable pour les prises en pension.
2. Facilité permanente, basé sur des opérations d'octroi de liquidité à un taux annoncé à l'avance arrivant à échéance le premier jour ouvrable suivant la transaction. L'utilisation de cette facilité est automatique.
3. 91-180 jours.
4. Entreprises privées non financières.

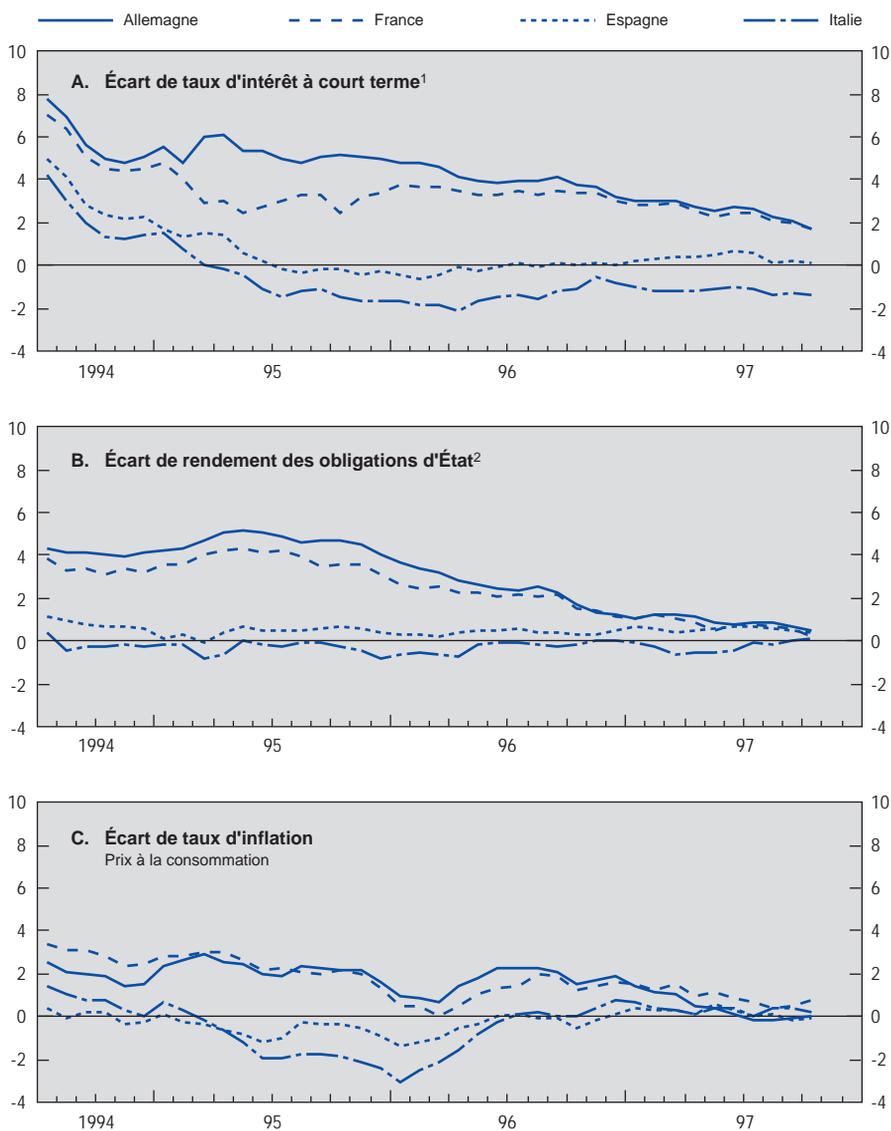
Source : Banco de Portugal.

Graphique 11. TAUX D'INTÉRÊT A LONG TERME



1. Obligations d'État à 10 ans.
2. Obligations d'État à 10 ans, 5³/₄ pour cent, 1993.
Source : OCDE.

Graphique 12. ÉCARTS DE TAUX D'INTÉRÊT ET DE TAUX D'INFLATION



1. Portugal : taux de marché interbancaire à 3 mois ; Allemagne : FIBOR à 3 mois ; Espagne : taux interbancaire à 3 mois ; France : PIBOR à 3 mois ; Italie : taux interbancaire à 3 mois.

2. Portugal et Espagne : obligations d'État à 10 ans ; Allemagne : obligations du secteur public à 7-15 ans ; France : obligations du secteur public à 10 ans ; Italie : bons du Trésor à taux fixe.

Source : OCDE.

Tableau 6. **Évolution des écarts de taux d'intérêt et d'inflation**¹

Points de pourcentage

	Mi-1995	Septembre 1997	Variation de l'écart
Taux d'escompte ²	4.5	2.9	-1.6
Taux de marché interbancaire à 3 mois	5.6	2.4	-3.2
Obligations d'État à 10 ans	5.1	0.4 ³	-4.7
Obligations d'État libellées en dollars des États-Unis	0.2	0.1	-0.1
Taux sur 12 mois de la hausse des prix à la consommation	2.3	-0.1	-2.7

1. Par rapport à l'Allemagne.

2. Portugal : taux d'absorption de liquidités.

3. Octobre 1997.

Source : OCDE.

baisse comparable de leur prime de risque, baisse qui démontre que les anticipations se sont presque entièrement ajustées à l'amélioration des résultats sur le front de l'inflation et du contrôle budgétaire.

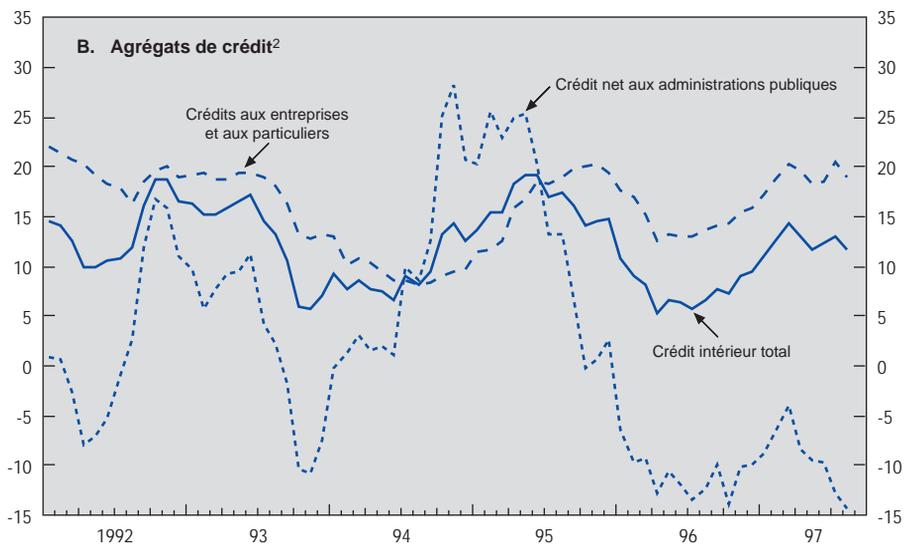
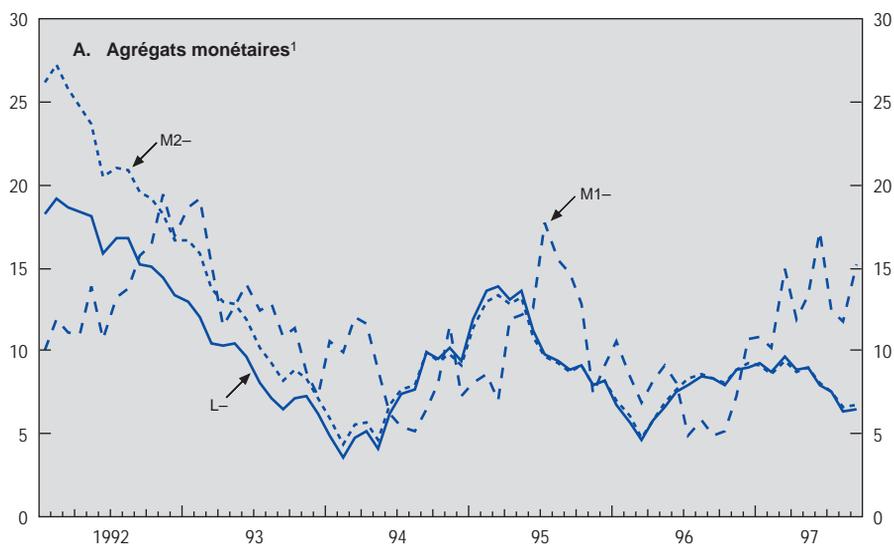
Les taux d'intérêt du marché à court terme ont aussi convergé, mais moins fortement que les taux longs, l'écart vis-à-vis de l'Allemagne ayant baissé de plus de moitié. Ce décalage entre les taux courts et les taux longs reflète l'orientation ferme de la politique monétaire portugaise, qui vise à maintenir la stabilité du taux de change nominal et à confirmer la décrue des anticipations inflationnistes. En l'occurrence, les conditions monétaires sont restées assez restrictives et les taux d'intérêt à court terme réels, en dépit d'une certaine détente, sont toujours élevés, à 3-3½ pour cent contre 1-1½ pour cent en Allemagne et en France.

Agrégats de la monnaie et du crédit

Après s'être ralentie jusqu'au printemps de 1996, l'expansion des agrégats monétaires s'est depuis lors ravivée, par suite de la vigueur croissante de l'activité économique et des restructurations de portefeuille liées à la baisse accusée des taux d'intérêt (graphique 13). M2 et l'agrégat plus large L (avoirs liquides du secteur non financier résident) se sont accélérés à un rythme similaire, leur taux de croissance annuel passant d'environ 6 pour cent en avril 1996 à plus de 9 pour cent en mars 1997. La progression des agrégats s'est modérée au deuxième trimestre de 1997. L'agrégat étroit M1 a été plus irrégulier au cours de la même

Graphique 13. AGRÉGATS DE MONNAIE ET DE CRÉDIT

Pourcentage de variation sur douze mois



1. En fin de mois.

2. Moyennes hebdomadaires.

Source : Banco de Portugal.

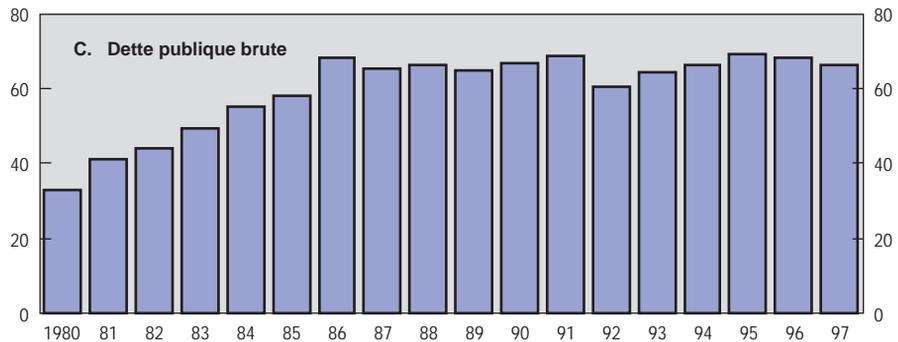
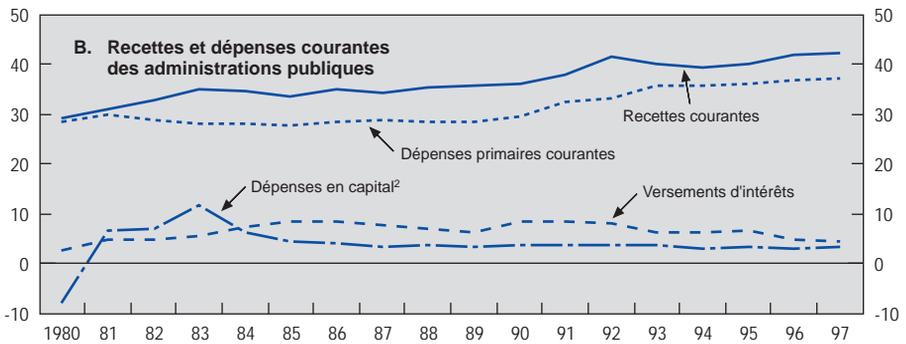
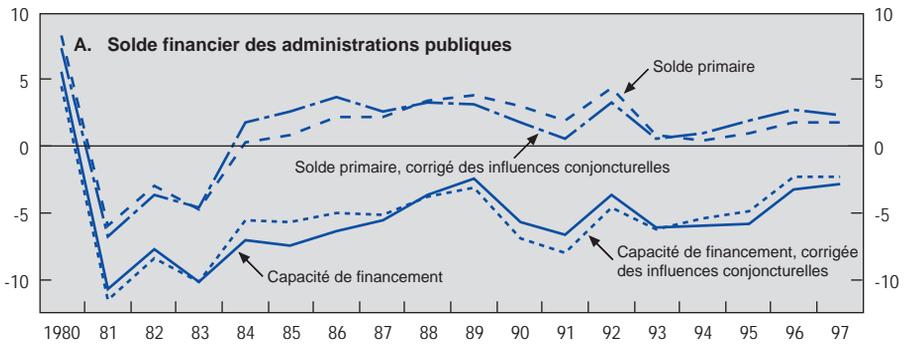
période : son taux d'expansion en rythme annuel est tombé à 5 pour cent au milieu de 1996, pour rebondir à plus de 17 pour cent en juin 1997.

Les fluctuations du crédit bancaire intérieur ont épousé celles des agrégats monétaires au sens large, l'accélération au cours des douze mois s'achevant en mars 1997 étant suivie d'un ralentissement. La baisse des taux du marché monétaire a été entièrement répercutée sur les taux débiteurs et créditeurs des banques commerciales, de sorte que les marges d'intermédiation des banques sont restées *grosso modo* inchangées. La rentabilité des banques s'est néanmoins améliorée, car l'activité d'intermédiation s'est développée tandis que le volume des créances improductives a été ramené à 4.1 pour cent du crédit total au secteur résident hors administrations publiques au milieu de 1997, contre 5.3 pour cent un an auparavant. Les composantes les plus dynamiques ont été le crédit aux entreprises (conséquence du raffermissement de l'activité économique) et le crédit au logement individuel (conséquence de la détente rapide des taux d'intérêt). Le crédit au logement représente près d'un quart de l'agrégat du crédit intérieur. En revanche, l'expansion des crédits à la consommation, qui en 1995 avait été alimentée par la déréglementation du crédit à la consommation et la suspension du droit de timbre, s'est quelque peu essoufflée en 1996 et au premier trimestre de 1997 : en glissement annuel elle est retombée de 44 pour cent en décembre 1995 à 25 pour cent en mars 1997.

Politique budgétaire

L'assainissement des finances publiques a encore progressé en 1996 et 1997. Le besoin de financement des administrations publiques est revenu à un montant estimé à 2.9 pour cent du PIB en 1997, contre 6.1 pour cent en 1993, année de récession durant laquelle le processus de stabilisation avait subi un revers inattendu (graphique 14). Pour la première fois depuis de nombreuses années, les résultats budgétaires pour 1996 et 1997 ont été conformes à la « règle d'or » de la comptabilité budgétaire, avec un déficit global inférieur aux dépenses d'investissement. La baisse des paiements d'intérêts et les gains de recettes structurels et cycliques ont été les principaux déterminants de la réduction du déficit entre 1993 et 1997 : les versements d'intérêts ont baissé d'un montant estimé à 1.7 pour cent du PIB, tandis que les recettes ont affiché une hausse estimée à 2.3 pour cent du PIB. Les économies réalisées au compte des dépenses de

Graphique 14. **INDICATEURS BUDGÉTAIRES**¹
En pourcentage du PIB



1. Les chiffres pour 1997 sont des estimations.

2. Somme de l'investissement fixe, du solde des transferts de capitaux et des autres opérations en capital.

Source : OCDE.

sécurité sociale et des dépenses sur biens et services n'ont pas été suffisantes pour compenser les transferts imprévus au titre des soins de santé et des pensions. Conjugués à l'alourdissement des coûts de main-d'œuvre dans le secteur public, ces dépassements de dépenses ont limité la réduction du déficit global au cours de la période 1993-97.

Évolution en 1996

En 1996, pour la troisième année consécutive, le besoin de financement net des administrations publiques a diminué plus rapidement que prévu. Le déficit des administrations publiques est tombé à 3.2 pour cent du PIB, soit 2.6 points de moins qu'en 1995 (tableau 7). Les principaux éléments de la contraction du déficit ont été les gains de recettes conjoncturels, le rendement substantiel de l'impôt lié à un meilleur recouvrement des impôts directs et la forte réduction des versements d'intérêts à la faveur de la convergence des taux d'intérêt (tableaux 8 et 9). Les rentrées d'impôts sur les revenus des personnes physiques et sur les

Tableau 7. **Comptes des administrations publiques¹**

En pourcentage du PIB

	1995	1996	1997 Estimation	1998 Budget
Recettes courantes	38.6	40.3	40.9	41.1
Impôts directs	9.4	10.1	10.6	10.7
Cotisation de sécurité sociale	11.4	11.7	11.9	11.8
Impôts indirects	14.1	14.6	14.2	14.3
Autres recettes publiques	3.8	3.9	4.2	4.3
Dépenses courantes	41.1	40.4	40.5	39.9
Consommation publique	17.8	18.3	18.4	18.6
Subventions	0.7	0.7	0.6	0.6
Paiements d'intérêt	6.5	4.9	4.5	3.7
Transferts	16.1	16.5	17.1	17.0
Balance courante	-2.4	-0.1	0.4	1.3
Recettes en capital	2.4	3.0	3.5	2.7
Dépenses en capital	5.7	6.2	6.8	6.6
Investissement brut	3.9	4.0	4.4	4.4
Transferts en capital	1.8	2.2	2.3	2.2
Déficit	5.8	3.2	2.9	2.5
Solde primaire	0.7	1.6	1.6	1.1

1. Dans l'optique des comptes nationaux.

Source : Ministério das Finanças.

Tableau 8. **Recettes fiscales de l'État¹**

	1995	1996 Budget	1996 Estimation	1997 Budget	1997 Estimation	1998 Budget	1996 Estimation	1997 Estimation	1998 Budget
	Milliards d'escudos						Pourcentage de variation		
Fiscalité directe	1 323.6	1 459.0	1 524.2	1 710.3	1 685.3	1 833.7	15.2	10.6	10.6
Impôt sur le revenu des personnes physiques (IRS)	919.8	997.4	1 022.6	1 106.6	1 084.6	1 139.9	11.2	6.1	5.1
Impôt sur les sociétés (IRC)	390.1	446.0	488.2	590.5	587.5	678.2	25.2	20.3	15.4
Autres impôts directs	13.8	15.6	13.4	13.2	13.2	15.6	-2.9	-1.5	18.2
Fiscalité indirecte	2 073.3	2 206.2	2 137.2	2 316.7	2 291.7	2 436.1	3.1	7.2	6.3
Taxe sur la valeur ajoutée (IVA) ²	1 124.9	1 207.7	1 136.6	1 264.2	1 264.2	1 353.9	1.0	11.2	7.1
Taxe sur les combustibles (ISP)	427.9	466.0	448.3	480.6	450.8	459.8	4.8	0.6	2.0
Taxe sur les automobiles (IA)	132.6	151.8	157.9	168.9	166.9	177.9	19.1	5.7	6.6
Taxe sur le tabac	151.0	167.3	161.0	175.6	173.6	183.4	6.6	7.8	5.6
Droit de timbre	187.2	159.0	184.4	173.3	182.3	189.4	-1.5	-1.1	3.9
Divers	49.7	54.4	49.0	54.0	53.9	71.7	-1.3	10.0	33.0
Total	3 396.9	3 665.2	3 661.4	4 027.0	3 977.0	4 269.8	7.8	8.6	7.4

1. Dans l'optique des comptes publics. La définition de l'État n'inclut pas les services autonomes, les administrations régionales et locales et les organismes de sécurité sociale.

Source : Ministério das Finanças (1997), Orçamento do Estado.

Tableau 9. **Dépenses de l'État**¹

	1996 Budget	1996 Estimation	1997 Budget	1996 Budget	1996 Estimation	1997 Budget
	Milliards d'escudos			Pourcentage de variation		
Classification économique						
Dépenses courantes	4 279.7	4 232.5	4 463.0	8.6	7.4	5.4
Salaires	1 366.6	1 450.1	1 589.9	2.1	8.4	9.6
Achats de biens et services	199.9	221.9	206.4	-9.1	0.9	-7.0
Paievements d'intérêts	774.4	740.6	734.6	-2.2	-6.5	-0.8
Transferts	1 648.2	1 688.3	1 786.6	15.0	17.8	5.8
à d'autres organismes publics	1 330.6	1 413.7	1 475.2	15.5	22.7	4.4
à d'autres entités	317.6	274.6	311.4	13.0	-2.3	13.4
Subventions	80.6	99.2	85.4	-18.5	0.3	-13.9
Divers	210.0	32.4	60.1	244.8	-46.9	85.7
Dépenses en capital	546.5	539.4	594.8	7.4	6.0	10.3
Investissements	165.1	133.3	177.0	19.1	-3.8	32.7
Transferts en capital	374.0	403.5	409.1	1.5	9.5	1.4
à d'autres organismes publics	358.7	376.3	380.1	4.3	9.4	1.0
à d'autres entités	15.3	27.2	29.0	-37.3	11.6	6.5
Divers	7.4	2.5	8.7	311.1	38.5	248.9
Transactions financières	20.1	14.0	24.3	-89.4	-92.6	73.5
Total²	4 995.8	4 867.1	5 238.3	5.8	3.1	7.6
Classification fonctionnelle						
Défense et sécurité	712.71	758.4	776.0	-6.8	-0.9	2.3
Fonctions sociales	2 309.3	2 440.1	2 641.3	2.3	8.1	8.2
Éducation	822.1	873.8	962.0	3.9	10.4	10.1
Santé	696.4	753.0	758.5	0.4	8.6	0.7
Divers	790.8	813.3	920.8	2.3	5.2	13.2
Fonctions économiques	370.0	383.1	393.8	-1.1	2.4	2.8
Divers	1 454.4	1 204.3	1 270.9	16.9	-3.2	5.5

1. Dans l'optique des comptes publics. L'État n'inclut pas les services autonomes, les administrations régionales et locales et les organismes de sécurité sociale.

2. Y compris «Cláusula de Reserva» et «Contas de Ordem».

Source : Ministério das Finanças (1997), Orçamento do Estado.

sociétés ont été particulièrement soutenues. En revanche, l'amélioration des résultats budgétaires a été freinée par les moins-values de recettes au titre de la TVA et des taxes pétrolières³, et par les dépassement de crédits sur certains

postes de dépenses primaires, notamment la santé. Les principaux facteurs qui rendent difficiles la maîtrise des dépenses de santé sont examinés au chapitre III.

Stimulée par un meilleur rendement de toutes les sources principales de recettes, les recettes courantes ont atteint 40.3 pour cent du PIB en 1996, contre 38.6 pour cent en 1995 (tableau 7). Si les recettes fiscales globales en pourcentage du PIB restent inférieures de 5 points à la moyenne de l'UE, depuis l'année de la récession, en 1993, le Portugal a connu l'une des augmentations les plus fortes des recettes fiscales parmi tous les pays de l'OCDE. L'accroissement cumulé des recettes courantes s'est établi à 2.1 pour cent du PIB sur la période 1993-96, contre une variation zéro pour la moyenne de l'UE. L'expansion des recettes a été toutefois associée à un élargissement de l'assiette fiscale, imputable en partie à l'évolution favorable de la production, des bénéfices et des revenus du travail indépendant qui ont tous augmenté plus rapidement que prévu. Parallèle-

Tableau 10. **Recettes et dépenses des différents niveaux d'administration¹**

En pourcentage du PIB

	1995	1996 Estimation	1997 Estimation	1998 Budget
État				
Recettes courantes	22.7	23.7	24.1	24.4
Dépenses courantes	25.1	25.0	24.7	24.3
Dépenses capitales nettes	2.9	2.8	3.0	3.0
Besoin de financement	5.3	4.1	3.6	2.8
Services autonomes				
Recettes courantes	7.0	7.3	7.2	7.6
Dépenses courantes	6.9	7.2	7.4	7.3
Dépenses capitales nettes	0.0	-0.1	-0.6	0.1
Besoin de financement	-0.1	-0.1	-0.4	-0.1
Autorités locales et régionales				
Recettes courantes	3.5	3.6	3.7	3.7
Dépenses courantes	3.3	3.4	3.4	3.4
Dépenses capitales nettes	0.3	0.4	0.6	0.5
Besoin de financement	0.2	0.2	0.2	0.1
Organismes de sécurité sociale				
Recettes courantes	13.1	14.5	14.7	14.6
Dépenses courantes	13.4	13.6	13.8	14.0
Dépenses capitales nettes	0.1	0.0	0.3	0.3
Besoin de financement	0.4	-0.9	-0.5	-0.3

1. Dans l'optique des comptes nationaux.

Source : Ministério das Finanças.

ment, les bons résultats sur le plan des recettes ont aussi reflété la réduction des délais de recouvrement et l'administration plus efficiente de l'impôt ainsi qu'une réaction croissante des contribuables au dispositif juridique de 1994 qui incrimine le non respect des obligations fiscales. Les mesures destinées à réduire les arriérés envers l'administration fiscale et les organismes de sécurité sociale ont déjà commencé à produire des recettes supplémentaires. Celles-ci devraient totaliser 400 milliards d'escudos entre 1996 et 2009, dont la moitié au cours des trois premières années seulement.

Côté dépenses, les dépenses courantes des administrations publiques sont passées à 40.4 pour cent du PIB en 1996, baissant pour la première fois depuis 1989. Les versements d'intérêts sont revenus à 4.9 pour cent du PIB contre 6.5 pour cent en 1995, car les taux ont baissé tandis que la forte progression du produit des privatisations et la réduction du déficit budgétaire ont permis d'inverser la hausse de la dette publique en pourcentage du PIB. En revanche, les dépenses ont augmenté au niveau des services autonomes, des administrations régionales et locales et des organismes de sécurité sociale (tableau 10). Les secteurs de dépenses les plus dynamiques ont été l'administration publique et l'éducation (du fait de l'augmentation des coûts de main-d'œuvre non salariaux pour les salariés du secteur public, mais aussi de nouveaux recrutements dans l'enseignement) ainsi que les soins de santé (dépassement des coûts hospitaliers).

Le budget de 1997

Le budget de 1997 a été établi en fonction de trois grands objectifs : satisfaire aux critères de convergence nécessaires pour adhérer à l'UEM, redéployer les dépenses au profit des programmes sociaux et accroître les investissements publics pour améliorer l'infrastructure matérielle et immatérielle (tableau 9). Il a tablé sur une modération de la hausse des prix à la consommation qui s'inscrirait entre 2.25 et 2.5 pour cent, et sur une nouvelle accélération de la croissance du PIB qui s'établirait entre 2.75 et 3.25 pour cent. En outre, il a prévu que le déficit des administrations publiques serait ramené à 2.9 pour cent du PIB. La pression fiscale globale devait augmenter à raison de 0.8 pour cent du PIB et les dépenses courantes devaient s'accroître de façon marginale. En conséquence, le solde des recettes et des dépenses courantes devrait être pratiquement nul. Les dépenses en capital nettes resteraient à peu près inchangées en proportion du PIB,

les recettes comme les dépenses augmentant à raison d'environ 0.5 pour cent du PIB.

L'amélioration du recouvrement et le raffermissement de l'activité économique devaient permettre aux recettes courantes de continuer de croître en proportion du PIB, tandis que les taux d'imposition de base restaient inchangés. Côté dépenses, les gains escomptés de la diminution des versements d'intérêts et de la réduction des subventions devaient compenser les effets de l'accroissement de la masse salariale publique et des paiements de transfert (tableau 9). La contraction attendue des versements d'intérêts résultait essentiellement de la détente des taux d'intérêt ainsi que d'une nouvelle diminution de l'endettement public en pourcentage du PIB induite par l'augmentation des recettes de la privatisation affectées au remboursement de la dette publique. Ces recettes pourraient atteindre 1.9 pour cent du PIB en 1997 contre 1.7 pour cent en 1996.

Côté recettes, les mesures discrétionnaires se sont bornées à rendre le système fiscal plus équitable et l'administration de l'impôt plus efficiente. Le barème de l'impôt sur le revenu des personnes physiques est devenu plus progressif grâce à un ajustement différencié des tranches d'imposition en fonction de l'inflation. Tandis que le revenu minimum au-dessous duquel les ménages sont exonérés de l'impôt sur le revenu a été majoré d'un taux supérieur à celui de l'inflation, les tranches de revenu supérieures n'ont bénéficié que d'une indexation partielle. Parmi les autres mesures fiscales destinées à rendre le système d'imposition plus équitable, il convient de citer l'indexation sur le salaire minimum de l'abattement d'impôt normal pour les revenus salariaux et la modification du régime des couples mariés soumettant une déclaration commune. Parallèlement, plusieurs dispositions ont été prises pour prévenir et réduire la fraude fiscale et pour accélérer le recouvrement de l'impôt.

D'après des données préliminaires, l'excédent primaire aurait atteint 1.6 pour cent du PIB, ce qui correspond au résultat réalisé en 1996. Comme en 1996, le relèvement des cotisations au régime public de retraite a alourdi la masse salariale publique par rapport aux crédits initiaux. Ce dépassement a été compensé par des paiements d'intérêts et des transferts en capital moins élevés que prévu ainsi que par des cotisations de sécurité sociale plus fermes qu'on ne l'escomptait. Globalement, l'objectif retenu pour 1997 en ce qui concerne le déficit budgétaire a été atteint.

Endettement public et gestion de la dette

Le rapport de la dette publique au PIB est revenu à 65.6 pour cent en 1996 contre 66.5 pour cent en 1995 (tableau 11). Il s'agit là de la première baisse observée depuis 1993. Le produit des privatisations affecté au remboursement de la dette a atteint 1.7 pour cent du PIB en 1996 (tableau 12), et le montant total des recettes de privatisation consacrées à cet objectif depuis 1989 s'est élevé à 6.6 pour cent du PIB. Dans l'ensemble, les parts respectives de la dette intérieure et de la dette extérieure dans le PIB n'ont guère varié en 1996. En ce qui concerne la dette intérieure, toutefois, la proportion des obligations à taux fixe a augmenté, par suite de l'aplatissement de la courbe des rendements.

En 1996 et 1997, la gestion de la dette a eu encore pour principaux objectifs d'allonger l'échéance de la dette publique et de diversifier sa composition, tout en réduisant son coût à moyen terme et en minimisant les risques de perturbation des marchés. Devant l'aplatissement de la courbe des rendements et la convergence des taux d'intérêt, les autorités ont fait davantage appel en 1996 aux émissions d'instruments négociables à taux fixe sur le marché national et réduit leur recours au crédit extérieur. Le regain de confiance dans la capacité du Portugal d'adhérer à l'UEM en 1999 a entraîné le retour des investisseurs étrangers sur le marché

Tableau 11. **Encours de la dette publique**

En pourcentage du PIB

	1993	1994	1995	1996	1997
Dette intérieure ¹	55.5	54.1	54.3	53.3	..
Certificats d'épargne	8.1	8.1	8.6	8.8	..
Bons du Trésor	7.2	9.1	8.5	8.5	..
Fonds de placement	13.0	11.2	9.7	5.3	..
Obligations du Trésor à taux fixe	10.0	11.6	14.0	16.6	..
Obligations du Trésor à taux variable	0.0	1.4	4.5	7.2	..
Autres ²	17.2	12.7	9.0	6.8	..
Dette extérieure ³	7.6	9.7	12.1	12.4	..
Négociable	4.8	7.4	9.8	10.1	..
Non négociable	2.9	2.4	2.4	2.3	..
Dette totale	63.1	63.8	66.5	65.6	63.2

1. Dette libellée en escudos.

2. Y compris CLIP, OCA et dette non négociable.

3. Dette libellée en devises étrangères.

Source : Ministério das Finanças et Banco de Portugal.

Tableau 12. **Déficit et autres opérations des administrations publiques**

En pourcentage du PIB

	1994	1995	1996	1997 ²
Déficit total	6.0	5.8	3.2	2.9
Autres opérations	-0.3	1.2	-0.3	-1.5
Produit des privatisations pour le remboursement de la dette	-0.2	-0.8	-1.7	..
Actif financier net	0.2	0.3	0.1	..
Variation des dépôts publics	0.5	2.3	-0.4	..
Comptes à recevoir et à payer et crédit à court, moyen et long terme	-0.4	-0.9	1.4	..
Ajustement pour fluctuations du taux de change	-0.1	-0.3	-0.3	..
Autres ajustements ¹	-0.2	0.6	0.7	..
Variation totale de l'encours de la dette brute des administrations publiques	5.7	7.0	3.0	1.4
<i>Pour mémoire :</i>				
Encours de la dette brute des administrations publiques	63.8	66.5	65.6	63.2

1. Y compris les règlements et ajustements pour période complémentaire.

2. Estimation.

Source : Ministério das Finanças.

financier national : les achats de titres par des non-résidents ont rebondi à 1.6 pour cent du PIB en 1996, après des ventes nettes de 0.9 pour cent du PIB en 1995. Parallèlement, le recours au crédit extérieur a été réduit, tandis que l'écart moyen de taux d'intérêt entre les obligations portugaises et étrangères libellées en monnaie étrangère est redescendu aux alentours de 15 points de base en 1996. Profitant de la détente des taux d'intérêt à l'étranger, le gouvernement a accru ses emprunts extérieurs. L'encours de la dette extérieure a atteint 12.4 pour cent du PIB en 1996, au lieu de 12.1 pour cent en 1995. De même, la part de la dette extérieure dans le stock de la dette totale est passée de 17.1 pour cent en 1995 à 17.8 pour cent en 1996 puis à 19.7 pour cent (estimation) à la mi-1997. Dans l'ensemble, la gestion de la dette en 1996 a permis d'allonger l'échéance de la dette publique et d'en réduire le coût moyen. Celui-ci est tombé à 6.6 pour cent en 1996 contre 7.4 pour cent en 1995. Le taux d'intérêt implicite sur la dette extérieure est revenu de 6.2 pour cent en 1995 à 5.7 pour cent en 1996, tandis que le taux correspondant pour la dette intérieure est tombé de 7.6 à 6.8 pour cent au cours de la même période.

Le nouveau programme de convergence et le budget pour 1998

Le Programme de convergence de trois ans présenté en mars 1997 prévoit une réduction du besoin de financement des administrations publiques, qui reviendrait à 2.5 pour cent du PIB en 1998, à 2 pour cent en 1999 et à 1.5 pour cent en 2000 (tableau 13). La plus grande partie de cette contraction proviendrait d'une baisse des paiements d'intérêts, conséquence de la détente des taux mais aussi de la diminution de l'encours de la dette publique. Pour la première fois, les objectifs à moyen terme sont définis sur une base annuelle, contrairement aux valeurs de référence biennuelles ; le nouveau programme table sur une expansion économique continue, une croissance du PIB réel de 3.4 pour cent en moyenne au cours des trois prochaines années, une décrue de l'inflation (la hausse de l'indice implicite des prix de la consommation privée redescend à 1.8 pour cent en l'an 2000) et un déficit courant globalement stable.

Conformément au Programme de convergence, le budget pour 1998 prévoit un déficit des administrations publiques de 2.5 pour cent du PIB. Le processus d'assainissement budgétaire inscrit dans le Programme et le budget implique que les dépenses courantes diminuent plus rapidement que les recettes fiscales en proportion du PIB, la part des dépenses en capital nettes restant constante jusqu'en 1999. Les dépenses en pourcentage du PIB doivent baisser de 0.8 point

Tableau 13. **Programme de convergence de 1997**

En pourcentage du PIB

	1997	1998	1999	2000
Objectifs budgétaires¹				
Déficit	2.9	2.5	2.0	1.5
Excédent primaire	1.7	1.7	1.9	2.2
Paiements d'intérêts	4.6	4.2	3.9	3.7
Recettes courantes	41.1	41.2	41.0	40.8
Dépenses courantes	40.3	39.9	39.3	38.8
Dépenses en capital nettes	3.7	3.7	3.7	3.5
Dette publique	64.0	62.5	61.0	59.4
Hypothèses macroéconomiques				
PIB réel (pourcentage de variation)	3.3	3.5	3.3	3.3
Déflateur de la consommation privée (pourcentage de variation)	2.5	2.3	2.0	1.8
Déficit de la balance courante (en pourcentage du PIB)	1.5	1.8	1.7	1.7

1. Administrations publiques.

Source : Ministério das Finanças (1997), Programa de Convergência, mars.

en 1998 et surcompenser ainsi la diminution des recettes fiscales (0.4 pour cent du PIB). Comme les années précédentes, la modération des dépenses courantes proviendra essentiellement des versements d'intérêts, qui devraient diminuer de 0.9 pour cent de PIB au cours de la période de trois ans s'achevant en 2000.

A l'inverse, les dépenses primaires courantes devraient croître de 6.8 pour cent en 1998, soit un taux légèrement supérieur à celui du PIB nominal, et l'excédent primaire redescendrait à 1.1 pour cent. Les transferts courants devraient baisser en proportion du PIB, en dépit de l'accélération des dépenses de sécurité sociale, d'éducation et de santé. A moyen terme, toutefois, la part des dépenses primaires courantes dans le PIB reviendrait à 35.1 pour cent en 2000 contre 35.7 pour cent en 1997. Les recettes totales devraient quant à elles se contracter de l'équivalent de 0.5 pour cent du PIB, par suite d'une diminution des revenus du capital. De nouveaux progrès dans la lutte contre la fraude fiscale contribueront sans doute à l'accroissement prévu des recettes fiscales en proportion du PIB. A moyen terme, l'excédent primaire tombera probablement à 0.9 pour cent du PIB en 2000. Grâce au produit des privatisations, la dette publique devrait descendre cette année-là en dessous du plafond fixé par le Traité de Maastricht.

Ce léger resserrement budgétaire se produira au cours d'une période marquée initialement par une baisse probable des taux d'intérêt, compte tenu de l'achèvement du processus d'intégration monétaire. Parallèlement, l'écart entre la production potentielle et la production effective se résorbera. Il sera fait davantage appel à la politique budgétaire pour assurer une croissance non inflationniste; de même, la flexibilité du marché du travail jouera un rôle accru dans le maintien d'une expansion non inflationniste et soutenue de la production et de l'emploi. Dans ce contexte, un objectif plus ambitieux apparaît de mise (équilibrer le budget au point haut du cycle, en 2000), ce qui exige un contrôle plus rigoureux des dépenses publiques. Les chapitres suivants examinent les impératifs de politique structurelle concernant les dépenses de santé en particulier, et la réforme des marchés du travail et des produits en général.

III. La question des soins de santé

L'*Étude économique de l'OCDE sur le Portugal* publiée en 1996 présentait une analyse des possibilités de réforme du système de sécurité sociale, en mettant l'accent sur la nécessité d'améliorer la viabilité financière des régimes de transferts sociaux et de pensions, tout en recherchant davantage d'efficacité et d'équité. Cette analyse ne concernait pas le secteur de la santé. Les dépenses de santé ont augmenté plus rapidement au Portugal que dans les autres pays et, si les politiques actuelles sont maintenues, leur progression va sans doute s'accroître avec le vieillissement de la population et les progrès de la médecine. Il est vrai que le même problème se pose dans la plupart des pays de l'OCDE, mais la convergence des revenus réels et le fait que l'état de santé de la population portugaise peut encore être amélioré par rapport à la moyenne européenne pourraient rendre l'accroissement de la demande de services médicaux encore plus marqué au Portugal qu'ailleurs. Dans ces circonstances, il sera d'autant plus urgent de réformer le système de santé, en particulier si l'on veut éviter une augmentation de la fiscalité ou des réductions compensatoires d'autres dépenses primaires.

Le présent chapitre commence par une analyse de l'évolution des dépenses de santé et de l'état de santé de la population. Il présente ensuite le cadre institutionnel du système de santé, et notamment le cadre réglementaire dans lequel opèrent les établissements de soins, les pharmacies et l'industrie pharmaceutique. La troisième section est consacrée à l'examen d'un certain nombre de questions touchant l'efficacité des services, à la lumière de données concernant les facteurs d'augmentation des dépenses et sur la base d'indicateurs de performance. Les dernières sections analysent les initiatives récemment prises dans le domaine de la politique de santé ainsi que les options qui s'offrent quant à la poursuite des réformes.

Tableau 14. **Dépenses des soins de santé**

En pourcentage du PIB

	Dépenses totales de santé						Dépenses publiques de santé						Dépenses privées de santé					
	1970	1975	1980	1985	1990	1996	1970	1975	1980	1985	1990	1996	1970	1975	1980	1985	1990	1996
Portugal	2.8	5.6	5.8	6.3	6.5	8.2	1.6	3.3	3.7	3.4	4.3	4.9	1.2	2.3	2.1	2.9	2.2	3.3
Belgique	4.1	5.9	6.6	7.4	7.6	7.9	3.5	4.7	5.5	6.0	6.7	6.9	0.6	1.2	1.1	1.4	0.9	1.0
Danemark	6.1	6.5	6.8	6.3	6.5	6.4	5.2	5.9	5.8	5.3	5.3 ¹	5.1 ²	0.9	0.6	1.0	1.0	1.2	1.3
France	5.8	7.0	7.6	8.5	8.9	9.6	4.3	5.4	6.0	6.5	6.6	7.8	1.5	1.6	1.6	2.0	2.3	1.8
Allemagne	5.7	8.0	8.1	8.5	8.2	10.7	4.2	6.4	6.4	6.6	6.3	8.2	1.5	1.6	1.7	1.9	1.9	2.3
Grèce	3.3	3.4	3.6	4.0	4.2	5.9	1.8	2.0	2.9	3.3	3.5	4.9	1.5	1.4	0.7	0.7	0.7	1.0
Irlande	5.3	7.7	8.8	7.8	6.6	6.0	4.3	6.1	7.2	6.1	4.9	4.9	1.0	1.6	1.6	1.7	1.7	1.1
Italie	5.2	6.2	7.0	7.1	8.1	7.6	4.5	5.2	5.6	5.5	6.3	5.3	0.7	1.1	1.4	1.6	1.8	2.3
Luxembourg	3.7	5.1	6.2	6.1	6.6	7.0	–	4.7	5.7	5.5	6.1	6.5	–	0.4	0.5	0.6	0.5	0.5
Pays-Bas	5.9	7.5	7.9	7.9	8.3	8.6	5.0	5.5	5.9	5.9	6.1	6.6	0.9	2.0	2.0	2.0	2.2	2.0
Espagne	3.7	4.9	5.7	5.7	6.9	7.7	2.4	3.8	4.5	4.6	5.4	5.9	1.3	1.1	1.2	1.1	1.5	1.8
Royaume-Uni	4.5	5.5	5.6	5.9	6.0	6.9	3.9	5.0	5.0	5.0	5.1	5.8 ²	0.6	0.5	0.6	0.9	0.9	1.1 ²
États-Unis	7.2	8.2	9.1	10.7	12.7	14.2	2.7	3.5	3.9	4.3	5.2	6.7	4.5	4.7	5.2	6.4	7.5	7.5
UE	..	6.3	6.9	7.0	7.2	7.7	..	5.0	5.6	5.5	5.8	5.4	..	1.3	1.3	1.5	1.5	1.4 ²
Total OCDE ³	..	6.2	6.7	6.9	7.3	8.1	..	4.8	5.2	5.3	5.6	5.5	..	1.3	1.5	1.6	1.7	1.7 ²

1. 1993.

2. 1994.

3. Moyenne arithmétique non pondérée, non compris République tchèque, Hongrie et Mexique.

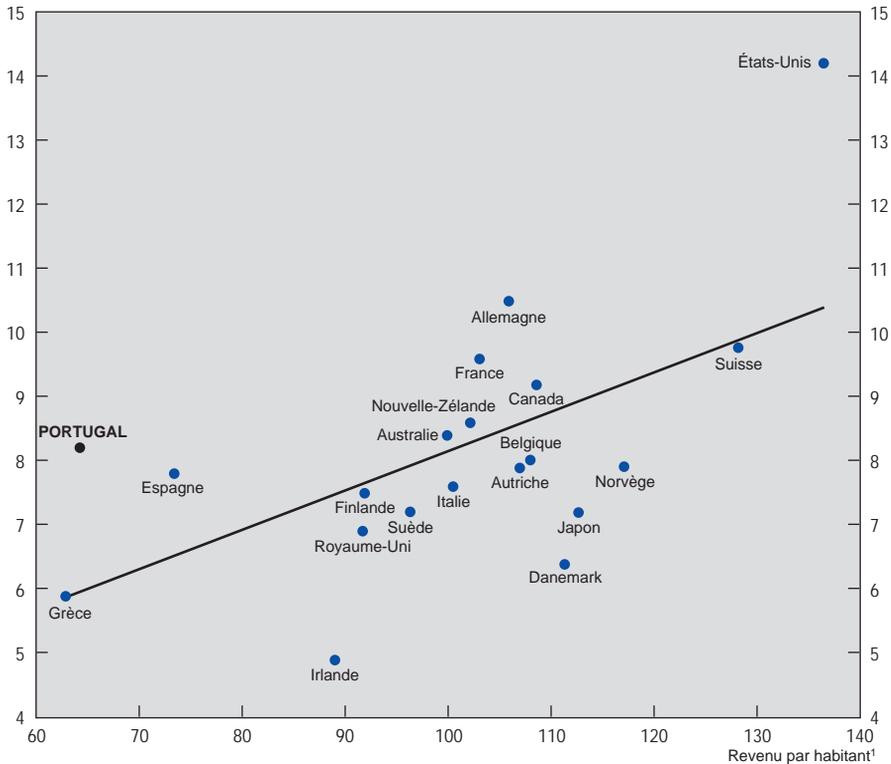
Source : Éco-Santé OCDE (1997).

Taille et fonctionnement du système de santé

Les dépenses de santé, qui ont représenté au total 8.2 pour cent du PIB en 1996, sont proches de la moyenne des pays de l'OCDE, mais dépassent d'environ 0.5 point la moyenne de l'Union européenne (tableau 14). En proportion du revenu par habitant, elles sont relativement élevées (graphique 15), le Portugal se trouvant de ce point de vue dans une situation comparable à celle des États-Unis, de l'Allemagne, de la France et de l'Espagne. En termes absolus, par contre, les

Graphique 15. REVENUS PAR HABITANT ET TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ
1996

Dépenses totales de santé par habitant (en % du PIB)



1. Revenu par habitant au Portugal en pourcentage du revenu par habitant dans la zone de l'OCDE.

Source : Éco-Santé OCDE 97.

dépenses de santé par tête sont encore faibles par comparaison avec les autres pays de l'OCDE, ce qui s'explique par le développement économique relativement récent du Portugal (tableau 15).

Le rythme d'augmentation des dépenses de santé a été beaucoup plus rapide que dans les autres pays. Entre la révolution de 1974 et l'adhésion à l'Union européenne en 1986, les dépenses totales de santé ont fait un bond équivalent à 3 points de PIB, alors même que le revenu par habitant augmentait moins rapidement au Portugal que dans l'ensemble de la zone OCDE (graphique 16). Après l'entrée du Portugal dans l'Union européenne, la hausse des dépenses de santé s'est globalement ralentie, mais avec 1.9 point de PIB, l'augmentation cumulée des dépenses de santé totales a encore été près de trois fois plus forte que la moyenne de l'Union européenne durant la dernière décennie. Une nouvelle accélération s'est produite plus récemment, au cours des années 90.

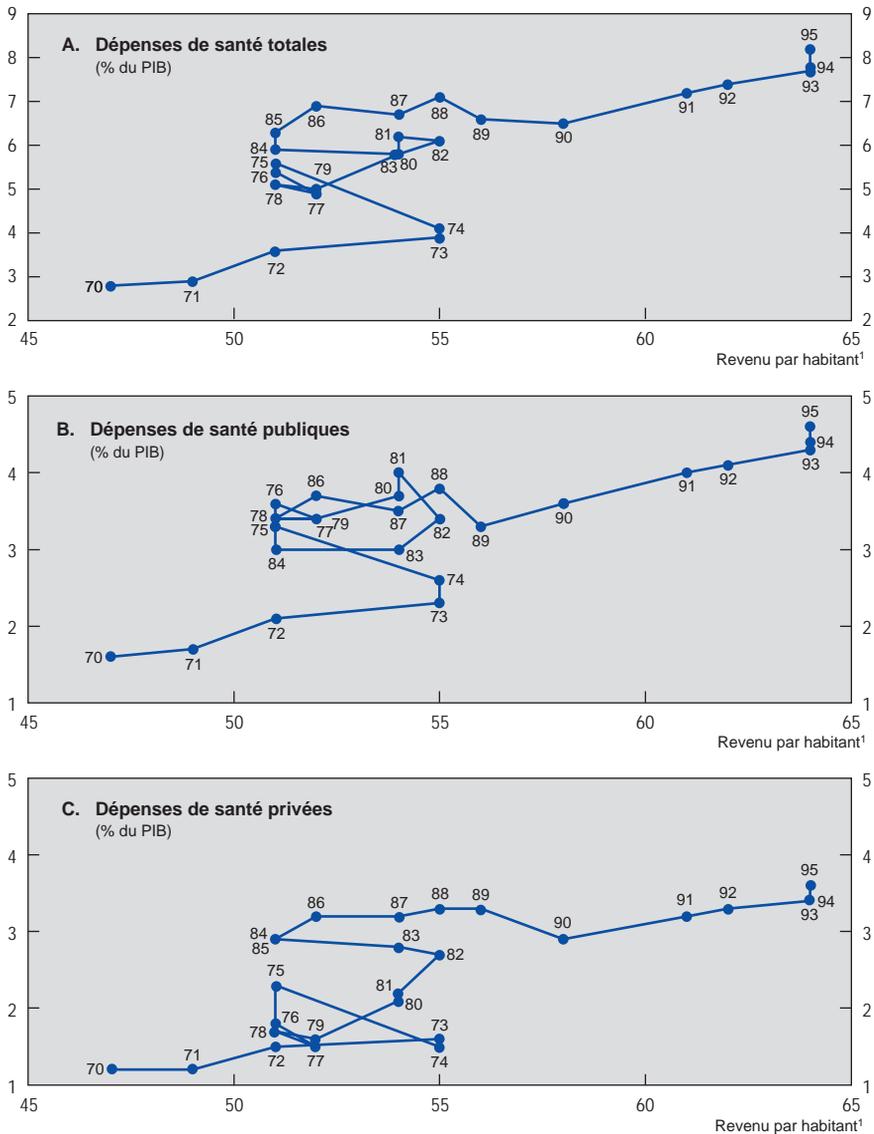
Reflétant la forte augmentation des dépenses, l'état de santé de la population s'est considérablement amélioré au cours des vingt dernières années. Le taux de mortalité infantile a été réduit de quatre cinquièmes et, parmi les hommes, le nombre d'années de vie potentielle perdues a diminué de près de moitié (graphique 17). Globalement, les progrès sur le plan de la santé ont été beaucoup plus prononcés qu'ailleurs, comme on pouvait s'y attendre dans un pays dont le

Tableau 15. **Dépenses de soins de santé par habitant¹**
dollars EU

	1996
Portugal	1 076
Belgique	1 693
Danemark	1 429
France	1 977
Allemagne	2 221
Grèce	748
Irlande	923
Italie	1 519
Luxembourg	2 179
Pays-Bas	1 755
Espagne	1 131
Royaume-Uni	1 304
États-Unis	3 707

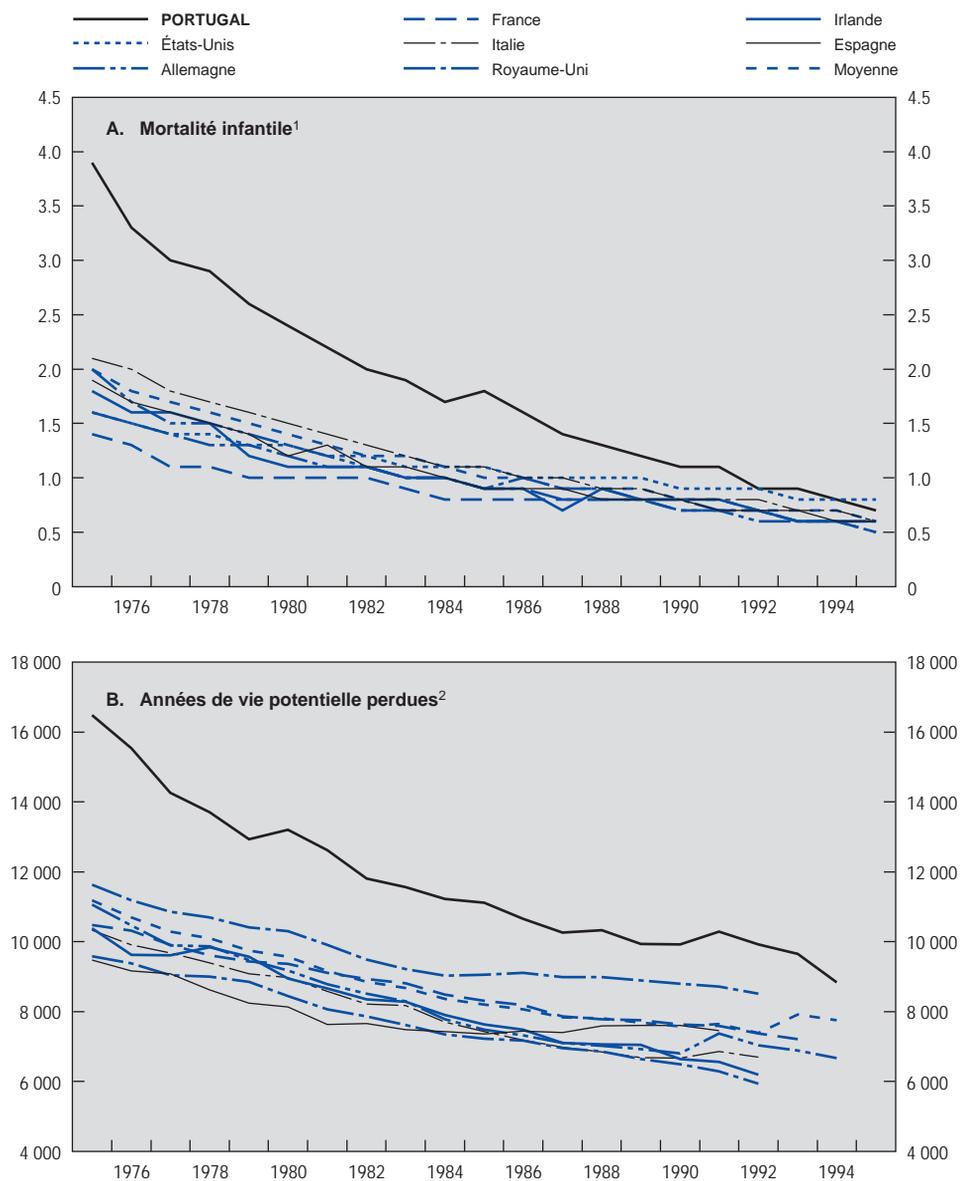
1. Basé sur les parités de pouvoir d'achat.
Source : OCDE, *Parités de pouvoir d'achat et dépenses réelles* (1996).

Graphique 16. **CONVERGENCE DES REVENUS RÉELS ET DÉPENSES DE SANTÉ**
1970-1995



1. Revenu par habitant au Portugal en pourcentage du revenu par habitant dans la zone de l'OCDE, dans l'optique des PPA.
Source : Éco-Santé OCDE 1997.

Graphique 17. ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTÉ



1. Taux de mortalité infantile en pourcentage des naissances vivantes.
 2. Années de vie potentielle perdues pour 100 000 personnes (hommes).
 Source : Éco-Santé OCDE 1997.

revenu par habitant et les dépenses de santé ont progressivement convergé vers la moyenne de l'Union européenne. En termes absolus, cependant, l'état de santé des Portugais est encore inférieur à celui de la plupart des autres populations, avec un taux de mortalité infantile et un nombre d'années de vie potentielle perdues supérieurs à la moyenne de l'OCDE. Des niveaux d'instruction relativement peu élevés et la persistance d'une extrême pauvreté dans certaines régions ont certainement contribué à cette situation. L'écart est particulièrement important en ce qui concerne le nombre d'années de vie potentielle perdues, chez les hommes ; l'espérance de vie des hommes à 40 et 65 ans est l'une des plus faibles de la zone de l'OCDE (tableau 16). Même si l'on fait abstraction des décès dus aux accidents d'automobile, pour lesquels le Portugal se place largement en tête de la zone de l'OCDE, sa situation en matière de santé est inférieure à celle de la plupart des autres pays de l'OCDE (graphique 18). Cela s'explique dans une large mesure par la forte incidence des tumeurs malignes, des maladies cérébro-vasculaires, de la cirrhose du foie et des maladies pulmonaires.

Naturellement, l'état de santé des Portugais est variable suivant les groupes de revenu et, en particulier, suivant les régions, en raison de très larges disparités dans les possibilités d'accès aux services de santé et dans l'efficacité de ces services. Comme le montre le tableau 17, en 1995, le taux de mortalité infantile était 2.6 points (pour 1 000) plus élevé dans la région d'Alentejo que dans les

Tableau 16. **L'état de santé au milieu des années 90¹**

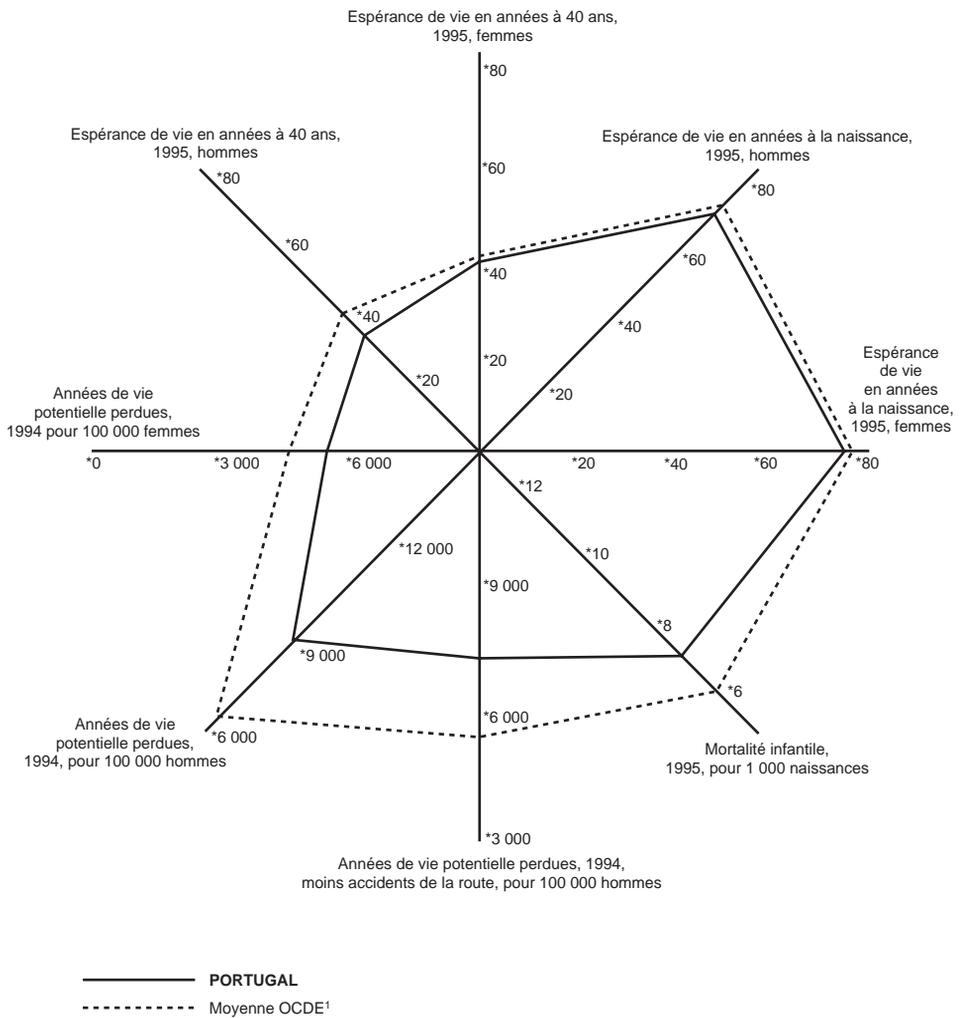
	Années de vie potentielle perdues ²	Espérance de vie des hommes	
		A 40 ans	A 65 ans
Portugal	7 228	34.8	14.4
États-Unis	8 282	35.9	14.7
Allemagne	6 950	35.0	14.6
France	7 193	36.3	16.2
Italie	6 254	36.6	15.4
Royaume-Uni	6 761	35.9	14.7
Grèce	6 237	37.3	16.1
Irlande	7 271	..	..
Espagne	..	36.6	15.7
Moyenne non pondérée	7 022	36.0	15.2

1. 1995 ou dernière année disponible.

2. Non compris les décès dus aux accidents de la route.

Source : Éco-Santé OCDE (1997).

Graphique 18. INDICATEURS DE SANTÉ



Note : Une aire étendue dénote de meilleurs résultats.

1. Moyenne OCDE hors République tchèque, Hongrie, Mexique, Pologne et Turquie.

Source : Éco-Santé OCDE 1997.

Tableau 17. **Données régionales concernant la santé**

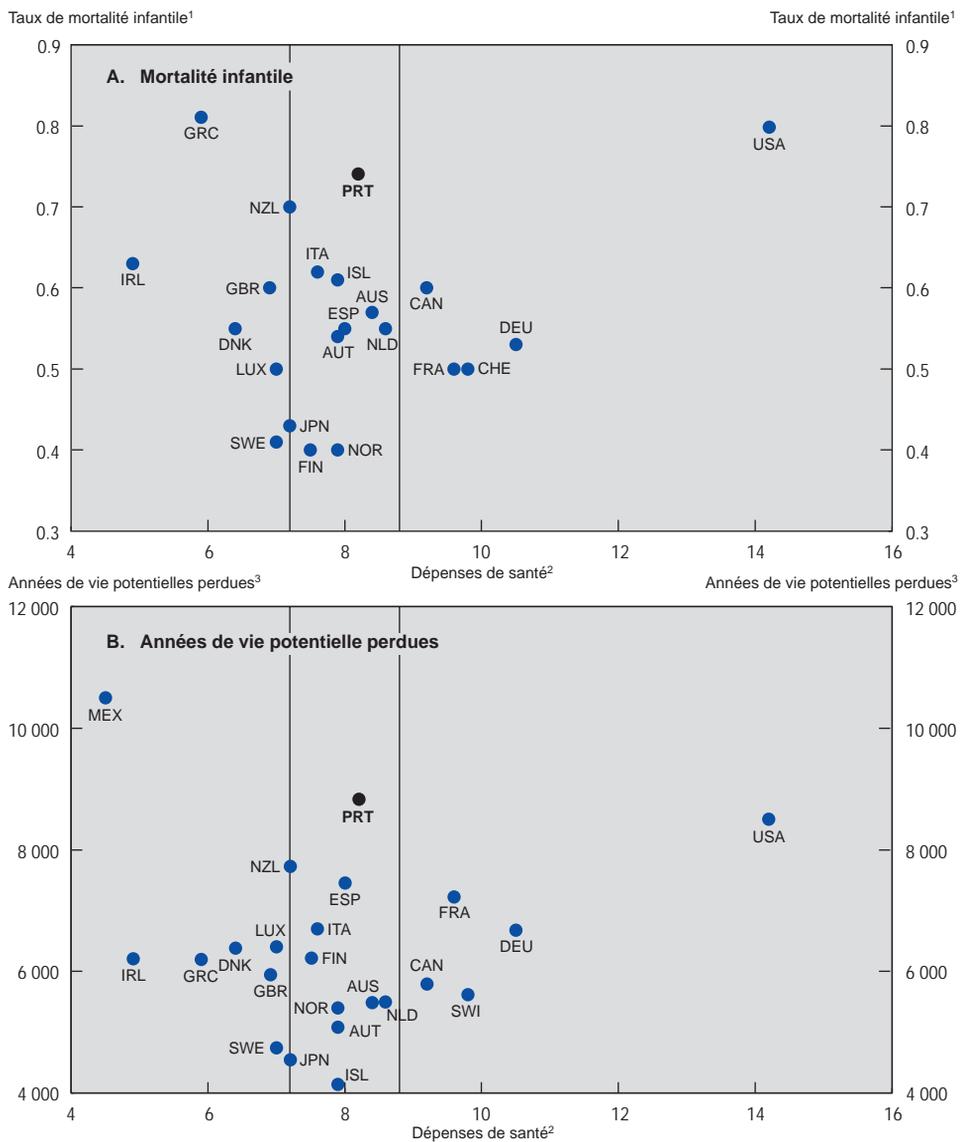
	Nord	Centre	Lisboa Vale Tejo	Alentejo	Algarve
A. État de santé, 1995					
Taux de mortalité infantile	8.5	6.4	6.4	9.0	7.3
Taux de mortalité périnatale	9.5	8.0	9.0	10.2	6.4
Densité de médecins ¹	2.8	2.4	4.1	1.4	2.0
Densité d'infirmières ¹	2.9	3.1	3.4	3.1	2.6
Lits d'hôpitaux ¹	2.0	2.6	4.6	2.1	1.9
Nombre d'hôpitaux	23	26	21	5	3
Nombre de centres de santé	99	109	82	44	16
B. NHS : Établissements de santé par région, 1995					
Centres de santé					
Nombre	99	109	82	44	16
Lits	488	556	219	251	183
Hôpitaux généraux et spécialisés					
Nombre	27	28	31	5	3
Lits	6 225	5 965	7 175	969	651
1. Pour 1 000 personnes.					
Source : Ministério da Saúde, Portugal Saúde 1995.					

régions du centre, de Lisbonne et Vale do Tejo. Pour la mortalité périnatale, l'écart entre la situation la plus favorable et la plus défavorable était encore plus important (3.8 points). Ces disparités régionales étaient si importantes qu'elles étaient en général plus grandes encore que les disparités entre États membres de l'Union européenne. Mais surtout, même les régions portugaises se trouvant dans la situation la plus favorable sur le plan de la santé étaient encore loin derrière de nombreux pays européens. La très grande différenciation régionale observée au Portugal s'explique en partie par des différences en ce qui concerne la densité de médecins et le nombre de lits d'hôpitaux pour 1 000 personnes. Par exemple, la région d'Alentejo, où l'état de santé de la population était inférieur à la moyenne, était désavantagée sur ces deux plans. Par contre, la région de Lisbonne et Vale do Tejo, se caractérisant par un état de santé beaucoup plus satisfaisant, avait la densité de médecins et le nombre de lits d'hôpitaux par millier d'habitants les plus élevés.

Dans ces circonstances, l'amélioration très prononcée de l'état de santé a été insuffisante en termes relatifs. Si l'on en juge par les résultats obtenus par

Graphique 19. ÉTAT DE SANTÉ ET DÉPENSES DE SANTÉ

Au milieu des années 90



1. Taux de mortalité infantile pour 100 naissances vivantes en 1995.

2. En pourcentage du PIB de 1996.

3. Années de vie potentielle perdues pour 100 000 hommes.

Source : Éco-Santé OCDE 1997.

d'autres pays de l'OCDE, la forte augmentation de la consommation de facteurs aurait dû se traduire par des améliorations plus importantes et plus uniformes de la santé. En 1996, les dépenses globales de santé avaient dépassé la moyenne de l'Union européenne en pourcentage du PIB, alors que la santé des Portugais restait inférieure, quel que soit l'indicateur utilisé, à celle des pays ayant des niveaux de dépenses comparables au titre des services de santé (graphique 19). En outre, si les disparités régionales sur le plan de l'état de santé ont diminué, elles sont encore importantes, et même les régions les mieux placées n'atteignent pas encore la moyenne de l'Union européenne pour la plupart des indicateurs. On peut donc considérer que le secteur de la santé au Portugal se caractérise par un manque relatif d'efficacité.

Le cadre institutionnel

Un mélange complexe de services privés et publics

Les besoins de ressources considérables de l'ensemble des services de santé et leur augmentation rapide s'accompagnent d'un système atypique combinant des services de soins de santé à la fois publics et privés. Alors qu'avec près de 5 pour cent du PIB, les dépenses publiques de santé sont légèrement inférieures à la moyenne de l'OCDE, les dépenses privées, représentant 3.3 pour cent du PIB, sont plus de deux fois supérieures à la moyenne, dépassant les pourcentages enregistrés dans tous les autres pays de l'OCDE sauf les États-Unis. Le niveau élevé des dépenses privées est une caractéristique historique du système de santé portugais. Avant la création d'un système de soins de santé universel en 1979, des hôpitaux et services de soins ambulatoires sans but lucratif, relevant de l'aide sociale, jouaient en fait le rôle de prestataires de soins de santé complémentaires lorsque les services privés n'étaient pas à la portée de tout le monde⁴. Les dépenses privées représentaient plus des deux cinquièmes de l'ensemble des dépenses de santé. Les États-Unis et la Grèce étaient les seuls pays où les dépenses privées atteignaient une proportion encore plus élevée à l'époque.

Les réformes institutionnelles mises en œuvre après la révolution de 1974 ont atteint leur point culminant avec la création, en 1979, du Service national de santé (SNS), qui visait à faire disparaître, grâce à la mise en place d'un système universel et complet de soins de santé gratuits, les profondes

inégalités qui caractérisaient l'accès aux services de santé. La plupart des hôpitaux sans but lucratif, à l'exception des hôpitaux spécialisés, ont été intégrés au domaine public et les services ambulatoires financés par l'État ont été intégrés au SNS en tant que «centres de santé». Cependant, les régimes spéciaux, qui s'étaient développés principalement dans le secteur public mais aussi dans certains domaines du secteur privé, généralement sur une base professionnelle, ont pu rester indépendants. Depuis 1979, le système de santé portugais comporte donc trois niveaux qui peuvent se chevaucher (graphique 20) :

- le Service national de santé, dont peuvent bénéficier tous les résidents et qui est financé et géré par le secteur public ;
- des régimes spéciaux pour certaines catégories professionnelles, couvrant un quart de la population ;
- le secteur privé, financé par les usagers et des organismes tiers (y compris les compagnies d'assurance et mutuelles, couvrant respectivement 10 et 7 pour cent de la population).

Si, en principe, le SNS était censé assurer universellement la gratuité de traitement, avec des services de santé intégrés, y compris sur le plan de la prévention, son manque d'efficacité a entraîné, dans la pratique, un mécontentement des consommateurs. De ce fait, une structure complexe où services privés et publics se côtoient s'est développée.

Au milieu des années 90, la part des dépenses de santé financées par le secteur privé représentait encore 40 pour cent du total, en dépit d'une forte augmentation des dépenses publiques. Sur la période 1985-96, les dépenses

Graphique 20. **LE SYSTÈME DE SANTÉ PORTUGAIS**

Système national de santé

- Couverture universelle et gratuite.
- Financé presque exclusivement par l'impôt.

**Secteur privé
(y compris assurance-maladie et mutuelles)**

- Couverture limitée (17 % de la population).
- Financé par les employeurs, les salariés ou les sociétaires.

Sous-systèmes de santé

- Couverture étendue pour certaines catégories (25 % de la population).
- Financés presque exclusivement par l'État, les employeurs et les salariés.

Source : OCDE.

Tableau 18. **Dépenses de santé privées au milieu des années 90**

En pourcentage du PIB

Total	3.3
Hôpitaux	0.2
Produits pharmaceutiques	0.8
Honoraires de spécialistes et dentistes, et soins ambulatoires	2.3

Source : Éco-Santé OCDE (1997).

publiques ont augmenté nettement plus vite qu'ailleurs, avec une hausse de 1½ point de PIB alors qu'elles sont restées stationnaires en pourcentage du PIB dans l'Union européenne (tableau 14). Cependant, dans le même temps, les dépenses de santé privées ont continué d'augmenter plus rapidement que le PIB. Au milieu des années 90, les dépenses de santé privées représentaient 3.3 pour cent du PIB, correspondant pour les deux tiers aux honoraires des spécialistes et des dentistes et aux coûts des autres soins ambulatoires (tableau 18).

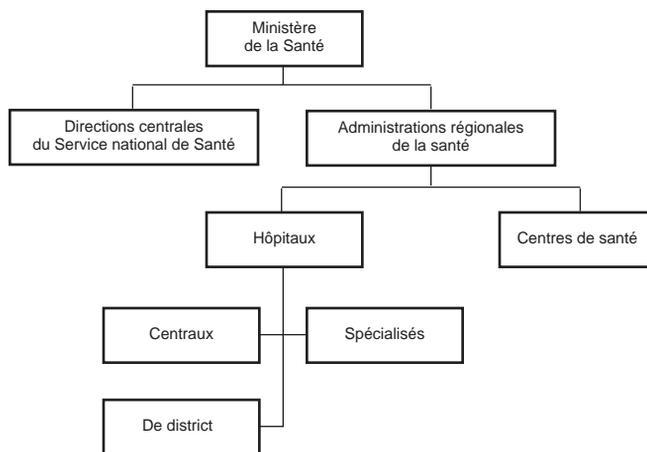
Organisation et financement du Service national de santé

Les 10 millions de résidents ont accès aux soins de santé publics, assurés gratuitement par un réseau d'hôpitaux et de centres de santé (graphique 21). Le SNS, qui est placé sous la tutelle du ministère de la Santé, a la maîtrise administrative et financière du système de santé. Un département central est chargé de fixer des normes et d'élaborer des politiques en matière de santé, lesquelles sont mises en œuvre par les cinq administrations régionales (Administrations régionales de santé, ARS)⁵. De fait, la structure hiérarchique du SNS place les principaux pouvoirs et responsabilités au niveau régional. Les ARS peuvent rassembler des données, procéder à des analyses épidémiologiques et inspecter et évaluer les services de santé, mais il est relativement rare que les performances générales du système, c'est-à-dire l'efficacité et l'efficacités des services, soient évaluées à l'heure actuelle. Les ARS sont subdivisées en 18 districts⁶, qui contrôlent le budget des services de soins de santé primaires.

Centres de soins de santé primaires et hôpitaux

Créés après 1979, les centres de soins primaires sont généralement chargés des soins ambulatoires ou des soins de santé primaires⁷. Ils couvrent 28 000 personnes en moyenne et emploient environ 30 000 personnes au total (y compris le

Graphique 21. LE SERVICE NATIONAL DE SANTÉ : ORGANIGRAMME



Source : OCDE.

personnel des ARS), dont 25 pour cent de médecins (généralistes pour la plupart) et 20 pour cent de personnel infirmier. Chaque centre compte en moyenne 80 professionnels de santé, mais certains en ont jusqu'à 200. Les centres n'ont aucune autonomie en matière financière ou en matière de gestion et sont directement gérés par les districts des ARS. Le ministère de la Santé répartit les crédits entre les ARS, lesquelles déterminent le budget de chaque centre sur la seule base des exercices antérieurs.

Les hôpitaux sont des établissements de santé qui peuvent recevoir des malades hospitalisés⁸; ils emploient environ 75 000 personnes au total, dont la moitié à peu près de personnel médical (20 pour cent de médecins et 30 pour cent de personnel infirmier). Ils sont gérés par un conseil composé de quatre membres, à savoir un directeur (qui est généralement un médecin), un administrateur général, un médecin chef et une infirmière chef. Les deux premiers sont nommés par le Ministre de la Santé, les deux autres étant depuis 1997 élus par leurs collègues, c'est-à-dire par les médecins et le personnel infirmier de l'hôpital, respectivement. L'autonomie de gestion de l'hôpital est limitée, en particulier en ce qui concerne la politique du personnel.

Médecins

Les médecins sont soit des généralistes (spécialisés en médecine familiale, 27 pour cent du total), des médecins hospitaliers (spécialistes des soins secondaires et tertiaires, 70 pour cent du total) ou des médecins de la santé publique (spécialisés dans l'administration de la santé publique, 3 pour cent du total). Chaque patient est libre de choisir un médecin de famille (généraliste) du centre de santé de sa circonscription. Les généralistes utilisent un système de «listes de malades» comportant en moyenne 1 500 patients (voir plus loin). Certains généralistes ont des listes de plus de 2 000 patients, et d'autres moins de 1 000 patients. Les variations de la densité de peuplement expliquent en grande partie de telles différences. Sauf en cas d'urgence, les patients ne peuvent voir que les spécialistes recommandés par leur médecin généraliste, c'est-à-dire que ces derniers sont censés jouer un rôle de filtre pour l'orientation vers les spécialistes. Ces spécialistes travaillent soit dans les centres de santé⁹, soit dans les hôpitaux, soit dans des cliniques privées.

Les médecins du SNS reçoivent un salaire fixe déterminé suivant une grille en fonction de leur catégorie professionnelle et de leur durée de service (avancement à l'ancienneté), indépendamment de toute considération de productivité. En outre, les généralistes reçoivent une rémunération forfaitaire peu importante par patient si leur liste dépasse 1750 ou 2000 patients, ainsi que des indemnités pour les services ruraux, le cas échéant. Les médecins du secteur public doivent en théorie travailler en horaire «allongé» (42 heures par semaine) ou à temps plein (35 heures par semaine). Les trois catégories de médecins ont des rémunérations à peu près équivalentes, de l'ordre de 7 millions d'escudos (35 000 écus) en moyenne par an avant impôt, c'est-à-dire huit fois le salaire minimum. Les primes d'exclusivité peuvent représenter jusqu'à 60 pour cent du salaire de base, si bien que la rémunération totale s'approche ainsi des niveaux observés dans le secteur privé¹⁰. Cependant, ces primes ne sont pas automatiquement attribuées et, comme le revenu après impôt est plus élevé dans le secteur privé, la moitié environ des médecins du SNS exercent encore parallèlement leur activité dans le secteur privé. Le fait que les médecins du secteur public aient aussi un emploi dans le secteur privé s'explique par des raisons historiques; comme ils étaient mal rémunérés dans les années 60 et 70, ils ont été autorisés à compléter leurs revenus en travaillant dans le secteur privé.

Financement du système

Les dépenses publiques de santé sont financées directement sur les recettes fiscales et des plafonds sont fixés pour les dépenses totales du SNS dans le cadre du budget annuel de l'État. Dans le passé, cependant, les dépenses de santé ont en fait largement dépassé les estimations préliminaires (voir plus loin), si bien qu'il a fallu voter des budgets additionnels. Les budgets des hôpitaux sont établis et répartis par le ministère de la Santé, bien que les crédits soient versés par l'intermédiaire des ARS. Les budgets des hôpitaux sont principalement établis sur la base des budgets des exercices précédents ; cependant, les crédits budgétaires initiaux n'ont qu'un caractère indicatif. Dans la pratique, les hôpitaux publics disposent de crédits illimités, étant donné que les dépassements sont automatiquement couverts par des crédits additionnels. Des pénalités administratives sont de plus en plus appliquées en cas de dépassement, mais elles sont encore peu fréquentes. Un programme spécial d'investissement au niveau central régit les dépenses d'équipement. Les investissements du SNS sont de plus en plus concentrés dans les hôpitaux : de 70 pour cent en 1990, la part de ces investissements consacrée aux hôpitaux est passée à 86 pour cent 1995.

Parallèlement aux transferts directs qu'il reçoit de l'État, le SNS a des recettes propres provenant principalement des hôpitaux et utilisées par eux. Il s'agit de versements effectués par les patients au titre de services spéciaux tels qu'une chambre individuelle, de paiements effectués par des malades qui ne sont pas assurés ou par des régimes spéciaux et des assureurs privés pour des soins de santé ou d'autres services assurés, de paiements et droits perçus pour la location de locaux ou d'équipements, du produit de placements, de donations ou d'amendes et du montant des tickets modérateurs ou franchises sur les dépenses pharmaceutiques, utilisés en partie à des fins de régulation de la demande (tarif forfaitaire sous conditions de ressources pour les consultations et les examens diagnostiques, par exemple)¹¹. Globalement, ces ressources représentent en moyenne environ 7 pour cent des recettes totales du SNS et près de 20 pour cent du budget total des hôpitaux. Les recettes propres peuvent être utilisées pour la réalisation de travaux d'entretien.

Les régimes spéciaux

Parallèlement au SNS, des régimes spéciaux, dotés d'une administration autonome, couvrent 25 pour cent de la population. Les soins sont assurés soit

directement, soit par contrat avec le marché privé ou le marché public de la santé (et parfois avec les deux à la fois). L'accès à ces régimes est généralement réservé aux membres d'une catégorie professionnelle donnée et à leur famille. Par exemple, la plupart des fonctionnaires, y compris les militaires et les salariés des entreprises publiques, ont accès à des régimes spéciaux, tandis que dans le secteur privé, ce sont surtout les salariés des banques et des compagnies d'assurance qui en bénéficient.

Ces régimes spéciaux, dont certains ont été créés dans les années 60, sont normalement financés par des cotisations patronales¹² et salariales, ainsi que par les participations aux coûts et les franchises. Les salariés du secteur public versent 1 pour cent de leur salaire brut sous la forme de cotisations à leur régime, et les salariés des banques et des compagnies d'assurance versent des montants à peu près équivalents. Ces cotisations sont dans l'ensemble peu élevées, alors que les prestations et les services sont supérieurs à ceux du SNS, ce qui signifie que les cotisations patronales sont en fait élevées. Les dépenses des entreprises au titre de ces régimes spéciaux sont considérées comme des dépenses d'exploitation, déductibles de leur revenu imposable. Les salariés peuvent aussi déduire leurs dépenses de santé (primes d'assurance et participation aux coûts) de leur revenu imposable. La déduction des primes d'assurance est toutefois plafonnée.

Le secteur de santé privé

Le secteur de santé privé, qui existait antérieurement au SNS, s'est considérablement développé dans les années 80 en dépit de la mise en place d'un système de soins de santé universel et gratuit. Environ 10 pour cent de la population ont souscrit une assurance maladie, principalement dans le cadre de régimes d'assurance de groupe¹³. Ces régimes ont généralement un caractère sélectif et une couverture relativement restreinte et sont financés dans une large mesure par les cotisations patronales et salariales. Les assurés peuvent généralement choisir leur médecin et, s'ils le souhaitent, s'adresser directement à un spécialiste, sans avoir à passer par un généraliste. En principe, ils paient eux-mêmes les honoraires des médecins avant d'être remboursés, en totalité ou en partie, par leur compagnie d'assurance.

Par ailleurs, 6 à 7 pour cent de la population sont couverts par des organismes mutualistes. Il s'agit d'organismes sans but lucratif financés principalement par leurs sociétaires, qui peuvent avoir des activités dans d'autres domaines

que le secteur de la santé. Les mutuelles assurent généralement à leurs sociétaires des prestations limitées (consultations, médicaments et, plus rarement, certains soins hospitaliers) en complément de celles du système public de santé. Les taux de cotisation moyens recouvrent d'autres prestations que l'assurance maladie, dont la part dans les cotisations n'est pas connue. Parallèlement à ces organismes, on trouve aussi des organisations sans but lucratif dont la principale mission est d'assurer gratuitement des soins de santé primaires pour les personnes dans le besoin.

Pris ensemble, les fournisseurs du secteur privé représentent plus d'un quart du nombre de consultations médicales, les trois quarts des consultations de dentisterie, les deux tiers des examens de laboratoire et près des quatre cinquièmes des traitements physiothérapeutiques. Il y a 81 hôpitaux privés, dont 47 sont des établissements sans but lucratif. Près de la moitié des hôpitaux privés sont spécialisés, contre un quart des hôpitaux publics. Les cliniques privées sont généralement de petite taille, et il s'agit surtout de maternités ou d'établissements chirurgicaux spécialisés (60 pour cent des patients relèvent de 10 diagnostics). Les médecins et les cliniques indépendants sont assujettis à l'agrément, à la réglementation et au contrôle de qualité de l'État. La concurrence entre prestataires privés est intense.

Si, comme on l'a noté plus haut, la moitié des médecins du SNS travaillent aussi dans le secteur privé, de nombreux médecins indépendants travaillent aussi pour le SNS. Celui-ci, de même que les régimes spéciaux et les régimes d'assurance privés, négocie les honoraires indépendamment avec les médecins. Les honoraires négociés avec le SNS sont généralement les plus bas. Les honoraires privés ne sont pas réglementés, mais sont fixés en fonction d'un certain nombre de prix de référence établis par l'Ordre des médecins. Ces prix sont élevés par comparaison avec les autres pays (voir plus loin).

Lorsque les soins de santé ne peuvent être assurés par le SNS, les patients sont autorisés à s'adresser au secteur privé, généralement dans le cadre de contrats passés avec celui-ci. Les personnes relevant du SNS qui sont aiguillées vers des prestataires privés n'ont pas, en principe, à payer ces services, les prestataires étant remboursés directement par le SNS. Les hôpitaux privés sous contrat avec le SNS sont payés à la journée, tandis que les actes de chirurgie font l'objet de versements distincts. Les examens et les tests diagnostiques demandés

par le SNS en dehors des hôpitaux peuvent aussi être effectués par des laboratoires privés.

Depuis la réforme fiscale de 1989/90, l'augmentation des dépenses de santé privées a été encouragée par le fait que la plupart d'entre elles sont déductibles du revenu imposable des personnes physiques. Le développement de la médecine privée est attribuable à la fois à des difficultés d'accès au SNS et au fait que les titulaires de revenus élevés peuvent réaliser d'importantes économies d'impôts. Depuis 1990, toutes les participations aux coûts et les paiements effectués à des médecins privés sont intégralement déductibles, tandis que les primes d'assurance maladie sont déductibles à hauteur de 70 000 escudos. La valeur de cette subvention implicite a été estimée à 4.8 pour cent des recettes fiscales directes¹⁴, ou à 0.2-0.3 pour cent du PIB.

Industrie pharmaceutique et pharmacies : cadre réglementaire

Les prix des médicaments sont fixés par le gouvernement dans le cadre de négociations avec l'industrie pharmaceutique, et ils sont généralement les plus bas de l'Union européenne. Le SNS utilise un système de listes positives pour le remboursement des médicaments, avec trois degrés de participation aux coûts : 0, 30 et 60 pour cent. Les pensionnés de plus de 65 ans dont les revenus ne dépassent pas trois fois le montant du salaire minimum bénéficient d'une réduction de leur participation (0, 15 et 45 pour cent respectivement). Le montant effectif moyen de la participation aux coûts des médicaments figurant sur la liste positive est de 33 pour cent. La moitié environ des médicaments actuellement consommés au Portugal se trouve sur la liste positive. Toutes les participations aux coûts sont déductibles du revenu imposable, sans plafonnement. Les médicaments en vente libre, dont la consommation a augmenté rapidement ces dernières années, ne sont pas remboursés par le SNS, même s'ils font l'objet d'une prescription. Le remboursement des pharmacies par le SNS est géré par l'Association des pharmacies. Jusqu'à une date récente, seuls les médicaments prescrits par des médecins du secteur public étaient remboursés. Depuis le milieu de 1995, les médicaments prescrits par les médecins du secteur privé sont également remboursés, avec la même participation aux coûts que pour les médicaments prescrits par des médecins du secteur public.

Le secteur pharmaceutique au Portugal compte 60 laboratoires et 200 grossistes. Aucune restriction n'est officiellement imposée à l'entrée dans le secteur

de la production et de la distribution en gros de produits pharmaceutiques. Il y a environ 2 500 pharmacies, toutes privées. La moyenne de près de 4 000 habitants par pharmacie est élevée par comparaison avec les autres pays. Les disparités régionales sont toutefois importantes; les chiffres vont de 3 000 à 4 750 personnes par pharmacie dans les 18 sous-régions. Plus de 6 000 personnes, dont un peu plus de la moitié de pharmaciens, sont employées dans les pharmacies. Seul un pharmacien peut être propriétaire d'une pharmacie (mais pas de plusieurs). Le nombre de pharmacies est rigoureusement réglementé, si bien que dans la pratique chaque pharmacie a un monopole sur une certaine zone géographique. Par voie d'appel d'offres, le ministère de la Santé délivre des autorisations pour l'ouverture de nouvelles pharmacies, sous réserve de certaines conditions concernant le nombre d'habitants de la zone concernée et la distance à laquelle se situent les pharmacies existantes.

Les marges bénéficiaires des pharmacies sont fixées par le ministère des Finances; la marge de détail est de 20 pour cent et la marge de gros de 8 pour cent. Les ventes de médicaments prescrits sont assujetties au taux réduit de TVA, de 5 pour cent. Les médicaments en vente libre, dont les prix et les marges ne sont pas réglementés, représentent environ 7 pour cent du chiffre d'affaires total des pharmacies, mais une part beaucoup plus importante de leurs bénéfices. Les médicaments génériques, en revanche, ne sont pas utilisés couramment, puisqu'ils ne représentent qu'un à deux pour cent du marché. Leurs prix sont plafonnés par les autorités à un niveau équivalent à 80 pour cent du prix des produits similaires les moins coûteux¹⁵.

Facteurs contribuant à l'augmentation des dépenses de santé

Compte tenu de la structure institutionnelle décrite ci-dessus, les composantes des dépenses de santé qui ont le plus augmenté sont celles qui concernent les hôpitaux et les produits pharmaceutiques. Les dépenses consacrées aux hôpitaux publics ont atteint 2.4 pour cent du PIB en 1993, contre 1.4 pour cent en 1985 (tableau 19). Les dépenses publiques concernant le secteur hospitalier représentent aujourd'hui plus de la moitié des dépenses publiques de santé, même si elles sont encore inférieures à la moyenne de l'Union européenne en pourcentage du PIB. Les dépenses consacrées aux soins ambulatoires publics ont augmenté plus lentement, atteignant près de 2 pour cent du PIB en 1995, contre

Tableau 19. **Catégories de dépenses de santé**

En pourcentage du PIB

	1980	1985	1990	1995 ²
Hôpitaux	1.7	1.7	2.0	2.6
Publics	1.5	1.4	1.8	2.4
Privés	0.2	0.3	0.2	0.2
Moyenne OCDE	..	3.1	..	3.5
Soins ambulatoires ¹	1.5	1.7	1.6	1.9
Moyenne OCDE ¹	..	1.4	..	1.5
Produits pharmaceutiques	1.2	1.6	1.6	2.1
Publics	0.8	1.0	1.0	1.3
Privés	0.4	0.6	0.6	0.8
Moyenne OCDE	..	1.0	..	1.2

1. Dépenses publiques.

2. Ou dernière année disponible.

Source : Éco-Santé OCDE (1997).

1.7 pour cent en 1985. La deuxième composante qui a le plus augmenté correspond aux dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques et aux services paramédicaux (publics et privés), dont la part totale dans le PIB a atteint le niveau record de 2.1 pour cent en 1995, contre 1.6 pour cent en 1985 et 1990 (tableau 20). Aucun autre pays de l'OCDE n'a consacré autant de ressources aux produits pharmaceutiques, en proportion de son PIB, au milieu des années 90. Environ 40 pour cent des dépenses totales concernant les médicaments sont prises en charge par le SNS (tableau 21), qui y consacre plus de

Tableau 20. **Dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques¹**

	En pourcentage du PIB	Dépenses par habitant ²
Portugal	2.1	260
États-Unis	1.2	307
Allemagne	1.3	267
France	1.6	328
Italie	0.8	148
Royaume-Uni	1.1	198
Grèce	1.1	136
Irlande	0.8	148
Espagne	1.5	196
Moyenne non pondérée	1.4	249

1. 1995 ou dernière année disponible.

2. En dollars des EU, basées sur les PPAs.

Source : Éco-Santé OCDE (1997).

Tableau 21. **Dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques**

En pourcentage du PIB

	1991	1993	1995
Total	1.8	1.9	2.1
<i>dont :</i>			
SNS	0.7	0.7	0.9
Sous-systèmes	0.2	0.2	0.2
Ticket modérateur	0.4	0.5	0.5
Dépenses directes et autres dépenses privées	0.5	0.5	0.5

Source : INFARMED.

17 pour cent de son budget. Les dépenses privées concernant les médicaments, qui ont représenté 0.8 pour cent du PIB en 1995, sont elles aussi importantes, les États-Unis et la Belgique étant les seuls pays à y consacrer des sommes comparables ou plus importantes. Depuis le milieu de 1995, où les médicaments prescrits par le secteur privé ont commencé à être remboursés par le SNS, les dépenses concernant les médicaments ont augmenté encore plus rapidement. Par habitant aussi, ces dépenses ont relativement importantes, les États-Unis, l'Allemagne et la France étant les seuls pays à y consacrer davantage de ressources que le Portugal. D'après les enquêtes sur les dépenses des ménages, ceux-ci consacrent près de la moitié de leur budget de santé à l'achat de produits pharmaceutiques¹⁶.

Déterminants macroéconomiques

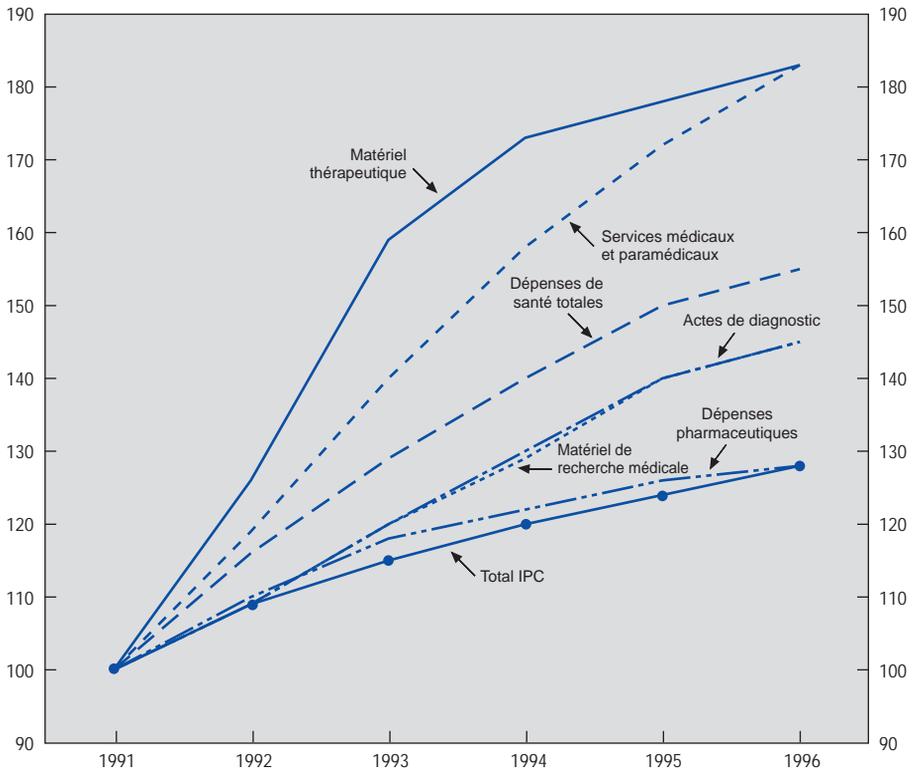
Comme ailleurs, les principaux facteurs qui ont été à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé dans les années 80 et 90 sont les effets des nouvelles technologies (demande induite par l'offre), l'évolution démographique, la forte augmentation du revenu par habitant (qui a atteint 69 pour cent de la moyenne de l'UE-15 en 1997, contre 54 pour cent en 1985) et l'évolution des prix relatifs.

Pour ce qui est de l'évolution démographique, le nombre de personnes de plus de 65 ans est passé de 11.4 pour cent de la population totale en 1981 à 14.8 pour cent en 1995. Le vieillissement a été plus rapide que dans la plupart des autres pays¹⁷. Les dépenses de santé ont tendance à s'accroître rapidement avec l'âge, les personnes de plus de 60 ans consommant à peu près quatre fois plus de services de santé que les autres. D'après des simulations effectuées par l'OCDE pour le Portugal, ces dépenses pourraient augmenter de près de 3 points de PIB d'ici à 2030 du seul fait du vieillissement de la population. Par ailleurs, la

convergence des revenus réels entraînera aussi une augmentation de ces dépenses.

Comme dans les autres pays, les prix relatifs des soins de santé ont connu une augmentation. Entre 1991 et 1996, les prix des services et des produits de santé ont fait un bond de près de 60 pour cent, augmentant près de deux fois plus vite que le niveau général des prix. Les prix des services médicaux et paramédicaux, qui ne sont pas réglementés dans le secteur privé, et les prix du matériel médical sont ceux qui ont le plus augmenté (graphique 22). Par contre, les prix

Graphique 22. **PRIX DES SERVICES DE SANTÉ ET PRIX A LA CONSOMMATION**
1991 = 100

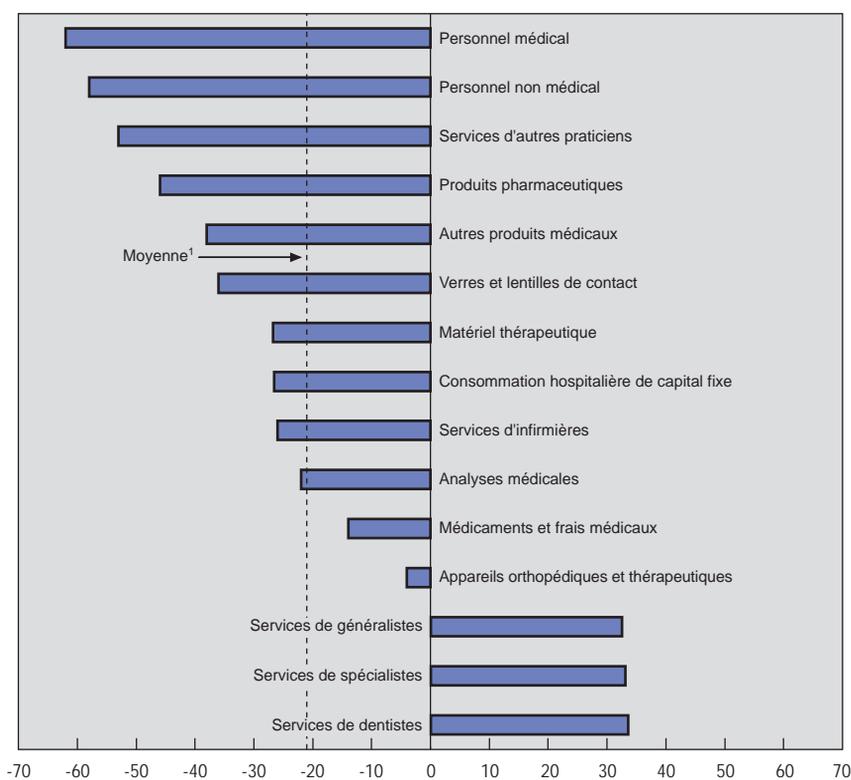


Source : INE.

des produits pharmaceutiques ont progressé à peu près au même rythme que l'indice des prix à la consommation.

A parité de pouvoir d'achat, le niveau général des prix dans le domaine de la santé, mesuré par le coût des intrants, était encore inférieur de 20 pour cent en 1993 à la moyenne de l'Union européenne (graphique 23), la majorité des produits et services de santé étant moins coûteux qu'ailleurs. Sur le plan des prix, le Portugal bénéficie d'un important avantage comparatif en ce qui concerne la

Graphique 23. NIVEAUX DE PRIX RELATIFS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ¹



1. Écarts entre le niveau des prix à la consommation des soins de santé au Portugal et aux autres pays de l'UE en 1993.

Source : OCDE, *Parités de pouvoir d'achat et dépenses réelles* (1995).

Tableau 22. Indicateurs de l'emploi dans le secteur de la santé

	Densité d'emploi de santé ¹		Densité de médecins ¹	Proportion de spécialistes	Densité de pharmaciens ¹
	1985	1994	1995	1995 ³	1994 ³
Portugal	10.3	11.7	3.0	66	0.7
États-Unis			2.6	51	0.7
Allemagne	23.1	28.2	3.3	60	0.5
France	26.0	28.9	2.9	49	0.9
Italie	16.7	18.0	1.7	..	1.0
Royaume-Uni	22.1	20.1	1.6	..	0.6
Grèce	9.8	12.2	3.9	56	0.8
Irlande	17.7	17.9	1.7	17	0.3
Espagne	9.1	11.9	4.1	..	0.6
Moyenne non pondérée	15.0	16.5	2.8	50	0.7

	Densité de dentistes ¹	Nombre de lits d'hôpital		Ratio infirmières/personnel ²		Secteur ambulatoire	
		1985	1995	1985	1994 ³	Consultations avec médecins par personne et par an	Intensité de prescriptions ⁴
						1995 ³	1995 ³
Portugal	0.2	4.6	4.3	0.43	0.63	3.2	6.2
États-Unis	0.6	5.3	4.7	1.17	1.57	6.0	1.1
Allemagne	0.7	11.1	9.7	0.42	0.54	12.8	1.1
France	0.7	10.5	9.3	0.35	0.42	6.3	8.3
Italie	0.5	8.5	6.7	0.50	0.60	11.0	1.9
Royaume-Uni	0.4	7.4	5.1	0.61	1.65	5.8	1.6
Grèce	1.1	5.5	5.0	0.41	0.72	5.3	4.0
Irlande	0.4	8.3	5.0	1.00	1.50	6.6	1.9
Espagne	0.3	4.6	4.3	0.42	0.60	6.2	2.4
Moyenne non pondérée	0.6	7.3	6.0	0.59	0.91	7.0	2.7

1. Pour 1 000 personnes.

2. Nombre d'infirmières par lit d'hôpital.

3. Ou plus proche année disponible.

4. Prescriptions par consultation avec médecins.

Source : Éco-Santé OCDE (1997).

rémunération du personnel non médical, en raison du niveau généralement bas des coûts de main-d'œuvre, et les prix des produits pharmaceutiques. En revanche, les prix des services des généralistes, des spécialistes et des dentistes du secteur privé étaient supérieurs de 30 pour cent à la moyenne de l'Union européenne en 1993. Cet écart important s'explique par l'utilisation de prix plancher et plafond fixés par l'Ordre des médecins (*Ordem dos Médicos*) et, plus générale-

ment, par le niveau élevé des salaires attachés à des niveaux d'instruction élevés¹⁸. Si les prix de la plupart des soins de santé sont faibles par comparaison avec les autres pays, les honoraires des services privés assurés par les généralistes, les spécialistes et les dentistes sont extrêmement élevés.

Sur le plan de l'emploi, il ne semble pas que le secteur de la santé au Portugal souffre de sureffectifs (tableau 22). Au contraire, la densité de travailleurs de ce secteur en 1994 (nombre de personnes travaillant dans le secteur de la santé pour 1 000 habitants) ne représentait que les deux tiers de la moyenne d'un groupe de huit pays, c'est-à-dire à peu près le même niveau qu'en 1985. Cela s'explique dans une large mesure par la faible densité de dentistes et l'effectif peu important du personnel infirmier en proportion de l'ensemble du personnel. Non seulement le nombre d'infirmières par lits d'hôpital est peu élevé, mais le nombre de lits est lui aussi relativement faible. La densité de médecins, bien que plus élevée que dans certains pays européens, était proche de la moyenne des huit pays. Entre 1991 et 1995, le nombre de médecins hospitaliers a augmenté de 11 pour cent, mais le nombre de généralistes a diminué de 8 pour cent. Le seul cas dans lequel les effectifs semblent relativement importants est celui des spécialistes, dont le nombre pour 1 000 habitants dépassait largement les normes internationales, les effectifs «excédentaires» étant concentrés dans les zones urbaines à hauts revenus.

Considérations d'efficience et structures d'incitation

Une structure des coûts relatifs qui se démarque radicalement des normes internationales, jointe à un état de santé relativement faible compte tenu du volume de ressources utilisé, sont sans doute révélateurs d'une mauvaise affectation des ressources de santé et d'un manque relatif d'efficacité. Le manque d'efficacité général des services de santé tient à un ensemble complexe d'incitations qui ont des effets négatifs.

Le fait que les médecins employés par le SNS perçoivent une rémunération qui est liée à leur catégorie professionnelle et à leur ancienneté, et non à leur effort de travail ou à leurs résultats, se traduit par un manque d'incitations sur le plan des salaires. Étant donné que les directeurs des hôpitaux n'ont guère de moyens de s'assurer d'une augmentation correspondante de l'effort de travail, les médecins du secteur public qui ne travaillent pas parallèlement dans le secteur privé ne bénéficient pas automatiquement d'une prime d'exclusivité. En outre,

après impôt, les possibilités de gains supplémentaires offertes par le secteur privé non réglementé sont souvent supérieures à cette prime d'exclusivité. Ainsi, les médecins sont incités à créer des cabinets privés. Le statut de double emploi a eu pour effet d'abaisser l'efficacité des services assurés par le SNS, avec une faible intensité de travail et de longues listes d'attente pour certaines interventions chirurgicales non urgentes, tout en accentuant les problèmes d'accès aux soins de santé privés et l'augmentation de la demande de ce type de soins. Dans le secteur privé, les patients ont généralement affaire à des prestataires qui travaillent aussi dans le secteur public, ce qui témoigne d'un manque de contrôle de l'accès à ces services. Il est obligatoire de passer par un médecin généraliste pour voir un spécialiste du secteur public, mais ce n'est pas le cas pour les consultations avec des médecins du secteur privé. Ces incitations ont été renforcées par des caractéristiques institutionnelles qui stimulent la demande de services de santé privés, comme la déductibilité fiscale illimitée des dépenses de santé et la possibilité, dans certains cas, d'avoir accès à des services de soins privés en bénéficiant de la couverture du SNS. Cette structure a sans doute favorisé une multiplication des examens diagnostiques et des prescriptions.

Ce manque d'incitations caractérise aussi l'administration des hôpitaux publics, qui n'est soumise à aucune contrainte budgétaire rigoureuse et dont le rôle, en matière de planification et de gestion, est limité. Les directeurs et les administrateurs, qui sont des fonctionnaires titulaires de contrats à vie, perçoivent des salaires sans rapport avec les performances globales de leurs hôpitaux. Alors que les salaires représentent en général 80 pour cent des dépenses courantes des hôpitaux, les établissements de santé n'ont guère d'autonomie en matière de gestion, notamment dans le domaine de la politique du personnel. Étant donné que, dans le secteur public, la rémunération de la plupart des catégories de personnel hospitalier est plus faible que dans le secteur privé et qu'elle dépend principalement de l'ancienneté, les incitations à travailler sont très limitées. En raison de lourdeurs administratives, de nombreux hôpitaux manquent aussi d'équipement, ce qui se traduit à la fois par de longs délais (de un à deux ans pour certaines opérations) et par la sous-traitance de nombreux travaux de laboratoire auprès du secteur privé. Simultanément, certains hôpitaux signalent une sous-utilisation des équipements, due en partie à un manque d'échanges d'informations. En l'absence d'un système de dossiers médicaux systématiques, les flux d'informations entre médecins et établissements de santé sont évidemment très

réduits. A l'heure actuelle, 10 pour cent seulement des dépenses totales de soins hospitaliers sont effectuées sur la base de groupes homogènes de malades¹⁹. Le taux d'occupation moyen des lits est faible et est en diminution, si bien que l'offre devient de plus en plus excédentaire. Le fait que la durée moyenne de séjour soit courte et en diminution est peut-être le signe d'une plus grande efficacité, mais peut aussi refléter un manque de ressources (tableau 23).

Tableau 23. Indicateurs du secteur hospitalier

	1975	1985	1990	1994 ¹
Taux moyen d'occupation des lits (per cent)				
Portugal	72.0	69.2	69.4	68.7
États-Unis	76.7	69.5	69.7	68.7
Allemagne	83.3	85.8	86.5	83.9
France	83.2	81.2	80.4	83.0
Italie	76.6	67.8	70.4	72.5
Royaume-Uni	79.7	80.8	..	..
Grèce	73.0	70.0	68.0	70.0
Espagne	69.0	75.2	76.2	77.0
Moyenne non pondérée	76.7	74.9	74.4	74.8
Durée moyenne du séjour à l'hôpital				
Portugal	17.6	13.9	10.8	9.5
États-Unis	11.4	9.2	9.1	8.8
Allemagne	22.2	18.0	16.5	13.9
France	19.8	15.5	13.3	11.5
Italie	16.3	12.2	11.7	11.1
Royaume-Uni	22.9	15.8	15.6	10.2
Grèce	14.5	11.6	9.9	8.8
Irlande	11.4	6.6	7.9	7.7
Espagne	16.8	13.4	12.2	11.5
Moyenne non pondérée				
Taux d'admission de la population (en pourcentage)				
Portugal	8.3	8.5	10.8	11.5
États-Unis	16.7	15.2	13.7	13.0
Allemagne	16.9	19.9	20.9	19.9
France	16.5	21.1	23.2	22.8
Italie	18.1	17.0	15.5	16.0
Royaume-Uni	11.6	15.5	18.4	21.6
Grèce	10.8	11.9	12.8	13.5
Irlande	15.6	17.0	15.1	15.4
Espagne	8.1	9.3	9.7	10.0
Moyenne non pondérée	13.6	15.0	15.6	16.0

1. Ou dernière année disponible.

Source : Éco-Santé OCDE (1997).

Comme le secteur public est en concurrence avec le secteur privé, où les rémunérations sont élevées, et que la masse salariale et les honoraires médicaux des hôpitaux absorbent la plus grande partie de leurs ressources, les centres de santé souffrent de sous-équipement et d'un manque d'effectifs qualifiés, en particulier dans les régions pauvres. L'absence d'autonomie en matière de gestion, jointe aux règles bureaucratiques qui régissent les centres de santé, a contribué à l'inefficacité des services, ce qui a mécontenté les utilisateurs et démotivé les médecins généralistes. Les consultations annuelles de médecins sont peu nombreuses par comparaison avec les autres pays et les visites de généralistes à domicile sont relativement rares. Les régions rurales et les régions à bas revenus semblent être particulièrement touchées par une pénurie générale de professionnels de la santé. De ce fait, les centres de santé n'ont pas pu répondre à la demande de services ambulatoires, si bien que les patients ont dû être orientés vers les hôpitaux, ce qui a contribué à surcharger les salles d'urgence, qui absorbent environ un cinquième des budgets hospitaliers.

Inversement, le nombre de *prescriptions* par consultation avec un médecin est élevé par comparaison avec la plupart des autres pays (tableau 22). Plusieurs facteurs institutionnels ont favorisé la consommation de médicaments, en particulier le faible niveau effectif de la participation aux coûts et sa déductibilité fiscale, le remboursement par le SNS des médicaments prescrits dans le cadre de traitements privés (depuis 1995) et le prix de vente relativement bas des médicaments. A cela s'ajoute un problème de lourdeur administrative, les pharmacies étant remboursées par l'intermédiaire de l'Association des pharmacies.

Dans ces circonstances, des dépassements de dépenses importants et croissants étaient inévitables. Les dépenses imprévues des hôpitaux sont directement financées par le ministère de la Santé, sans intervention des administrations régionales de santé, et ce système de financement passif impose peu de contraintes budgétaires. Étant calculés sur la base des exercices antérieurs, les budgets de la plupart des hôpitaux font inévitablement l'objet de tels dépassements. Les problèmes financiers des hôpitaux ont été exacerbés par le coût des achats de services privés de santé, ainsi que par le fait que les services assurés aux régimes spéciaux sont traditionnellement payés avec beaucoup de retard, ce qui entraîne d'importants arriérés de paiement.

Le niveau relativement élevé des dépenses de santé au Portugal peut aussi être imputé au chevauchement de plusieurs régimes d'assurance et à un phéno-

mène de surassurance (135 pour cent de la population). Le chevauchement des régimes d'assurance a encouragé la surconsommation de services médicaux, étant donné que les patients peuvent consulter plusieurs médecins simultanément. Étant donné que les malades sont incités à recourir à des services de santé ne relevant pas du SNS par les longs délais d'attente pour certains services publics et par l'encombrement des salles d'urgence des hôpitaux, l'universalité du système conjuguée à l'offre de services privés a sans doute créé des conditions défavorables, sans pour autant répondre à des objectifs d'équité. Les avantages fiscaux ont renforcé cette tendance.

Le processus de réforme

Facilité par une révision de la Constitution (1989), un processus de réforme s'est amorcé en 1990 avec l'adoption de nouvelles dispositions législatives dans le domaine de la santé. Il s'agissait d'encourager le développement de soins de santé dans le secteur privé de manière à intensifier la concurrence avec le secteur public. Simultanément, les soins de santé devaient être pris en charge, en partie du moins, par les patients, la souscription d'une assurance maladie devait être encouragée et la gestion des organismes publics de santé devait être transférée au secteur privé. En janvier 1993, le gouvernement a publié deux autres textes introduisant des changements organisationnels importants dans le système portugais de santé :

- les administrations régionales de santé (dont le nombre était ramené à cinq) se sont vu attribuer une plus grande autonomie et de plus larges pouvoirs pour coordonner l'activité de tous les services de santé (y compris les hôpitaux) ;
- les centres de santé devaient être organisés en groupes et, avec les hôpitaux de leur région, former des « unités sanitaires » responsables de la « continuité » des soins de santé ;
- des modèles novateurs devaient être mis au point pour la gestion du service public santé par des entités privées ;
- la généralisation de nouveaux systèmes de participation aux coûts dans les services publics de santé était expressément prévue, sur la base de la capacité contributive ;

- pour stimuler le développement de la demande de soins de santé privés, la mise en place d’une assurance « alternative » (*Seguro Alternativo de Saúde*) a été annoncée.

Ainsi qu’on l’a noté plus haut, le plus large recours à des prestataires privés, tout en favorisant le développement de ce segment du marché de la santé, n’a pas contribué à la maîtrise des dépenses publiques de santé ni à un abaissement des coûts totaux. Face à un manque d’efficacité patent et persistant et à des dépassements de dépenses chroniques, le gouvernement est en train de préparer une nouvelle réforme radicale du marché de la santé. Le Pacte social de décembre 1996 (*Pacto de Concertação Social*), approuvé par les partenaires sociaux, constitue le cadre d’une réforme graduelle et évolutive. En vertu de ce Pacte, le gouvernement s’est engagé à prendre des mesures dans quatre principaux domaines : la prévention des maladies, l’amélioration du réseau d’établissements de santé, l’amélioration de la gestion du SNS et des autres fournisseurs de soins de santé, et la mise en place de bases saines pour le financement du SNS²⁰. Les mesures proposées sont les suivantes :

- Afin de freiner la demande de services de santé, organiser des campagnes d’éducation à la santé dans les établissements scolaires et les entreprises et procéder à des études épidémiologiques comme moyen de prévention des maladies.
- Afin d’intégrer les services de santé et de faciliter l’accès des usagers à ces services, le pouvoir de décision sera transféré aux autorités locales. Les organismes locaux joueront un plus grand rôle dans l’achat de matériel médical pour les centres de santé existants ainsi que dans la création de nouvelles unités de santé.
- Afin d’étendre les attributions administratives et financières des établissements de santé, des critères d’évaluation seront progressivement appliqués.
- L’effort de travail et la productivité joueront un rôle plus important dans la détermination des émoluments des médecins et du personnel médical.
- Afin d’éviter que les médecins prescrivent un trop grand nombre de médicaments, des prix de référence et des directives seront établis.
- L’achat de services de santé au secteur privé par le SNS ne sera possible que si ces services ne sont pas disponibles dans le secteur public, mais le

SNS pourra conclure des contrats de concession avec des entreprises privées assurant des services précédemment fournis par le secteur public. Les réformes devaient s'accompagner d'un plan financier pluriannuel pour le SNS, prenant en compte les économies attendues des mesures structurelles décrites ci-dessus.

Un projet de loi définissant de façon plus précise les activités publiques et privées dans le domaine de la santé a été soumis au Parlement, mais des propositions détaillées de réformes à moyen terme ne seront présentées qu'à la fin de 1997, sur la base des recommandations d'une commission indépendante (*Conselho de Reflexão sobre a Saúde*), attendues durant l'automne 1997. Les objectifs stratégiques des réformes, quelles qu'elles soient, sont cependant clairs : elles doivent viser à adapter les régimes de protection de la santé aux besoins réels des utilisateurs et, par conséquent, à rendre le système plus équitable, à améliorer la qualité des soins de santé et à réduire les coûts de ces soins grâce à de nouveaux modes de financement et de gestion et à une meilleure complémentarité entre le système privé et le système public.

En vertu de l'approche choisie, les réformes seront progressives et échelonnées. Le gouvernement fixera des normes réglementaires en 1998, introduira de nouveaux modèles organisationnels pour les centres de santé et les hôpitaux en 1999 et modifiera le financement des dépenses de santé en l'an 2000. Avant de procéder à une réforme du système, des mesures ont déjà été prises pour mettre en place des modèles expérimentaux de coordination, de soutien, d'évaluation et de fourniture des services de santé, et notamment des modèles novateurs de gestion des hôpitaux publics. Pour ces expériences, un groupe de travail spécial a été chargé de l'établissement de normes de coûts et des organismes de sous-traitance, ayant pour fonction d'acheter des services pour le compte des patients, ont été mis en place²¹. En conséquence, les fonctions d'acheteur et de prestataire de services de santé ont commencé à être dissociées. Dans le cadre d'une autre expérience, de nouveaux hôpitaux ont été constitués en entreprises publiques soumises à un statut de droit privé. En conséquence, trois hôpitaux auront ce statut en 1998.

Des changements ont aussi été opérés, à titre expérimental, dans le secteur des soins de santé primaires. Les horaires d'ouverture des centres de santé ont été déréglementés (1996) et neuf centres de santé ont adopté un nouveau modèle d'organisation du travail (1996 et 1997), ce qui a eu des effets positifs sur leur

efficacité et a été bien accueilli par les usagers. En 1998, les fonctions de gestion seront décentralisées dans les centres de santé et les incitations économiques seront renforcées par l'établissement d'un lien entre rémunération et performances.

Afin de limiter la hausse des dépenses pharmaceutiques, le gouvernement a conclu en mai 1996 un accord avec l'industrie pharmaceutique, par lequel celle-ci s'engage à verser à l'État une somme équivalant à la différence entre 4 pour cent et l'augmentation effective de ces dépenses en 1997, à concurrence de 11 pour cent. Cet accord revient à appliquer un impôt de 100 pour cent sur toute augmentation des ventes de produits pharmaceutiques comprise entre 4 et 11 pour cent²². En échange, l'État s'engage à verser à l'industrie pharmaceutique des arriérés estimés à 69 milliards d'escudos. L'accord comporte d'autres clauses telles que des règles « déontologiques » pour les laboratoires pharmaceutiques, limitant par exemple la publicité et les voyages de « sensibilisation » à l'intention des médecins. Plus de 3 000 représentants de l'industrie pharmaceutique cherchent à influencer les 22 500 médecins du SNS, ce qui représente une proportion considérable.

Évaluation et recommandations

En raison de différences d'ordre institutionnel, on ne peut guère tirer de leçons universelles des réformes qui ont été menées par les autres pays de l'OCDE dans le domaine de la santé, mais leur expérience collective²³ montre que les systèmes de santé souffrent tous d'un certain nombre de problèmes qui peuvent se traduire par une mauvaise répartition stratégique des ressources dans le secteur de la santé, un manque d'efficacité opérationnelle dans les structures de gestion et des contraintes budgétaires globalement insuffisantes. Ces problèmes se manifestent généralement par *i*) un manque de cohésion dans la répartition des ressources entre le secteur des soins hospitaliers, le secteur des soins ambulatoires et le secteur pharmaceutique ; *ii*) une rémunération des différents acteurs ou une répartition des fonds entre ceux-ci qui ne récompense pas une gestion efficace ; et *iii*) des incitations générales à une surconsommation et une surproduction de services médicaux, en raison de défaillances du marché.

Ces problèmes apparaissent en général dans les systèmes où l'accès aux soins de santé est universel, total et gratuit. En principe, trois principales options

se présentent pour les atténuer : créer des structures d'incitation appropriées à l'intérieur du secteur public en tant que fournisseur universel; remplacer le système public par un ensemble de relations contractuelles avec le secteur privé; ou assurer la coexistence équilibrée d'un régime public et d'un système privé. S'agissant de la première option, les incitations pourraient être renforcées par l'imposition de contraintes budgétaires rigoureuses aux établissements publics de santé, en établissant un lien entre la rémunération des fonctionnaires de santé et leurs efforts et leur mérite, en assouplissant les restrictions en matière de licenciement, en recourant plus largement à des critères d'évaluation objectifs (groupes homogènes de malades et autres indicateurs) et en créant des organismes d'achat chargés d'assurer une affectation équilibrée et efficace des ressources. De telles incitations permettraient vraisemblablement d'améliorer l'efficacité globale des services de santé, mais elles n'apporteraient pas de réponse au problème de la surconsommation potentielle, due à des différences entre les prix et les coûts marginaux des services de santé.

Dans un système de santé purement privé (seconde option), les consommateurs et les fournisseurs réagiraient aux signaux du marché, ce qui aurait pour effet d'améliorer l'efficacité et d'éliminer la surconsommation et la surproduction de services médicaux. Cependant, un tel système laisserait probablement une partie importante de la population sans couverture médicale. Les objectifs fondamentaux d'équité seraient ainsi remis en cause, à moins que le secteur public ne subventionne l'assurance des personnes qui n'auraient pas les moyens de verser les primes déterminées par le marché.

Pour la troisième option, à savoir une combinaison équilibrée du secteur public et du secteur privé, plusieurs variantes peuvent être envisagées. Dans l'une de ces variantes, la sortie du système public est possible, ce qui se traduit par des économies de cotisations ou d'impôts utilisables pour souscrire une assurance maladie strictement privée. Dans une autre variante (complémentarité), les bénéficiaires du système public auraient la possibilité de souscrire une assurance maladie privée pour compléter le régime public. Une troisième variante consisterait à maintenir un ensemble complet de services universels dans le cadre du SNS, les usagers étant toutefois obligés de choisir l'un des régimes pour un sous-ensemble défini de services. Toutes ces variantes ont l'avantage de créer des signaux que l'État peut utiliser pour essayer d'améliorer les structures

Encadré 1. **Recommandations concernant la réforme du système de soins de santé portugais**

Compte tenu de l'analyse présentée dans ce chapitre, il faudrait que les autorités prennent des initiatives visant à *i*) améliorer l'efficacité des soins de santé assurés par le SNS ; *ii*) renforcer les mesures destinées à inciter les fournisseurs privés de soins de santé à réduire leurs coûts de façon durable et *iii*) inciter davantage les ménages à utiliser les services de soins de santé de façon économique et à accorder plus d'importance à la prévention. La réalisation de ces objectifs nécessitera d'importants changements sur le plan institutionnel et organisationnel. Le gouvernement a chargé une commission indépendante d'étudier et de proposer diverses options de réforme des soins de santé. Étant donné l'augmentation tendancielle des dépenses totales de santé, des efforts résolus de réforme doivent être engagés dans les domaines suivants :

Le secteur des soins de santé publics

Amener les établissements de soins de santé publics à assurer des services efficaces par rapport à leur coût. Il faudrait donner une orientation plus économique aux structures de gestion de tous les établissements de santé publics, en introduisant des contraintes budgétaires rigoureuses et en donnant aux gestionnaires de plus larges pouvoirs et davantage d'autonomie, ainsi qu'en ajustant les rémunérations en fonction des performances. Les crédits budgétaires devraient être calculés sur la base des thérapies ainsi que sur des simulations plus développées des prix du marché. Cela permettrait une réaffectation des ressources entre les hôpitaux. Tous les hôpitaux devraient avoir le statut d'entreprise publique. Par ailleurs, les administrations régionales de santé (ARS) devraient avoir de plus larges pouvoirs en ce qui concerne la conclusion de contrats avec les hôpitaux. Cela développerait la concurrence entre les hôpitaux et constituerait la contrepartie nécessaire de l'intégration des investissements au financement des dépenses courantes et à l'adoption de méthodes budgétaires plus flexibles. La fonction d'acheteur des ARS s'en trouverait aussi renforcée.

Améliorer la coordination et l'intégration des établissements de santé publics. Cette remarque concerne particulièrement les secteurs des soins hospitaliers et des soins ambulatoires. Le rôle de filtre des médecins généralistes devrait être renforcé. Les budgets des centres de santé et des hôpitaux, y compris leurs dépenses en capital, devraient être coordonnés et établis en commun, de préférence avec la participation des autorités de santé locales.

Modifier le système de rémunération des médecins. La part de la rémunération au mérite devrait être accrue, la rémunération de base étant complétée par une rémunération en fonction de la charge de travail et une rémunération en fonction des performances, mais il faudrait toutefois éviter une augmentation excessive des volumes et des prix. Les

(voir page suivante)

(suite)

autorités locales devraient être autorisées à offrir des indemnités spéciales pour attirer des professionnels de la santé dans les régions les moins développées.

Le secteur de la santé privé

Renforcer la concurrence dans l'offre de services de santé privés et dans la vente de produits pharmaceutiques. Les systèmes de prix de référence pour les services des médecins, ainsi que les restrictions à l'entrée et les marges fixes sur les produits pharmaceutiques devraient être supprimés. La vente de certains médicaments en dehors des pharmacies devrait être libéralisée. Les systèmes de remboursement des médicaments devraient être modifiés de manière à éliminer les contre-incitations à la production et à la vente de produits génériques. Les dépenses pharmaceutiques et les pratiques en matière de prescription devraient être contrôlées avec soin et les ententes devraient être sanctionnées.

Ménages

Inciter les ménages à utiliser les services de santé de façon plus économique. Le système de participation aux coûts devrait être restructuré et la déductibilité fiscale illimitée des dépenses de santé devrait être supprimée. Des cartes d'identité comportant des informations sur le type d'assurance souscrite devraient être instituées, tandis que les campagnes d'éducation et de prévention devraient être intensifiées. Il faudrait veiller à ce que les choix des citoyens se reflètent davantage dans le fonctionnement et la planification des services de santé.

L'interface entre le secteur privé et le secteur public de la santé

Réduire le chevauchement des assurances. Il faudrait tracer une ligne de démarcation précise entre les secteurs public et privé de la santé, soit en utilisant le système privé comme régime complémentaire, soit en offrant la possibilité de sortir du SNS. Dans les deux cas, la déductibilité fiscale des dépenses de santé et le rôle des régimes spéciaux devraient être réexaminés.

d'incitation dans le domaine public. En revanche, elles ont des incidences différentes sur les plans de l'équité et de l'efficacité.

Le dispositif institutionnel qui existe actuellement au Portugal associe des prestataires privés et publics mais ne satisfait à aucun des critères ci-dessus. Il offre la possibilité de rentes économiques importantes aux prestataires et aux patients qui sont en mesure de tirer avantage de structures de rémunération fondées sur des ententes et de soins de santé privés subventionnés par l'État, ce

qui nuit à une bonne affectation des ressources. Simultanément, les disparités régionales en matière de services de soins de santé et les différences d'accès des différents groupes de revenus aux soins de santé sont encore importantes. Compte tenu de ces déséquilibres et de l'augmentation des dépenses qu'ils engendrent, le processus de réforme en cours devrait être renforcé et intensifié. Les réformes en sont encore au stade expérimental, et les changements institutionnels ne sont opérés qu'à la marge : leurs effets sur l'ensemble du système ne se feront donc sentir que lentement et progressivement. En outre, les réformes actuelles ne proposent aucune méthode satisfaisante pour corriger les distorsions qui affectent la structure des coûts et l'affectation des ressources du fait du chevauchement des services privés et publics de santé.

Des efforts de réforme vigoureux sont indispensables pour obtenir un rapport plus satisfaisant entre services publics et privés, pour améliorer l'efficacité des soins de santé relevant du SNS, pour inciter davantage les prestataires de soins de santé privés à réduire leurs coûts et pour pousser les ménages à utiliser les services de soins de santé de façon économique. L'encadré 1 présente sous une forme résumée un certain nombre de recommandations allant dans ces directions.

Améliorer l'affectation des ressources dans le cadre du Service national de santé

Dans le cadre du SNS, de vastes réformes organisationnelles sont nécessaires afin de réduire les inégalités devant les soins de santé, particulièrement visibles dans le manque de développement du secteur ambulatoire. En ce qui concerne l'affectation des ressources, il faudrait passer d'un financement passif des fournisseurs de soins de santé à un système actif d'achat de services de santé. Les *Administrações Regionais de Saúde* devraient avoir la possibilité de conclure des contrats avec des hôpitaux et des centres de santé, ce qui stimulerait la concurrence entre établissements de santé. Au niveau de la planification, un meilleur accès aux soins ambulatoires du SNS suppose que les hôpitaux et les centres de soins de santé primaires coordonnent leur gestion dans le cadre d'une institution locale de tutelle. Les décisions concernant les investissements et les dépenses courantes devraient être compatibles et l'affectation des ressources entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier devrait être équilibrée et cohérente. Une intégration de la gestion des hôpitaux et des centres de santé

permettrait aussi de renforcer la fonction d'orientation des médecins généralistes. Par ailleurs, le développement et l'amélioration de l'équipement des centres de santé et l'allongement de leurs horaires d'ouverture permettraient d'alléger la charge de travail des services d'urgence des hôpitaux.

De nouvelles structures d'incitation sont nécessaires pour assurer une affectation plus efficace des ressources. Ces structures devraient être fondées sur une décentralisation des décisions et sur la responsabilisation des gestionnaires de tous les établissements de santé en termes de résultats. Le statut juridique de tous les hôpitaux publics devrait être modifié, et ces derniers devraient être assujettis au droit privé et à des contraintes budgétaires rigoureuses. Cela supposerait que les gestionnaires disposent de plus larges pouvoirs en matière d'achats et de politique du personnel, y compris sur le plan des rémunérations. Les crédits budgétaires devraient être établis sur la base des thérapies, au moyen de critères d'évaluation objectifs (groupes homogènes de malades et autres indicateurs). Ces critères doivent être affinés de manière à permettre aux gestionnaires de réagir aux signaux du marché. Les nouveaux moyens, plus précis, permettant d'évaluer les gains d'efficience (comptabilité améliorée et rémunération sur la base d'une tarification par pathologie) pourraient aussi permettre de récompenser les gains de productivité. La concurrence entre prestataires publics de soins de santé pourrait aussi être intensifiée par la suppression du critère de résidence pour l'utilisation des services de santé locaux et par une plus grande liberté dans la fixation des prix.

Le système de rémunération des médecins devrait être modifié. La composante de la rémunération fondée sur le mérite devrait être renforcée, le salaire de base étant complété par une rémunération en fonction de la charge de travail et des performances (capitation, primes liées aux objectifs, etc.). Les médecins devraient avoir de plus larges pouvoirs en ce qui concerne le niveau et la gamme des services offerts, l'orientation vers d'autres services et d'autres possibilités de traitement (rémunération à l'acte) pour les services rendus. D'un autre côté, le système de rémunération à l'acte, s'il est poussé trop loin, risque d'inciter les médecins à accroître le volume et les prix des services qu'ils assurent. Reflétant l'affectation des crédits budgétaires sur la base des pathologies dans les établissements publics, ces rémunérations seraient comparables à celles du secteur privé, si bien qu'il n'y aurait plus besoin d'accorder aux médecins du secteur public une prime d'exclusivité. Par ailleurs, les administrations locales devraient pouvoir

offrir des avantages spéciaux pour attirer les professionnels de la santé dans les régions les moins développées.

Réduire les coûts dans le secteur privé

Dans le secteur privé de la santé, la concurrence doit être stimulée par la suppression des prix de référence applicables aux tarifs des médecins privés, ainsi que par un déplafonnement du nombre de médecins autorisés à exercer. S'agissant des pharmacies, les restrictions à l'entrée devraient être assouplies, les marges fixes devraient être supprimées et le système de remboursement devrait être modifié de manière à rendre les pharmacies moins tributaires de l'Association des pharmacies. Un barème de remboursement fondé sur des formules et non sur des médicaments de marque permettrait de réduire les dépenses pharmaceutiques en encourageant la production de produits génériques. Par ailleurs, la vente de certains produits pharmaceutiques devrait être autorisée en dehors des pharmacies, par exemple dans les hôpitaux et les supermarchés. Enfin, les dépenses pharmaceutiques et les pratiques en matière de prescription devraient être contrôlées avec soin et des sanctions devraient être imposées afin d'éviter toute entente dans le secteur pharmaceutique.

Influer sur le comportement des consommateurs

Dans tous les régimes de santé, mais plus particulièrement dans ceux qui sont financés sur les recettes générales, il est important de réduire toute utilisation excessive de ce qui apparaît comme un service gratuit aux consommateurs de soins de santé. A cette fin, la déductibilité fiscale des dépenses de santé, qui a surtout pour effet d'accroître la demande de services de santé émanant des titulaires de revenus élevés, devrait être supprimée et la participation aux coûts devrait être accrue. Afin d'éviter tout conflit avec l'objectif d'une plus grande équité, un crédit d'impôt devrait être institué, tandis que les participations aux coûts pourraient être plus différenciées suivant les niveaux de revenu. L'éducation des consommateurs et l'adoption de prix de référence et de lignes directrices devraient permettre de réduire la demande superflue de produits pharmaceutiques, tandis que des cartes d'identité contenant des informations sur la santé des patients et indiquant l'assurance à laquelle ils sont affiliés permettraient d'éviter une redondance des consultations, avec la surconsommation d'examen diagnostiques et de médicaments qu'elle entraîne. D'un autre côté, le SNS devrait

répondre de façon plus efficace aux besoins de la population. A cette fin, des outils devraient être mis au point afin de mieux refléter les choix des citoyens dans le fonctionnement et la planification des services de santé.

Améliorer l'interface entre le secteur public et le secteur privé

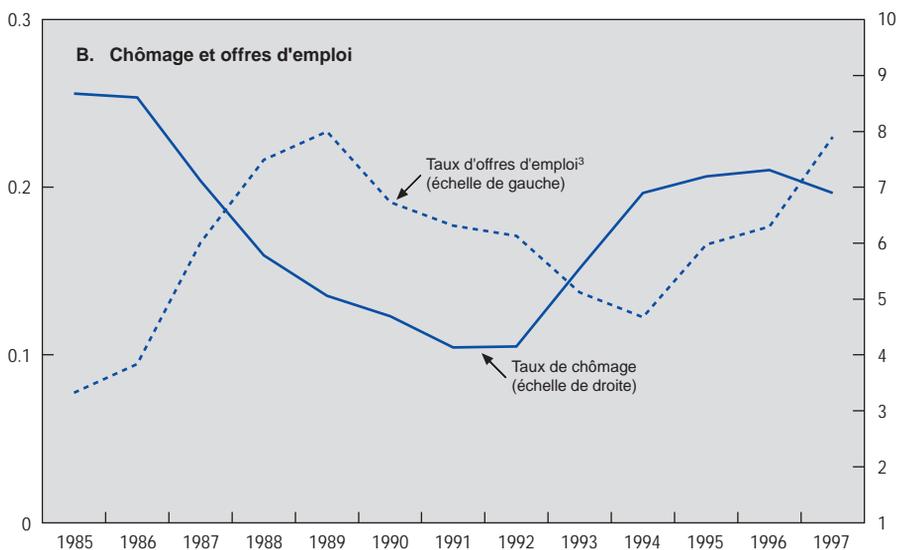
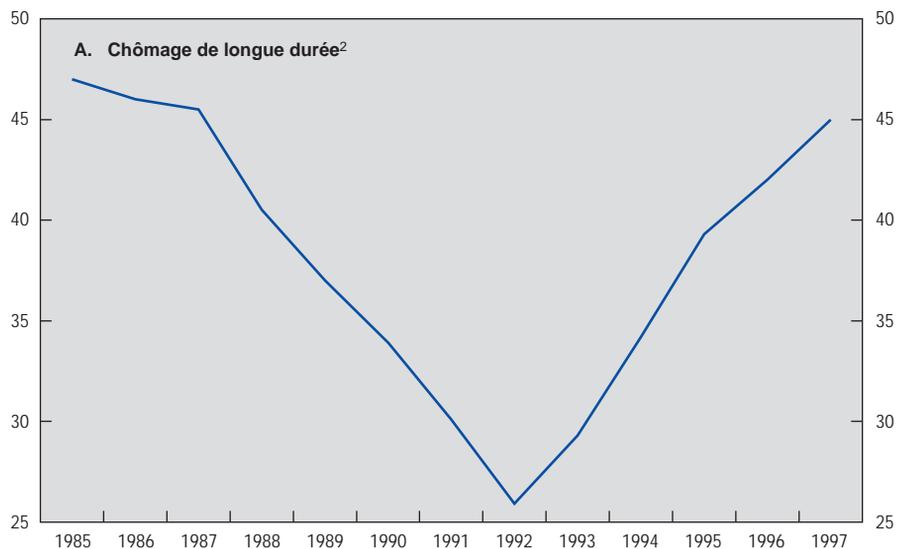
Au niveau du marché global des soins de santé, l'enjeu le plus important est de mettre un terme au chevauchement des régimes et aux lourdeurs qu'il entraîne afin de réduire la redondance des traitements et le détournement de ceux-ci par le système médical privé. Des établissements médicaux privés sont nécessaires pour assurer la concurrence, et les ARS doivent conserver la possibilité d'acheter des services auprès des deux secteurs. Une ligne de démarcation précise doit être tracée entre le système de santé public et le système de santé privé. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées à cette fin, l'une consistant à utiliser le système privé pour compléter le SNS, mais avec des primes d'assurance permettant de couvrir intégralement les coûts marginaux. Un tel système ne satisfait pas au critère d'universalité, mais il serait plus équitable que le système actuel. Une autre option serait de donner aux patients la possibilité de sortir du SNS. Cela pourrait entraîner un phénomène d'antisélection et d'écémage de la part des assureurs, mais les crédits d'impôt accordés aux personnes sortant du SNS pourraient être calculés de manière à ce que celles-ci continuent d'y contribuer. Une autre option encore consisterait à adopter une approche spécialement adaptée à la complexité du cadre institutionnel qui existe actuellement au Portugal. Il s'agirait de maintenir un ensemble commun et complet de services de santé universels dans le cadre du SNS, tout en obligeant les usagers à choisir, pour un sous-ensemble défini de services, entre le SNS, un régime spécial ou un autre régime d'assurance. Cette différenciation permettrait de mettre en concurrence le SNS et des prestataires privés, d'éviter une redondance des assurances et de définir les responsabilités financières des différents prestataires. Les régimes spéciaux devraient évoluer de la même manière que les compagnies d'assurance maladie privées, et être assujettis à des procédures de mise en concurrence et à des règles de transparence en matière de coûts. A cet fin, les régimes du secteur public devraient être tenus de publier leurs comptes. Cela permettrait au marché privé de la santé de se développer plus rapidement et, ainsi, de stimuler la concurrence et de contribuer à une meilleure prise en compte des signaux du marché, qui pourraient être utilisés pour améliorer l'efficacité du secteur public.

IV. Mise en œuvre de la réforme structurelle : examen des progrès réalisés

Dans le cadre fixé par l'*Étude sur l'emploi* de l'OCDE, l'*Étude économique du Portugal* publiée par l'OCDE en 1996 formulait une série de recommandations détaillées en vue d'améliorer le fonctionnement du marché du travail portugais. Grâce au raffermissement de la croissance, le taux de chômage serait tombé de 7.3 pour cent en 1996 à 6.8 pour cent en 1997, chiffre qui est encore supérieur au taux «naturel». Selon les études les plus récentes, le taux de chômage compatible avec un rythme de hausse stable des salaires (NAWRU) se situe aux environs de 6 pour cent, chiffre à peu près inchangé par rapport aux estimations établies pour le milieu des années 80. Les performances du marché du travail du Portugal soutiennent la comparaison avec celles de la plupart des autres pays de l'OCDE.

Les conditions structurelles du marché du travail ne semblent pas s'être dégradées depuis l'adhésion du Portugal à l'UE, mais les évolutions dans la première moitié des années 90 laissent penser que le Portugal est entré dans une période plus difficile d'ajustement de l'emploi. Les réductions d'effectifs ont été concentrées dans quelques branches traditionnelles²⁴, touchant des travailleurs âgés dotés d'une longue expérience professionnelle. De ce fait, la période effective de recherche d'un emploi s'est sans doute allongée²⁵. Il semble que le marché du travail s'ajuste moins aisément que dans le passé, comme en témoigne le chômage de longue durée (12 mois et plus) qui a régulièrement augmenté pendant trois années et demie après le début de l'expansion économique, avant de commencer à régresser au troisième trimestre de 1997 (graphique 24 et tableau 2). Les difficultés croissantes à entrer sur le marché du travail se sont également manifestées jusqu'en 1996, avec l'augmentation de la proportion respective des jeunes chômeurs et des primo-demandeurs dans le chômage total.

Graphique 24. INDICATEURS DU MARCHÉ DU TRAVAIL¹



1. Les données pour 1997 représentent les moyennes des trois premiers trimestres.

2. Part du chômage de longue durée (12 mois et plus) dans le chômage total.

3. Nombre d'offres d'emploi en pourcentage de la population active.

Source : OCDE.

Reconnaissant que la flexibilité du salaire réel ne permettrait pas à elle seule d'éviter la montée du chômage structurel, l'*Étude* de 1996 proposait une stratégie de réforme de grande envergure, prévoyant une réduction des coûts de main-d'œuvre non salariaux, une plus grande flexibilité des apports de main-d'œuvre, une valorisation plus intense du capital humain, un développement de la création d'entreprises et de l'innovation et un renforcement de la concurrence sur les marchés de produits. Tout en constatant que des initiatives avaient déjà été prises sur plusieurs de ces fronts, le programme appelait à des mesures détaillées axées sur les objectifs suivants :

- *Réduire la pression fiscale sur les revenus du travail et accroître la flexibilité du marché du travail* : les taux d'imposition et les taux de cotisation devaient être restructurés et de l'administration de l'impôt améliorée afin d'harmoniser le régime des salariés et celui des travailleurs indépendants et de réduire la fraude fiscale ; la différenciation des salaires minimums selon l'âge devait être accentuée ; la législation relative à la protection de l'emploi devait être allégée – les critères d'ouverture des droits aux prestations de chômage sont plus rigoureux au Portugal que dans les autres pays²⁶ – et appliquée de manière uniforme ; un cadre juridique devait être instauré afin de protéger les travailleurs dépourvus de contrat formel ; enfin, les restrictions sur le marché du logement qui réduisent la mobilité de la main-d'œuvre devaient être progressivement supprimées.
- *Améliorer l'efficacité des politiques actives du marché du travail* : les programmes actifs du marché du travail devaient être mieux adaptés aux besoins des groupes-cibles. Ils devaient être suivis plus efficacement et des efforts plus énergiques devaient être déployés pour instaurer des normes reconnues sur le plan national en matière d'acquisition de compétences et de qualifications.
- *Améliorer les qualifications et les compétences de la main-d'œuvre* : il convenait d'allonger la scolarité obligatoire et d'élargir les possibilités de formation professionnelle, notamment au niveau post-secondaire. Il était nécessaire d'améliorer la qualité de l'enseignement scolaire, en s'efforçant en priorité de réduire les taux d'abandon élevés. Il était préconisé d'améliorer les compétences organisationnelles des gestionnaires et des propriétaires de petites et moyennes entreprises et de développer la formation des salariés dans l'entreprise.

- *Intensifier la concurrence sur les marchés de produits* : il convenait de démanteler les entraves à l'accès sur certains segments du marché privé des services et d'accélérer le rythme des privatisations. Le régime des marchés publics devait être libéralisé.
- *Améliorer l'infrastructure et créer un climat favorable à l'entreprise et à l'innovation* : l'infrastructure devait être améliorée et la recherche-développement stimulée. Il fallait réduire les coûts de transaction découlant de la fusion de petites entreprises et/ou du changement de leur site géographique.

Depuis la mise en final de l'*Étude économique de l'OCDE sur le Portugal* en juin 1996, les pouvoirs publics ont pris des initiatives dans bon nombre de ces domaines. Ces dispositions sont passées en revue dans le présent chapitre.

Progrès de la réforme structurelle

Réduire les impôts et accroître la flexibilité du marché du travail

La principale initiative visant à améliorer les résultats du marché du travail a été le *Pacte social* de décembre 1996 signé par le gouvernement et les partenaires sociaux. Jugeant que le chômage structurel a augmenté récemment au Portugal²⁷, le Pacte se fixe pour objectif un accroissement annuel tendanciel de l'emploi de près de 1 pour cent au cours des trois années s'achevant en 1999 (100 000 emplois). Selon le scénario économique prévu par le Pacte, le PIB réel, tiré par les exportations et l'investissement, augmente de 3.3 pour cent par an entre 1997 et 1999 et la productivité de la main-d'œuvre s'accroît de 2.4 pour cent, d'où une convergence continue des revenus réels. Il est tenu compte d'une certaine modération du salaire nominal, déterminée par trois paramètres : le taux d'inflation attendu, le taux de croissance prévu de la productivité du travail à l'échelon de l'entreprise ou du secteur et la situation financière des entreprises. Pour 1997, la valeur de référence de la croissance du salaire nominal est fixée à 3.5 pour cent, et l'inflation prévue est de 2.5 pour cent.

En contrepartie d'une modération du salaire nominal, le gouvernement s'est engagé à élaborer des projets de décrets-lois concernant les négociations salariales collectives, la législation du travail, la sécurité sociale, la santé²⁸, la fisca-

lité, l'éducation et la formation. Les principaux « engagements contraignants », dont certains ont déjà été transcrits dans la législation, sont les suivants :

- *Réforme fiscale* : Le Pacte prévoit la simplification des procédures fiscales, avec notamment l'instauration d'un fichier des contribuables, la création en 1997 d'une « carte à puce » fiscale (indiquant les créances et les dettes du contribuable vis-à-vis des autorités fiscales) et l'amélioration de l'administration de l'impôt par une meilleure formation des agents, une réorganisation des services fiscaux et douaniers et une coordination plus efficace entre les différentes administrations fiscales et les collectivités locales.
- *Réforme de la sécurité sociale* : Le gouvernement entend aligner les cotisations de sécurité sociale des travailleurs indépendants sur celles des salariés. S'agissant des prestations sociales, un programme de revenu minimum garanti a été instauré à l'échelle nationale en 1997, à l'issue d'une phase expérimentale en juillet 1996. Ce dispositif prévoit de garantir un revenu familial dont le montant dépend du type de foyer et du revenu salarial. Pour stimuler la recherche d'un emploi, une disposition spéciale autorise les personnes nouvellement recrutées à conserver une fraction plus grande de leur revenu de transfert durant la première année d'emploi²⁹. Des propositions pour une refonte de l'ensemble du système de sécurité sociale figurent dans le Livre blanc qui sera publié par une commission spéciale avant la fin de 1997. Le Livre vert, rapport préliminaire de la Commission publié en juin 1997, a marqué l'ouverture d'un débat public. Les négociations entre le gouvernement et les partenaires sociaux commenceront après la publication du rapport final³⁰.
- *Recours plus large à des contrats de travail atypiques, application plus stricte des normes de travail et examen des restrictions au licenciement*. Dans le secteur public, les contrats de durée déterminée conclus en 1997 et 1998 peuvent, dans des circonstances particulières, être reconduits à deux reprises après la période normale avant d'être transformés automatiquement en contrats permanents. Le *Pacte social* prévoit l'extension de cette règle à tous les salariés. Tout en appuyant l'activité des agences d'intérim, le Pacte envisage des sanctions plus sévères à l'encontre des entreprises qui emploient des enfants, des salariés présentés comme travailleurs indépendants (travailleurs dépourvus d'un contrat de travail formel) et de la main-d'œuvre au noir. Un projet de législation

soumis en 1997 facilite l'extension des contrats de durée déterminée aux travailleurs recrutés selon un mécanisme d'appel d'offres. Le Pacte prévoit aussi une révision des restrictions au licenciement qui seront appliquées de manière plus uniforme qu'auparavant.

Améliorer l'efficacité des politiques actives du marché du travail

Dans le cadre de l'action visant à accroître l'efficacité globale des politiques actives du marché du travail, le *Pacte social* privilégie un large éventail de mesures destinées à promouvoir l'orientation professionnelle individuelle des chômeurs, en particulier des chômeurs de longue durée, à développer l'activité de placement des services de l'emploi, c'est-à-dire à accélérer la saisie et la diffusion d'informations sur les nouvelles offres d'emploi, à mieux adapter les programmes de formation aux besoins des groupes-cibles tels que les jeunes, les chômeurs, les personnes en danger de perdre leur emploi et les propriétaires de petites et moyennes entreprises, et à améliorer en 1997 le suivi et l'évaluation des politiques actives du marché du travail grâce à une plus grande participation des partenaires sociaux. Le gouvernement prévoit de porter à 220 milliards d'escudos (1.3 pour cent du PIB) les crédits annuels en faveur des politiques actives du marché du travail³¹.

Améliorer les qualifications et les compétences de la main-d'œuvre

Le gouvernement est également déterminé à faciliter l'accès à l'éducation préscolaire, à améliorer la coordination des systèmes d'enseignement et de formation et à redéfinir les lignes directrices pour l'élaboration des programmes et l'évaluation des performances dans l'enseignement primaire et secondaire. La réduction des taux d'abandon élevés est un important objectif : à cet effet, il est prévu de donner de plus larges possibilités de redoubler la dernière année de l'école primaire et d'offrir des filières de rechange³². Simultanément, des mesures seront prises pour améliorer la qualité des stages de formation à l'intention des salariés des petites et moyennes entreprises.

Intensifier la concurrence sur les marchés de produits

Avec la vente accélérée d'entreprises publiques, en 1996 le produit des privatisations a atteint le niveau record de 2.8 pour cent du PIB, contre 2.3 pour cent en 1995³³. Sur ce total, qui dépasse de loin le niveau prévu, autour de

60 pour cent (1.7 pour cent du PIB) ont été affectés au remboursement de la dette publique. Au cours de la période 1990-96, une quarantaine d'entreprises publiques ont été privatisées, pour un montant équivalent à près de 14 pour cent du PIB (tableau 24). Le Portugal se classe ainsi parmi les premiers pays de l'OCDE pour l'ampleur des privatisations. En 1996 celles-ci ont porté sur un large éventail de secteurs : pétrole, télécommunications, cimenterie, produits chimiques, tabac et transformation des denrées alimentaires. La mise en vente d'anciennes sociétés d'État a continué de stimuler l'expansion du marché des capitaux : les 17 sociétés privatisées cotées à la Bourse de Lisbonne représentaient près de la moitié de la capitalisation totale à la fin de 1996 et du volume de

Tableau 24. **Principales privatisations 1989-97**

Secteur/Société	Recettes (en milliards d'escudos)	Part privatisée	Année(s)
Banques :			
Banco Português do Atlântico	223.3	100	1990-1995
Banco de Fomento e Exterior	155.4	85	1994-1996
Banco Espírito Santo e Comercial de Lisboa	150.0	100	1991-1992
Banco Totta et Açores	76.2	93	1989-1996
Banco FONSECAS et Burnay	45.1	100	1991-1992
Banco Pinto et Sotto Mayor	44.0	100	1994-1995
Crédito Predial Português	40.8	100	1992
União de Bancos Portugueses	39.4	100	1993-1996
Sociedade Financeira Portuguesa	16.0	100	1991
Compagnies d'assurances :			
Tranquilidade	44.7	100	1989-1990
Mundial Confiança	33.4	100	1992
Bonança	29.7	100	1991-1994
Império	25.5	100	1992
Aliança Seguradora	13.9	100	1989-1991
Autres :			
Portugal Telecom (télécommunications)	653.0	75	1995-1997
EDP (électricité)	391.5	30	1997
CIMPOR (ciment)	146.1	65	1994-1996
Petrogal (pétrole)	83.8	45	1992-1995
CMP (ciment)	39.6	100	1994-1995
SECIL (ciment)	35.9	59	1994-1995
Portucel Industrial (pâte et papiers)	35.6	40	1995
Centralcer (brasserie)	34.6	100	1990
Tabaqueira (tabac)	33.2	65	1996
Unicer (brasserie)	22.6	100	1989-1990

Source : Ministério das Finanças.

l'activité au cours de la même année. Les opérations de privatisation ont pris des formes très diverses – ventes directes, adjudications publiques, émissions publiques et ventes de gré à gré. Comme en 1995, la participation étrangère a été substantielle³⁴.

Avec des recettes escomptées supérieures à 3 pour cent du PIB, le programme de privatisations devrait encore afficher des gains en 1997 après les bons résultats de 1996. De nouveaux progrès ont été réalisés en 1997 dans la vente partielle de grandes entreprises d'État (dans le secteur de l'énergie) comme dans la restructuration des services d'utilité publique (télécommunications et électricité) et des entreprises industrielles. La cession d'une part allant jusqu'à 49 pour cent du capital de la compagnie d'électricité (*Electricidade de Portugal, EDP*) fera de celle-ci la plus grosse société cotée de par sa capitalisation boursière, avec peut-être l'actionnariat le plus étendu pour une entreprise portugaise. La vente d'une part de 31 pour cent en juin 1997 avait rapporté plus de 2.2 milliards de dollars. La réforme de la réglementation a avancé au même rythme que la privatisation : une commission réglementaire a été mise en place dans le domaine des télécommunications et l'autorité de tutelle du secteur de l'électricité est devenue opérationnelle (1997).

Le programme pour 1998 et 1999 réaffirme les quatre grands objectifs de la politique de privatisation du Portugal : renforcer la concurrence, élargir et approfondir les marchés de capitaux, réduire l'endettement public et maximiser le produit des privatisations. Les entreprises dont la privatisation est prévue en 1998 et 1999 opèrent dans les secteurs suivants : ciment, pâtes et papiers, construction mécanique, construction et réparation navales, tabacs, gestion des aéroports, transports aériens, autoroutes, services portuaires, électricité, pétrole et gaz. Les recettes totales attendues pour les deux années représentent l'équivalent de 4 pour cent du PIB de 1999. La part des entreprises dans lesquelles l'État est majoritaire tomberait ainsi aux alentours de 5 pour cent du PIB en 1999, contre près de 20 pour cent en 1988. La concurrence sur les marchés de produits a été également stimulée par l'expansion des investissements directs étrangers et la diffusion connexe des technologies de pointe. L'investissement direct étranger a atteint un montant total estimé à 240 milliards d'escudos en 1997 (1.3 pour cent du PIB) et pourrait dépasser 2 pour cent du PIB en 1998, grâce au projet d'usine Siemens, principal investissement étranger après *AutoEuropa*.

Sur le marché du logement, les restrictions en place ont été atténuées du fait de la vive expansion de la construction de logements neufs – conséquence d'un assouplissement de l'accès au crédit. Les logements neufs ne sont pas soumis à la réglementation des loyers. Le gouvernement prévoit de modifier les impôts fonciers dans le cadre de la réforme du marché du logement. Un tiers seulement des propriétaires de logements acquittent des impôts sur la propriété immobilière. Les procédures des marchés publics sont conformes aux directives de l'UE, de sorte que les projets d'infrastructure sont ouverts à la participation étrangère.

Améliorer l'infrastructure et créer un climat favorable à l'entreprise et à l'innovation

Le Pacte social de décembre 1996 prévoit aussi de nouvelles incitations à la création et à la modernisation des petites et moyennes entreprises et des micro-entreprises. Pour faciliter la restructuration, en février 1997 le gouvernement a instauré des garanties limitées et conditionnelles pour les prêts à moyen terme à taux préférentiel consentis par les banques aux petites entreprises. En vertu du «plan Mateus», l'État garantit jusqu'en 1999 la moitié de chaque prêt assorti d'un taux préférentiel compris entre 6 et 8 pour cent – moins de la moitié du taux acquitté par de nombreuses petites entreprises. Toutefois, cette garantie n'est accordée que si les bénéficiaires du prêt règlent leurs dettes vis-à-vis de l'administration fiscale et du système de sécurité sociale. Le règlement de l'impôt peut être échelonné sur une période pouvant atteindre 8 ans, sans pénalités ni intérêts. Le gouvernement prévoit aussi de créer des réseaux régionaux pour les qualifications et l'emploi et d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes sectoriels pour la modernisation des entreprises, notamment en augmentant les dépenses de R-D et en allégeant les formalités administratives³⁵.

D'un montant total de 4.2 pour cent du PIB en 1996 (tableau 25), les transferts bruts de l'UE ont encore largement contribué à améliorer l'infrastructure matérielle et immatérielle du Portugal. En 1996, les investissements financés par l'UE ont représenté 10 pour cent de l'investissement total, la plus grande partie des fonds structurels étant consacrés à des projets d'amélioration de l'infrastructure et du capital humain (tableau 26). Le programme d'aide de l'UE, qui arrive à son terme en 1999, pourrait être prolongé, de sorte que le Portugal bénéficierait de nouveaux transferts³⁶. Les principaux projets d'investissement

Tableau 25. **Transferts de l'UE**

En pourcentage du PIB

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Transferts de l'UE au Portugal	3.5	3.7	4.7	3.6	4.4	4.2
Fonds structurels	2.9	3.1	3.9	2.3	2.9	3.1
Autres	0.6	0.6	0.8	1.3	1.5	1.1
Transferts à l'UE	1.2	1.2	1.2	1.7	1.2	1.1
Transferts nets de l'UE au Portugal	2.3	2.5	3.5	1.8	3.2	3.1

Source : Données communiquées par les autorités portugaises.

Tableau 26. **Dépenses au titre du Cadre communautaire d'appui**

En pourcentage du PIB

	1989-1993	1994-1999
Infrastructure	0.74	0.90
Ressources humaines	0.91	0.81
R-D	0.07	0.08
Secteur productif	0.99	1.08
Total financements de l'UE	2.70	2.86
Infrastructure	0.64	0.55
Ressources humaines	0.39	0.26
R-D	0.03	0.03
Secteur productif	0.47	0.41
Total financements publics	1.53	1.25
Infrastructure	0.02	0.02
Ressources humaines	0.02	0.02
R-D	0.00	0.00
Secteur productif	0.98	1.29
Total financements privés	1.11	1.43
Total financements CCA	4.98	5.76

Source : DPP.

cofinancés avec les fonds de l'UE comprennent le nouveau pont routier sur le Tage, le réaménagement du vieux pont sur le Tage et la création d'un réseau d'approvisionnement en gaz naturel, qui représente à ce jour le plus grand projet d'infrastructure industrielle au Portugal³⁷. Les délais de mise en route des projets

cofinancés par l'UE ont été réduits, grâce à une meilleure coordination des différents organes gouvernementaux.

Évaluation et recommandations

Les récentes mesures et initiatives en matière de réforme structurelle couvrent un large éventail d'activités. Fondées essentiellement sur un consensus social et inscrites dans le *Pacte social* de décembre 1996, leur mise en œuvre devrait répondre dans une certaine mesure aux recommandations de la *Stratégie de l'OCDE pour l'emploi* (voir encadré 2). En particulier, les contrats de travail atypiques ont encore gagné en importance, ce qui pourrait rendre l'emploi plus réactif aux variations conjoncturelles de la production. En 1997, le raffermissement de la croissance économique a permis d'inverser la hausse tendancielle du chômage, confirmant ainsi que le Portugal fait partie des pays où, à la faveur d'écart salariaux marqués et flexibles, les salaires réels s'ajustent aisément au niveau du chômage³⁸.

Néanmoins, le marché du travail portugais continue de souffrir de pénuries de qualifications, comme en a témoigné jusqu'à une date récente l'augmentation parallèle du taux de chômage et du taux des vacances d'emploi. A la mi-1997, le taux d'offres d'emploi non satisfaites dépassait les niveaux observés en 1990, année du dernier pic conjoncturel, tandis que le taux de chômage était en hausse de 3.7 points par rapport à cette même année. En conséquence, les écarts de rémunération se sont encore creusés durant la phase d'expansion actuelle, tandis que les primes pour certaines catégories d'études supérieures ont augmenté. Les déséquilibres régionaux du marché du travail sont toujours accusés et nécessitent une décentralisation du processus gouvernemental de décision ainsi qu'un assouplissement des restrictions visant le marché du logement.

Comme beaucoup d'autres pays, le Portugal a vu se développer le travail indépendant, du fait en partie d'un raffermissement de l'esprit d'entreprise. Mais cette expansion observée a été amplifiée par la disparité des taux de cotisation à la sécurité sociale. Ces taux sont encore sensiblement plus bas pour les travailleurs indépendants, que pour les salariés, ce qui donne naissance à un emploi indépendant factice. De fait, un grand nombre de travailleurs continuent d'être recrutés comme des travailleurs indépendants et ne disposent pas d'un contrat de travail. L'insécurité de l'emploi qui en résulte devrait être réduite grâce à

Encadré 2. Mise en œuvre de la Stratégie de l'OCDE pour l'emploi : vue d'ensemble

Proposition	Action	Évaluation et recommandations
I. Réduire la pression fiscale et accroître la flexibilité du marché du travail		
<ul style="list-style-type: none"> • Restructurer les taux d'imposition et de cotisation • Améliorer l'administration de l'impôt 	<p>Pas d'action</p> <p>Recouvrement accéléré et mise en place du plan Mateus</p>	<p>Restructurer les taux d'imposition et de cotisation</p> <p>Maintenir le processus d'accélération du recouvrement de l'impôt et de réduction de la fraude fiscale</p> <p>Supprimer les obstacles à l'embauche de jeunes</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Accentuer la différenciation des salaires minimums selon l'âge • Assouplir la législation relative à la protection de l'emploi et l'appliquer de manière uniforme • Mettre en place un cadre juridique pour les travailleurs dépourvus de contrat formel • Supprimer les restrictions visant le marché du logement 	<p>Pas d'action</p> <p>Extension de la surveillance de la lutte contre les formes illégales d'emploi</p> <p>Projet de législation visant à réduire l'emploi indépendant factice</p> <p>Pas d'action</p>	<p>Cette action devrait être poursuivie après 1997</p> <p>Mettre en œuvre le cadre juridique</p> <p>Elaborer un plan global de suppression des restrictions sur le marché du logement, avec notamment une réforme de l'impôt sur la propriété immobilière</p>
II. Améliorer l'efficacité des politiques actives du marché du travail		
<ul style="list-style-type: none"> • Adapter plus étroitement les programmes aux besoins des groupes-cibles • Suivre les programmes plus efficacement 	<p>Sélection améliorée des candidats à la formation</p>	<p>Mettre en œuvre le Pacte social de 1996</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer des normes reconnues sur le plan national en matière d'acquisition de compétences et de qualifications 	<p>Première tentative de mise au point de programmes d'évaluation</p> <p>Nouvelles initiatives de l'Institut de l'emploi et de la formation</p>	<p>Mettre en œuvre le Pacte social de 1996</p> <p>Mettre en œuvre le Pacte social de 1996</p>
III. Améliorer les qualifications et les compétences de la main-d'œuvre		
<ul style="list-style-type: none"> • Allonger la scolarité obligatoire et élargir les possibilités de formation 	<p>Programme de formation spécial pour les jeunes</p>	<p>Allonger la scolarité obligatoire et accélérer les efforts en vue d'améliorer la qualité de l'enseignement scolaire et de la formation</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de l'enseignement scolaire 	<p>Augmentation du nombre des enseignants.</p> <p>Meilleure formation des enseignants</p>	
IV. Intensifier la concurrence sur les marchés de produits		
<ul style="list-style-type: none"> • Lever les obstacles à l'entrée et mettre en place une réforme réglementaire • Accélérer la privatisation • Libéraliser le régime des marchés publics 	<p>Réforme réglementaire pour l'électricité et les télécommunications</p> <p>Ventes massives d'entreprises publiques</p> <p>Libéralisation du régime des marchés publics</p>	<p>La réforme devrait être poursuivie</p> <p>Maintenir le rythme de la privatisation</p> <p>Accélérer l'exécution des projets d'investissement</p>

Encadré 2. Mise en œuvre de la Stratégie de l'OCDE pour l'emploi : vue d'ensemble (suite)

Proposition	Action	Évaluation et recommandations
V. Améliorer l'infrastructure et créer un climat favorable à l'entreprise et à l'innovation		
<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'infrastructure 	Lancement de nouveaux grands projets (ponts, réseau de gaz naturel, autoroutes, etc.)	Les projets devraient être poursuivis
<ul style="list-style-type: none"> • Etendre les compétences des collectivités locales 	Réseaux locaux pour l'emploi	Décentraliser davantage la prise de décision au niveau des administrations publiques Action à poursuivre
<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les délais de mise en œuvre des projets cofinancés par l'UE 	Meilleure coordination	
<ul style="list-style-type: none"> • Stimuler la recherche-développement 	Programmes sectoriels sociaux	Mettre en œuvre le Pacte social de 1996 et alléger les formalités administratives
<ul style="list-style-type: none"> • Réduire le morcellement de l'appareil productif 	Incitations à la création de nouveaux réseaux d'entreprises	Mettre en œuvre le Pacte social de 1996 et alléger les formalités administratives

l'harmonisation des cotisations de sécurité sociale et à la mise en place d'un cadre juridique prévoyant l'obligation d'accorder des contrats de travail formels flexibles à ces travailleurs.

Sur les marchés de produits, les ventes records d'entreprises publiques, la réforme réglementaire dans le secteur des services d'utilité publique et l'efficacité croissante de l'administration fiscale ont permis d'améliorer les conditions de la concurrence. La fraude fiscale a été fortement réduite et le recouvrement des impôts et des cotisations sociales a été accéléré. Néanmoins, si le plan Mateus se révèle un dispositif ingénieux dans la mesure où la garantie par l'État des crédits bancaires bonifiés aux petites entreprises est subordonnée au remboursement des arriérés d'impôts et de cotisations sociales, la collecte des recettes est encore entravée par le morcellement des administrations compétentes. Du fait des dispositions constitutionnelles, les fichiers personnels sont interdits et, contrairement à ce qui est le cas des impôts, la fraude sur les cotisations n'est pas considérée comme une infraction pénale.

En résumé, l'évolution récente du marché du travail et les perspectives d'un raffermissement de la croissance économique montrent qu'il est de plus en plus important de rapprocher les niveaux d'instruction et de qualification du Portugal de la moyenne de l'OCDE. Le rythme de la réforme dans ce domaine devrait être accéléré. Les pénuries de qualifications professionnelles et scolaires pourraient être résorbées par de nouveaux progrès vers l'allongement de la scolarité obligatoire, l'extension des possibilités de formation pour les jeunes qui ont abandonné leurs études secondaires, l'amélioration de la qualité et du contrôle des programmes de formation et la différenciation accrue des salaires minimums selon l'âge. La législation relative à la protection de l'emploi devrait être encore assouplie. Des initiatives conformes à ces orientations permettraient d'abaisser le chômage structurel à moyen terme, de réduire la disparité des qualifications et de faciliter la convergence du revenu réel vers les niveaux moyens de l'UE.

Notes

1. Voir Marvão Pereira, «Imported capital goods and domestic performance : time series evidence for Greece and Portugal», Bulletin économique de la Banque du Portugal, décembre 1996.
2. Pour une description des techniques de contrôle monétaire au Portugal, voir OCDE (1996), *Étude économique du Portugal*, p. 30.
3. Le manque à gagner sur les recettes de TVA a été lié en grande partie à la vigueur inattendue de la composante «exportations et investissements» de la croissance. Les pertes de recettes au titre des taxes pétrolières ont résulté d'une baisse des taxes sur le carburant diesel dans le contexte de l'harmonisation fiscale au sein de l'UE.
4. Jusque dans les années 70, l'État a joué un rôle secondaire en tant que prestataire de soins de santé au Portugal. En dehors du financement du régime d'assurance maladie des fonctionnaires et d'autres régimes spéciaux, les dépenses publiques de santé concernaient presque exclusivement les soins curatifs de base. Ainsi, l'État venait simplement combler les vides laissés par le secteur privé dominant, composé des régimes d'assurance maladie et d'un vaste réseau d'organisations sans but lucratif, religieuses pour la plupart, se consacrant aux pauvres.
5. Il y a deux ARS supplémentaires dans les régions autonomes des Açores et de Madère.
6. Les cinq ARS et leurs 18 districts régionaux sont les suivants : Norte (Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo, Vila Real), Centro (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Viseu), Lisbonne et Vale do Tejo (Lisbonne, Santarém), Alentejo (Beja, Évora, Portalegre, Setúbal), Algarve (Faro).
7. Les soins de santé primaires recouvrent les services de médecine générale, les services infirmiers généraux, les soins à domicile et les services infirmiers des collectivités, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, la santé scolaire, la santé dentaire, la médecine du travail et l'hygiène de l'environnement.
8. Les hôpitaux qui relèvent du SNS comptent 23 500 lits, c'est-à-dire 80 pour cent du nombre total de lits existant dans le secteur public. Les 20 pour cent restants se trouvent dans les établissements psychiatriques ou dans les centres de santé.
9. Certains centres de santé offrent des consultations de spécialistes dans des domaines tels que la pédiatrie, la gynécologie, l'obstétrique, la cardiologie, la pneumologie et la dermatologie. Globalement, cela représente environ 3.3 pour cent du nombre total de consultations dans les centres de soins de santé primaires.
10. On estime que les médecins qui travaillent simultanément dans le SNS et dans le secteur privé gagnent l'équivalent de 50 000 écus par an avant impôt.

11. L'application du ticket modérateur est toutefois complexe; les pensionnés ayant peu de revenus, les patients atteints de maladies chroniques, les femmes enceintes et les enfants de moins de 12 ans en sont exonérés.
12. C'est-à-dire l'État, dans le cas des salariés du secteur public.
13. Moins de 10 pour cent des personnes ayant souscrit une assurance maladie sont titulaires d'une police individuelle.
14. Ministério das finanças : Modelo de impostos e benefícios com aplicação ao IRS; relatório final, décembre 1996.
15. Seuls les produits ayant une part de marché égale ou supérieure à 10 pour cent sont pris en compte.
16. Sur l'autre moitié, un cinquième est consacré aux services médicaux et le reste à du matériel médical, à des examens complémentaires, à des soins dentaires et à des dépenses hospitalières. Globalement, les dépenses privées comprennent les honoraires des spécialistes et des dentistes, ainsi que les dépenses consacrées aux soins ambulatoires (2.3 pour cent du PIB en 1995) et aux produits pharmaceutiques (0.8 pour cent). Par comparaison, les dépenses hospitalières privées (0.2 pour cent du PIB) sont relativement faibles.
17. U.G. Gerdtthamm *et al.* (1994), «Health care reform : controlling spending and increasing efficiency», *Documents de travail du Département des affaires économiques*, n° 149, annexe : «Factors affecting health spending : a cross-country econometric analysis», p. 66.
18. Les écarts de salaire sont exceptionnellement importants au Portugal par comparaison avec les autres pays de l'OCDE. La dispersion des gains s'est accentuée depuis 1985, avec une augmentation importante de l'écart en faveur des salariés titulaires de diplômes de haut niveau par rapport à ceux qui n'ont reçu qu'un enseignement primaire de base. Voir OCDE (1995), *Étude économique du Portugal*, pp. 75-76; OCDE (1996), *Étude économique du Portugal*, p. 89.
19. La proportion devrait atteindre 20 pour cent en 1998.
20. Conselho Económico e Social (1996), Pacto de Concertação Social, décembre, pp. 138-142.
21. A l'heure actuelle, seul un petit nombre d'organismes de ce type sont pleinement opérationnels.
22. Les résultats enregistrés pendant les cinq premiers mois de 1997 font apparaître une augmentation de 14.8 pour cent des dépenses pharmaceutiques du SNS par rapport à la même période de 1996.
23. «Nouvelles orientations dans la politique de santé», *Études de politique de santé*, No. 7, OCDE, Paris, 1995.
24. OCDE (1996), *Étude économique du Portugal*, page 94; OCDE (1997), La mise en œuvre de la Stratégie de l'OCDE pour l'emploi. L'expérience des pays Membres, p. 11; Commission européenne (1997) *The Economic and Financial Situation in Portugal in the Transition to EMU*, avril, p. 57; et C. Christofiedes (1997), «La persistance du chômage au Portugal» document présenté à l'atelier de la Banque du Portugal, juillet, p. 11.
25. Fonds monétaire international (1996), *Portugal, selected issues and statistical appendix*, p. 34.

26. Les prestations ne sont versées que si le demandeur a cotisé pendant 540 jours au moins au cours des deux dernières années. OCDE (1996), *Étude économique du Portugal*, p. 102.
27. Conselho Económico e Social (1996), Pacte social, p. 28.
28. Voir au chapitre III pour une analyse de la réforme du système de santé.
29. Normalement, une famille perçoit le revenu minimum garanti moins 80 pour cent de son revenu du travail. En vertu de la disposition spéciale, cette réduction est ramenée à 50 pour cent pendant la première année d'emploi. Pour une personne seule sans enfant, le revenu minimum garanti représente à l'heure actuelle 37 pour cent du salaire minimum ou 15 pour cent du salaire moyen.
30. Les propositions à l'étude comprennent l'unification des différents systèmes de cotisation pour les travailleurs du secteur public et du secteur privé, le relèvement à 68 ans de l'âge de la retraite pour tous les travailleurs, l'allongement de la période de référence servant au calcul des pensions et l'assujettissement des pensions au taux normal de l'impôt sur le revenu. Pour un examen des questions de sécurité sociale, voir OCDE (1996), *Étude économique du Portugal*, p. 50-77.
31. Conselho (1996), *op. cit.*, page 61.
32. Conselho (1996), *op. cit.*, page 60 et pages 116-131.
33. Ministère des Finances, Direction de la recherche et de la prévision économique (199), *Privatisations au Portugal : améliorer l'efficacité de l'économie*, juin, page 4.
34. Jusqu'en 1995, les prises de participation étrangères étaient en général limitées à une fraction comprise entre 2 et 40 pour cent des ventes. Au total, les investisseurs étrangers ont acquis près de 20 pour cent de la valeur totale des actions privatisées (voir Communautés européennes (1997), *The economic and financial situation in Portugal in the transition to EMU*, avril, p. 83).
35. Conselho (1996), *op. cit.*, pp. 58 et 65.
36. Le Cadre communautaire d'appui de février 1994 prévoyait des investissements prioritaires en faveur du capital humain, de l'infrastructure et de l'organisation et du savoir-faire des petites et moyennes entreprises. Le Cadre communautaire d'appui se fondait sur le programme de développement régional de juin 1993 visant à porter le revenu par habitant du Portugal à près de 70 pour cent de la moyenne de l'UE à l'horizon 1999.
37. Le projet d'approvisionnement en gaz naturel, qui s'inscrit dans les Réseaux transeuropéens, implique la construction de 2 300 km de gazoducs dans le centre et le nord du pays ainsi que la construction de centrales au gaz. Le réseau devrait permettre de réduire les coûts de l'énergie pour l'industrie et le secteur résidentiel de 40 et 60 pour cent respectivement.
38. Banco de Portugal (1997), Bulletin trimestriel, mars, p. 55. OCDE (1996), *Étude économique du Portugal*, p. 117.

Annexe

Chronologie économique

1996

Août

La Banque du Portugal abaisse le taux des prises en pension de 0.25 point pour le porter à 7.25 pour cent.

Octobre

La Banque du Portugal abaisse le taux des prises en pension de 0.25 point pour le ramener à 7 pour cent (deux réductions de 0.15 et 0.1 point respectivement).

Les propositions budgétaires pour 1997 prévoient que le déficit des administrations publiques sera ramené à 2.9 pour cent du PIB contre 4 pour cent en 1996. La pression fiscale globale augmentera de 0.8 pour cent de PIB et les dépenses courantes diminueront de 0.3 pour cent. Le solde des recettes et des dépenses courantes deviendra excédentaire.

Novembre

La Banque du Portugal réduit le taux d'absorption de liquidités de 0.4 point et le taux de la facilité journalière de 0.5 point pour les porter à 6.4 et 8.5 pour cent respectivement. Le taux moyen des prises en pension diminue de 0.1 point pour revenir à 6.9 pour cent.

Décembre

La Banque du Portugal abaisse le taux d'absorption de liquidités et le taux de la facilité journalière de 0.2 point, à 6.2 et 8.3 pour cent respectivement. Le taux moyen des prises en pension baisse du même montant pour revenir à 6.7 pour cent.

Le gouvernement, l'association des employeurs (AIP) et les syndicats signent le *Pacte social stratégique* qui fixe la valeur de référence pour la croissance du salaire nominal à 3.5 pour cent pour 1997, l'objectif d'inflation étant de 2.5 pour cent. En contrepartie d'une modération des salaires nominaux, le gouvernement s'engage à élaborer

rer des projets de loi concernant les négociations salariales collectives, la législation du travail, la sécurité sociale, les soins de santé, la fiscalité, l'éducation et la formation.

1997

Janvier

La Banque du Portugal abaisse le taux des prises en pension de 0.2 point pour le ramener à 6.5 pour cent.

Février

Le gouvernement offre des garanties limitées et conditionnelles pour les prêts à moyen terme à taux d'intérêt préférentiels accordés par les banques à de petites entreprises. En vertu de ce dispositif, appelé plan Mateus, le gouvernement garantit jusqu'en 1999 la moitié du montant de chaque prêt assorti d'un taux d'intérêt préférentiel compris entre 6 et 8 pour cent – moins de la moitié du taux acquitté par de nombreuses petites entreprises. La garantie de crédit n'est accordée que si les bénéficiaires du prêt ont réglé leurs arriérés d'impôts et de cotisations sociales.

Mars

Le gouvernement présente le nouveau programme de convergence pour la période 1998-2000, qui prévoit de ramener le besoin de financement des administrations publiques à 1.5 pour cent du PIB en 2000, contre un montant estimé à 3 pour cent en 1997. La réduction du déficit résultera pour l'essentiel d'une diminution des versements d'intérêts, liée à la détente des taux et à la contraction du stock de la dette publique. Pour la première fois, le programme fixe des objectifs sur une base annuelle, distincte des valeurs semestrielles. Le programme présume que le PIB réel augmentera de 3.3 pour cent par an en 1998-2000, la hausse de l'indice implicite des prix de la consommation privée revenant à 1.8 pour cent en 2000.

Avril

La Banque du Portugal abaisse le taux d'absorption de liquidités de 0.4 point et le taux de la facilité journalière de 0.5 point pour les porter à 5.8 et 7.8 pour cent respectivement. Le taux moyen des prises en pension diminue de 0.2 point pour revenir à 6.3 pour cent.

Mai

La Banque du Portugal réduit le taux d'absorption de liquidités et le taux de la facilité journalière de 0.1 point pour les ramener à 5.7 et 7.7 pour cent respectivement. Le taux moyen des prises en pension baisse de 0.3 point pour s'établir à 6 pour cent.

Juin

Le nouveau programme de privatisation pour 1998 et 1999 prévoit des recettes d'un montant équivalent à 4 pour cent du PIB. Concentré sur les entreprises non financières, le programme devrait permettre de ramener la part de la production des entreprises publiques dans le PIB à moins de 5 pour cent d'ici 1999, contre près de 20 pour cent en 1988.

Juillet

La Banque du Portugal réduit le taux d'absorption de liquidités et le taux de la facilité journalière de 0.3 point pour les ramener à 5.4 et 7.4 pour cent respectivement. Le taux moyen des prises en pension baisse également de 0.3 point pour redescendre à 5.7 pour cent.

Le système de revenu minimum garanti est mis en place à l'échelle nationale après une phase expérimentale d'un an. Il prévoit des transferts modulés en fonction de la taille de la famille, du nombre de personnes à charge et du revenu salarial. Pour une personne seule sans enfants, le revenu minimum garanti représente 37 pour cent du salaire minimum. En vertu de dispositions spéciales, les personnes nouvellement recrutées conservent une part plus importante de leur revenu de transfert durant la première année d'emploi.

Août

La Banque du Portugal abaisse le taux d'absorption de liquidités et le taux de la facilité journalière de 0.2 point pour les ramener à 5.2 et 7.2 pour cent respectivement. Le taux moyen des prises en pension diminue également de 0.2 point pour s'établir à 5.5 pour cent.

Novembre

La Banque du Portugal réduit le taux d'absorption de liquidités et le taux de la facilité journalière de 0.3 point pour les ramener à 4.9 et 6.9 pour cent respectivement. Le taux moyen des prises en pension diminue également de 0.2 point pour revenir à 5.3 pour cent.

Le Parlement approuve le budget pour 1998 qui, conformément au nouveau programme de convergence prévoit une réduction du déficit budgétaire, ramené à 2.5 pour cent du PIB, les dépenses courantes diminuant plus rapidement que les recettes fiscales en proportion du PIB. Il n'est pas prévu de mesures discrétionnaires majeures. Les paiements d'intérêts, qui devraient baisser de 0.9 pour cent du PIB, sont la principale composante de réduction du déficit budgétaire.

ANNEXE STATISTIQUE ET INDICATEURS STRUCTURELS

Tableau A. Quelques statistiques rétrospectives

	Moyenne 1987-96	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
A. Pourcentage de variation											
Consommation privée ¹	3.3	5.3	5.5	2.5	5.7	4.1	5.6	0.5	1.0	1.0	2.2
Consommation publique ¹	4.1	3.8	8.1	5.4	5.9	10.8	0.4	0.9	1.3	2.4	1.6
Formation brute de capital fixe ¹	5.6	18.0	10.5	4.8	7.1	2.9	4.6	-6.2	4.5	3.6	7.8
Demande intérieure totale ¹	4.2	9.9	8.5	3.0	6.3	4.3	4.6	-1.0	1.5	1.5	3.4
Exportations de biens et services ¹	7.7	11.2	6.5	13.0	10.1	1.0	4.1	-3.0	10.9	12.1	7.7
Importations de biens et services ¹	10.1	23.1	17.3	5.8	14.1	6.4	10.5	12.5	12.6	8.8	7.5
PIB ¹	3.1	6.4	4.9	4.9	4.6	2.3	1.8	0.3	0.7	1.9	3.0
Indice de prix implicite du PIB	8.9	10.1	11.8	12.2	12.4	12.1	10.6	6.0	5.9	5.1	3.3
Production industrielle	2.4	4.4	3.8	6.7	9.0	0.0	-2.3	-2.6	-0.2	4.7	1.4
Emploi	0.4	2.6	2.6	2.2	2.2	3.0	-6.4	-2.0	-0.1	-0.6	0.6
Rémunération des salariés (prix courants)	12.5	16.3	16.7	17.9	21.2	20.8	14.3	5.2	5.7	6.0	6.0
Productivité (PIB réel/emploi)	2.7	3.7	2.3	2.6	2.3	-0.7	8.8	2.4	0.8	2.4	2.5
Coûts unitaires de main-d'œuvre	9.2	9.3	11.2	12.3	15.9	18.1	12.2	4.9	2.9	3.5	2.6
B. Rapports en pourcentage											
Formation brute de capital fixe en pourcentage du PIB ¹	27.1	25.2	26.5	26.5	27.2	27.3	28.0	26.2	27.2	27.7	28.9
Formation de stocks en pourcentage du PIB ¹	0.6	-0.1	1.4	0.8	1.1	0.7	0.7	0.9	0.5	-0.4	0.0
Balance extérieure en pourcentage du PIB ¹	-9.5	-4.3	-7.9	-5.9	-7.6	-9.8	-12.7	-11.2	-12.2	-11.7	-12.2
Rémunération des salariés en pourcentage du PIB à prix courants ²	45.4	43.6	43.4	43.4	44.8	47.2	47.9	47.4	46.1	45.4	45.1
Impôts directs en pourcentage du revenu des ménages ³	11.7	6.9	9.0	11.2	11.0	12.1	13.6	12.5	12.6	13.3	14.7
Épargne des ménages en pourcentage du revenu disponible	15.2	21.4	17.3	16.1	17.3	17.2	14.8	12.4	12.4	12.2	10.9
Taux de chômage ⁴	6.3	7.1	5.8	5.1	4.7	4.1	4.2	5.5	6.9	7.2	7.3
C. Autres indicateurs											
Balance courante (milliards de dollars)	-77	64	-132	26	-26	-96	-10	16	-253	-108	-412

1. A prix constants de l'année 1990.

2. A prix courants.

3. Revenu disponible avant impôts.

4. Données fondées sur la définition la plus étroite du chômage.

Source : OCDE, *Comptes nationaux*, volume 1, 1960-1996.

Tableau B. **Emploi du produit intérieur brut**

En milliards d'escudos

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
A. Au prix courants									
Consommation privée	4 451	5 141	6 123	7 153	8 243	8 832	9 371	9 861	10 396
Consommation publique	1 023	1 239	1 513	1 938	2 186	2 387	2 538	2 731	3 018
Formation brute de capital fixe	1 950	2 237	2 612	2 831	3 043	2 989	3 294	3 580	3 977
Formation de stocks	145	104	106	66	60	-13	-14	-15	-35
Demande intérieure totale	7 569	8 722	10 354	11 989	13 532	14 195	15 189	16 157	17 356
Exportations	2 263	2 836	3 297	3 395	3 494	3 686	4 324	5 025	5 260
Importations	2 876	3 372	4 030	4 352	4 598	4 672	5 430	6 109	6 574
PIB (aux prix de marché)	6 955	8 185	9 621	11 032	12 427	13 210	14 083	15 073	16 042
B. Au prix de 1990									
Consommation privée	5 652	5 794	6 123	6 374	6 732	6 768	6 834	6 904	7 053
Consommation publique	1 356	1 429	1 513	1 676	1 682	1 697	1 720	1 762	1 791
Formation brute de capital fixe	2 327	2 440	2 612	2 687	2 811	2 636	2 754	2 853	3 074
Formation de stocks	121	74	106	66	73	86	50	5	1
Demande intérieure totale	9 456	9 737	10 354	10 804	11 299	11 187	11 358	11 525	11 918
Exportations	2 650	2 994	3 297	3 329	3 467	3 465	3 864	4 332	4 665
Importations	3 340	3 533	4 030	4 289	4 740	4 596	5 095	5 541	5 957
PIB (aux prix de marché)	8 766	9 197	9 621	9 844	10 025	10 056	10 127	10 315	10 627

Source : OCDE, *Comptes nationaux*, volume 1, 1960-1996.

Tableau C. **Compte d'affectation des ménages**

Milliards d'escudos

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Rémunération des salariés	2 586	3 017	3 556	4 310	5 208	5 953	6 264	6 495	6 847	7 238
Revenu de l'entreprise et de la propriété	1 905	2 120	2 394	2 912	3 259	3 752	3 809	4 000	4 232	4 331
Total des transferts	1 262	1 414	1 631	1 952	2 327	2 617	2 905	3 143	3 501	3 785
Revenu total brut	5 752	6 551	7 581	9 173	10 794	12 322	12 978	13 637	14 580	15 355
Impôts directs	245	360	491	546	695	914	933	955	1 046	1 190
Cotisations sociales	764	879	1 042	1 311	1 580	1 874	2 111	2 251	2 512	2 728
Revenu disponible	4 743	5 312	6 048	7 316	8 517	9 534	9 933	10 431	11 022	11 437
Consommation	3 778	4 451	5 141	6 123	7 153	8 243	8 832	9 371	9 861	10 396

Source : INE, *Comptes nationaux* (1986-1991); Ministério das Finanças (1992-1996).

Tableau D. **Comptes des administrations publiques**¹

Milliards d'escudos

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Recettes courantes	2 030.8	2 480.1	2 958.7	3 485.9	4 179.6	5 177.0	5 265.1	5 527.3	6 061.8	6 709.5
Impôts directs	327.6	477.1	678.3	805.7	1 026.7	1 294.1	1 242.8	1 314.3	1 469.5	1 680.7
Cotisations sociales	572.8	662.0	785.7	952.1	1 135.4	1 339.6	1 484.1	1 600.0	1 787.0	1 948.4
Impôts indirects	844.2	1 017.0	1 128.1	1 323.1	1 508.2	1 804.3	1 794.4	2 016.1	2 204.0	2 423.5
Autres recettes courantes	286.2	324.0	366.6	405.0	509.3	739.0	743.8	596.9	601.3	656.9
Dépenses courantes	2 155.8	2 444.3	2 851.4	3 630.2	4 478.2	5 073.7	5 550.4	5 947.4	6 443.9	6 720.4
Dépenses en biens et services	827.1	1 019.7	1 252.1	1 524.7	1 949.0	2 209.9	2 403.2	2 537.8	2 730.9	3 017.6
Subventions	140.2	150.2	126.9	148.1	152.9	151.9	180.9	175.7	110.2	121.8
Intérêts	457.0	465.6	520.3	794.7	887.3	916.2	835.0	910.2	1 014.5	810.2
Transferts courants	731.6	808.8	952.1	1 162.7	1 489.0	1 795.7	2 131.6	2 389.2	2 615.5	2 864.6
Épargne	-125.0	35.8	107.3	-144.3	-298.6	103.3	-285.3	-420.0	-382.2	-10.9
Dépenses en capital	203.7	261.1	285.9	362.2	394.0	485.9	542.6	424.8	492.1	502.9
Solde global des administrations publiques	-328.7	-225.3	-178.6	-506.5	-692.7	-382.6	-828.0	-844.8	-874.3	-513.9
(en pourcentage du PIB)	-5.5	-3.2	-2.1	-5.0	-6.0	-3.0	-6.1	-6.0	-5.8	-3.2

1. Données selon les définitions des comptes nationaux.

Source : Ministério das Finanças pour la période 1987 à 1993, estimations de l'OCDE pour la période 1994 à 1996.

Tableau E. **Prix et salaires**

Variation en pourcentage

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Prix à la consommation¹										
Total ²	9.4	9.6	12.6	13.4	11.4	8.9	6.5	5.2	4.1	3.1
Alimentation et boissons	8.8	9.2	14.4	13.6	9.9	7.1	2.8	4.8	4.0	2.5
Vêtements et chaussures	15.8	13.2	10.5	9.5	11.9	11.9	7.0	4.1	1.9	1.6
Logement	7.4	10.1	11.8	11.9	12.1	9.6	7.0	3.5	3.3	2.7
Divers	9.0	6.0	11.6	11.3	10.9	8.6	13.2	6.7	5.5	5.2
Salaires										
Salaire contractuel ³	14.4	9.9	10.6	14.1	14.2	10.9	7.9	5.1	5.0	4.7
Salaire effectif moyen ³	15.1	12.5	14.6	17.0	16.0	13.7	6.1	6.1	6.7	5.5
Salaire minimum mensuel	12.0	7.9	13.1	13.8	14.6	11.0	6.5	4.0	5.5	5.0

1. Continent. Nouvel indice à partir de 1998.

2. Loyers exclus.

3. Non compris l'administration publique et les services non marchands.

Source : INE; Banco de Portugal; OCDE, *Principaux indicateurs économiques*.

Tableau F. **Emploi civil par secteur**¹

Milliers

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Agriculture	890.3	925.9	885.4	829.0	795.3	799.1	490.1	482.3	490.2	477.5	518.1
Industries extractives	27.2	26.6	28.5	33.6	35.8	30.6	22.3	19.6	17.5	16.8	–
Industries manufacturières	995.3	1 040.3	1 073.7	1 108.1	1 122.5	1 123.5	1 038.8	1 010.3	1 008.3	971.9	962.5
Construction	332.1	354.2	362.1	365.4	361.1	363.6	346.2	340.2	330.8	340.3	343.1
Électricité, gaz et eau	31.9	33.4	38.1	38.5	40.2	45.9	31.1	29.3	36.7	34.6	29.1
Transports et communications	174.0	167.7	176.9	183.0	201.7	220.7	210.1	198.9	196.4	183.1	–
Commerce	598.6	584.6	629.9	666.9	692.0	742.2	857.9	825.6	817.3	819.2	–
Banques, assurances, opérations immobilières	127.0	132.1	139.5	154.5	203.6	211.2	137.3	140.9	134.9	137.4	–
Services personnels	887.0	904.8	944.8	997.4	1 020.2	1 068.5	1 176.6	1 176.0	1 185.9	1 213.7	–
Total	4 063.4	4 169.6	4 278.9	4 376.4	4 472.4	4 605.3	4 310.4	4 223.1	4 218.0	4 194.5	4 250.5

1. Rupture dans cette série en 1992. A partir de 1992 cette série correspond aux personnes âgées de 14 ans et plus. Pour les années antérieures les données se réfèrent aux personnes âgées de 12 ans et plus.

Source : INE, *Enquête sur la population active*.

Tableau G. **Masse monétaire et contreparties**

Fin de période, en milliards d'escudos

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total de la masse monétaire (L-)	3 990	4 773	5 627	6 226	6 906	8 185	9 280	9 853	10 783	11 664	12 713
Disponibilité monétaire (M1-)	1 334	1 612	1 952	2 242	2 352	2 705	3 164	3 393	3 641	3 972	4 398
Billets et monnaie en circulation	399	458	510	577	624	683	708	753	796	841	881
Dépôt à vue des particuliers et des entreprises	935	1 154	1 442	1 665	1 728	2 022	2 456	2 640	2 845	3 131	3 517
Disponibilité quasi monétaires	2 323	2 669	3 108	3 475	3 878	5 097	5 943	6 366	7 013	7 550	8 192
Bons du Trésor	333	492	567	509	676	383	173	94	129	142	123
Contreparties											
Avoirs extérieurs nets	1 090	1 240	1 716	2 306	2 623	3 174	3 529	4 454	3 866	2 837	2 079
Crédit intérieur	5 095	5 787	6 529	6 883	7 812	9 262	10 767	11 710	13 100	14 663	16 343
Crédit net au secteur public	1 846	2 313	2 604	2 520	2 800	2 914	3 122	3 195	3 673	3 472	3 260
Crédit au secteur privé	3 249	3 474	3 925	4 363	5 012	6 348	7 645	8 515	9 427	11 191	13 083
Autres (net)	-2 195	-2 254	-2 620	-2 962	-3 530	-4 251	-5 017	-6 312	-6 182	-5 836	-5 709

Source : Banco de Portugal, *Boletim Trimestral*.

Tableau H. **Entrée de voyageurs étrangers, d'après le pays de nationalité**

Milliers

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Total	11 692	13 057	16 173	16 077	16 471	18 422	19 641	20 742	20 579	21 764	23 066
Espagne	8 798	9 960	12 583	12 124	12 186	13 806	14 583	15 553	15 776	16 635	17 530
Royaume-Uni	880	1 069	1 204	1 140	1 137	1 203	1 307	1 435	1 368	1 436	1 540
Allemagne	413	430	526	569	611	681	852	877	795	877	971
France	347	350	435	593	646	658	712	686	591	637	676
Pays-Bas	164	172	214	285	333	330	361	367	369	399	448
États-Unis	230	150	195	223	235	252	178	220	208	219	225
Italie	93	109	134	155	185	221	291	283	265	282	296
Brésil	69	83	72	92	102	119	114	106	85	93	105
Canada	70	74	78	79	91	91	69	74	71	76	79
Suède	54	69	70	87	95	98	114	108	94	..	106
Belgique	68	68	90	117	151	173	198	207	197	..	227
Suisse	61	66	71	73	78	78	80	73	83	..	103
Autres ¹	444	457	502	540	621	713	782	753	677	1 110	312

1. Pour 1994, les données comprennent la Suède, la Belgique et la Suisse.

Source : INE, *Boletim mensal de estatística*.

Tableau I. Commerce extérieur par principaux groupes de produits

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Importations, total (millions de dollars)	17 912.2	19 070.3	25 411.7	26 422.2	30 611.9	24 247.9	27 069.8	33 037.5
	En pourcentage du total							
Produits alimentaires et animaux vivants	9.7	8.9	9.0	10.4	10.2	11.3	11.6	11.1
Boissons et tabacs	0.5	1.0	0.7	0.7	0.8	0.9	1.2	1.0
Matières brutes, non comestibles, à l'exception des carburants	7.5	6.5	5.8	5.1	4.3	4.2	4.7	5.1
Combustibles minéraux, lubrifiants et produits connexes	8.2	10.5	10.8	9.1	8.0	8.8	8.5	6.6
Huiles, graisses et cires d'origine animale ou végétale	0.2	0.4	0.2	0.3	0.2	0.5	0.5	0.7
Produits chimiques et produits connexes	9.9	9.2	9.1	9.1	9.0	9.6	10.0	10.5
Articles manufacturés	18.9	19.4	19.1	18.9	18.5	17.6	18.6	19.9
Machines et matériel de transport	38.3	36.8	36.8	36.4	38.0	35.6	34.4	34.3
Articles manufacturés divers	6.7	7.1	8.1	9.6	10.4	10.9	9.9	10.2
Articles et transactions non classés	0.0	0.1	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5
Exportations, total (millions de dollars)	11 024.9	12 829.5	16 456.7	16 358.6	18 572.3	15 421.9	17 981.8	22 732.3
	En pourcentage du total							
Produits alimentaires et animaux vivants	4.2	4.0	3.8	4.4	3.9	3.6	3.8	4.1
Boissons et tabacs	3.5	3.1	2.9	3.0	3.2	3.1	2.9	2.6
Matières brutes, non comestibles, à l'exception des carburants	9.6	10.3	8.8	7.4	6.5	5.9	6.1	6.5
Combustibles minéraux, lubrifiants et produits connexes	2.9	3.4	3.6	2.7	3.0	3.4	4.1	0.4
Huiles, graisses et cires d'origine animale ou végétale	0.4	0.4	0.5	0.5	0.4	0.3	0.4	0.7
Produits chimiques et produits connexes	6.0	5.6	5.3	4.7	4.3	4.4	4.9	5.0
Articles manufacturés	24.5	22.8	22.5	23.2	22.6	23.6	23.9	23.4
Machines et matériel de transport	16.8	19.1	19.6	19.7	21.6	21.2	21.7	27.6
Articles manufacturés divers	32.0	31.1	32.9	34.4	34.5	34.3	32.2	29.6
Articles et transactions non classés	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1

Source : OCDE, *Statistiques du commerce extérieur*, série C.

Tableau J. **Évolution de la structure géographique du commerce extérieur**

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Exportations, total (milliards d'escudos)	1 055.0	1 304.1	1 598.1	2 035.5	2 255.6	2 405.2	2 475.2	2 546.0	2 975.6	3 501.8	3 677.5
	En pourcentage du total										
Pays	89.1	91.0	90.6	90.7	91.2	90.9	89.2	87.2	90.0	89.7	89.6
UE	68.3	71.1	72.0	71.8	73.9	75.4	75.0	73.1	75.3	80.1	79.9
Allemagne	14.7	15.4	14.7	15.7	16.7	19.1	19.1	19.7	18.9	21.6	21.2
France	15.2	15.8	15.2	15.0	15.5	14.4	14.2	14.7	14.7	14.0	14.1
Italie	3.9	3.9	4.2	4.3	4.1	4.0	3.9	2.9	3.4	3.3	3.7
Royaume-Uni	14.2	14.1	14.3	12.3	12.1	10.8	11.1	11.0	11.6	11.0	10.8
Espagne	6.9	9.3	11.5	12.7	13.5	15.1	14.8	14.0	14.5	14.7	14.2
Autres pays de l'UE	13.3	12.6	12.1	11.8	11.9	12.0	11.8	11.4	12.3	15.5	15.9
États-Unis	7.0	6.4	5.9	5.9	4.8	3.8	3.5	4.2	5.2	4.6	4.6
Autres pays de l'OCDE	13.8	13.5	12.7	13.0	12.5	11.7	10.7	9.9	9.5	5.0	5.1
Pays non OCDE	10.9	9.0	9.4	9.3	8.8	9.1	10.8	12.8	10.0	10.3	10.4
<i>dont</i> : OPEP	1.6	1.5	1.1	0.7	0.6	0.5	0.6	0.9	0.8	0.7	0.6
Ancienne zone escudo	2.1	2.1	2.7	3.3	3.4	4.2	5.2	3.0	2.8	2.5	2.6
Importations, total (milliards d'escudos)	1 399.4	1 955.1	2 596.7	3 033.4	3 467.6	3 893.7	4 087.6	3 882.8	4 480.1	5 028.7	5 265.4
	En pourcentage du total										
Pays de l'OCDE	78.4	81.7	84.0	83.5	83.4	85.4	86.8	85.1	84.2	83.3	84.4
UE	58.9	63.8	67.3	68.2	69.2	72.0	73.8	71.8	71.1	73.9	75.6
Allemagne	14.4	15.1	14.7	14.6	14.4	15.0	15.1	15.0	13.9	14.4	15.5
France	10.0	11.2	11.5	11.7	11.5	11.9	12.9	12.7	12.8	11.9	11.1
Italie	7.9	8.7	9.3	9.1	10.0	10.2	10.2	8.7	8.6	8.4	8.3
Royaume-Uni	7.5	8.1	8.3	7.5	7.6	7.5	7.1	7.4	6.6	6.6	6.7
Espagne	11.0	11.7	13.2	14.5	14.4	15.8	16.6	17.8	19.9	20.8	22.4
Autres	8.2	8.9	10.3	10.8	11.3	11.5	11.9	10.1	9.4	11.8	11.6
États-Unis	7.0	4.8	4.3	4.4	3.9	3.4	3.0	3.2	3.6	3.3	3.2
Autres pays	12.5	13.1	12.4	10.9	10.3	10.0	10.0	10.1	9.5	6.1	5.6
Pays non OCDE	21.6	18.3	16.0	16.5	16.6	14.6	13.2	14.9	15.8	16.7	15.6
<i>dont</i> : OPEP	8.5	6.0	4.9	6.1	6.7	4.7	3.8	5.0	5.7	5.3	4.5
Ancienne zone escudo	0.8	0.4	0.2	0.4	0.4	0.5	0.5	0.1	0.1	0.2	0.2

Source : INE, *Boletim mensal de estatísticas do comércio internacional*.

Tableau K. **Balance des paiements¹**

En millions de dollars

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Exportations, f.a.b.	5 678	7 263	9 262	10 874	12 744	16 299	16 199	18 188	15 906	18 567	24 209	25 273
Importations, c.a.f.	7 186	8 955	12 842	16 387	17 630	23 099	24 057	27 721	23 880	26 754	33 213	34 892
Balance commerciale	-1 508	-1 692	-3 580	-5 513	-4 886	-6 800	-7 858	-9 533	-7 974	-8 197	-9 004	-9 619
Solde des services	-379	-80	246	154	490	1 120	1 185	1 496	1 620	1 251	1 571	1 436
Voyages	894	1 212	1 726	1 891	2 114	2 673	2 712	2 528	2 170	2 410	2 701	2 347
Transports	-182	-131	-372	-584	-665	-888	-1 017	-1 073	-164	-398	-192	-282
Revenus du capital	-1 164	-1 024	-934	-878	-720	-241	77	606	134	-204	-539	-1 157
Opérations gouvernementales	-46	-100	-161	-172	-134	-192	-201	-181	-172	-177	-199	-233
Autres services	119	-37	-13	-103	-105	-232	-386	-384	-348	-380	-200	-761
Solde des transferts	2 235	2 935	3 778	4 332	4 558	5 496	6 011	7 824	6 681	5 400	7 183	6 838
Balance courante	348	1 163	444	-1 027	162	-184	-662	-213	327	-1 890	-750	-2 603
Balance des opérations non monétaires	926	-331	1 923	1 621	4 071	3 997	5 140	625	2 279	-1 136	-1 069	-2 469
Opérations à court terme des institutions monétaires privées	4	207	-109	-694	643	-329	785	-520	-4 943	1 340	4 688	8 009
Règlements officiels, net	930	-124	1 814	927	4 714	3 668	5 925	105	-2 664	-1 864	-23	516
Tirages sur le FMI	0	0	-257	-498	0	0	0	0	0	0	0	0
Divers comptes officiels	-205	1	-13	-18	16	0	0	2	-718	..	..	..
Variation des réserves de change (augmentation = -)	-725	123	-1 801	-909	-4 730	-3 668	-5 925	-107	3 382	1 864	23	-516

1. Les données de 1993 à 1996 ne sont pas comparables avec celles des années précédentes suite à l'introduction d'un nouveau système statistique en 1993.

Source : Banco de Portugal.

Tableau L. Indicateurs du marché du travail

A. PERFORMANCE DU MARCHÉ DU TRAVAIL								
	Pic conjoncturel 1979	Creux conjoncturel 1984	1985	1992 ¹	1993	1994	1995	1996
Taux de chômage standardisé	6.1	8.5	8.7	4.2	5.5	6.9	7.1	..
Taux de chômage : Total	8.3	8.5	8.6	4.1	5.5	6.8	7.2	7.3
Hommes	4.3	5.9	6.4	3.5	4.7	6.0	6.4	6.5
Femmes	14.0	12.1	11.7	4.9	6.5	7.8	8.0	8.2
Jeunes ²	14.6	19.9	20.1	9.9	12.7	14.7	16.1	16.7
Part du chômage de longue durée dans le chômage total ³	..	47.0	53.0	25.9	29.3	34.2	39.3	42.0
B. CARACTÉRISTIQUES STRUCTURELLES OU INSTITUTIONNELLES								
	1975	1980	1985	1992	1993	1994	1995	1996
Taux de participation ⁴ : Total	64.5	67.8	67.9	68.4	67.7	67.5	67.2	67.5
Hommes	83.1	84.7	81.6	78.7	77.1	76.4	75.4	75.5
Femmes	48.0	52.9	55.2	58.9	59.0	59.3	59.4	59.9
Emploi/population (15-64 ans)	59.1	62.0	62.1	65.6	64.0	62.9	62.4	62.6
Coûts de main-d'œuvre non salariaux ⁵ (en pourcentage de la rémunération totale)	13.4	15.9	18.4	17.2	19.5	20.0	20.9	..
Indemnisation du chômage ⁶	..	30.8	29.2	28.7	32.3	37.0	36.1	..
Salaires minimum, secteur non agricole ⁷	..	57.6	56.4	47.1	45.6	47.2	..	..
Variation moyenne en pourcentage (taux annuels) ⁸		<u>1970</u> 1960	<u>1980</u> 1970	<u>1985</u> 1980	<u>1990</u> 1980	<u>1994</u> 1993	<u>1995</u> 1994	<u>1996</u> 1995
Population active (15-64 ans)		0.1	2.0	1.0	1.1	1.0	-0.3	0.6
Emploi : Total		-0.5	1.8	0.7	1.3	-0.1	-0.6	0.6
Industries		0.6	3.1	-0.5	1.0	-0.4	-2.1	-2.1
Services		1.5	1.5	4.3	4.3	-0.3	0.8	0.6

1. Rupture dans la série.
2. Personnes ayant entre 15 et 24 ans en pourcentage de la population active du même groupe d'âge.
3. Personnes à la recherche d'un emploi depuis plus de 12 mois, en pourcentage du chômage total.
4. Population active en pourcentage de la population correspondante âgée de 15 à 64 ans.
5. Pourcentage de l'indemnisation totale.
6. Indemnisation par chômeur en pourcentage de la rémunération par salarié.
7. Travailleurs âgés de 20 ans et plus, en pourcentage de la rémunération moyenne.
8. 1960 et 1970, *Comptes nationaux*, 1980, 1985, 1990, 1993 à 1996, *Enquête de l'emploi*.

Source : INE, DEP/MQE.

Tableau M. **Structure de la population et de l'emploi**¹

	Part du PIB au coût des facteurs à prix courants (en % du total)				Part de l'emploi (en % du total)			
	1980	1985	1990	1993	1980	1985	1990	1993
Agriculture, sylviculture et pêche	10.3	8.0	5.8	3.7	27.2	25.4	20.3	14.2
Industries manufacturières	31.0	30.4	27.9	23.9	25.1	24.3	23.8	23.4
<i>dont :</i>								
Produits alimentaires, boissons et tabac	5.7	6.1	6.0	6.5	3.3	3.2	3.3	2.8
Textiles, habillement et cuir	7.0	7.8	7.2	5.9	8.1	8.3	8.3	8.0
Bois, papier et produits dérivés	3.7	3.2	3.1	2.0	3.2	2.9	2.7	2.9
Produits chimiques et dérivés du pétrole, charbon, caoutchouc, etc.	2.8	3.3	2.1	2.2	1.7	1.6	1.5	1.0
Produits minéraux non métalliques, à l'exception du pétrole	2.6	2.1	1.9	1.8	1.9	1.7	1.7	0.9
Ouvrages en métaux, machines et matériel	6.8	5.6	4.9	4.6	4.5	4.2	3.9	4.9
Électricité, gaz et eau	2.1	3.5	3.1	4.2	0.8	0.9	0.8	0.8
Construction	7.1	5.7	6.9	5.3	10.1	9.5	9.9	8.3
Services	49.5	52.5	56.4	61.9	36.8	39.9	45.2	51.1
<i>dont :</i>								
Commerce de gros et de détail, restaurants et hôtels	21.7	22.4	19.8	18.7	13.4	13.6	17.2	17.3
Transports, entrepôts et communication	5.5	7.7	5.4	6.3	4.5	4.4	4.4	3.6
Banques, assurances, affaires immobilières et services fournis aux entreprises	10.5	10.1	13.1	13.7	2.6	3.0	3.2	6.1

1. Base 1977.

Source : OCDE, *Comptes nationaux*.

STATISTIQUES DE BASE :
COMPARAISONS INTERNATIONALES

STATISTIQUES DE BASE : COMPARAISONS INTERNATIONALES

	Unités	Période de référence ¹	Australie	Autriche	Belgique	Canada	Rép. tchèque	Danemark	Finlande	France	Allemagne	Grèce
Population												
Total	Milliers	1995	18 054	8 047	10 137	29 606	10 331	5 228	5 108	58 141	81 662	10 459
Densité km ² de superficie terrestre	Nombre	1995	2	96	332	3	131	121	15	106	229	79
Accroissement moyen annuel net sur 10 ans	%	1995	1.4	0.6	0.3	1.3	0	0.2	0.4	0.5	3	0.5
Emploi												
Emploi civil (ECN) ²	Milliers	1994	7 943	3 737	3 692 (93)	13 292	4 932	2 508	2 015	21 744	35 894	3 790
dont : Agriculture	% de l'ECN	1994	5.1	7.2	2.6 (92)	4.1	7	5.1	8.3	5.1 (93)	3.3	20.8
Industrie	% de l'ECN	1994	23.5	33.2	27.7 (92)	22.6	42.9	26.8	26.8	27.8 (93)	37.6	23.6
Services	% de l'ECN	1994	71.4	59.6	69.7 (92)	73.3	50.1	68.1	64.9	67.3 (93)	59.1	55.5
Produit intérieur brut (PIB)												
Aux prix taux de change courants	Milliards de \$EU	1995	360.3	233.3	269.2	560	45.7	173.3	125	1 537.6	2 412.5	77.8 (94)
Par habitant	\$EU	1995	19 957	28 997	26 556	18 915	4 420	33 144	24 467	26 445	29 542	7 458 (94)
Aux prix courants ³	Milliards de \$EU	1995	349.4	167.2	210.8	622.6	..	112.6	90.9	1 159.3	1 673.8	127.3
Par habitant	\$EU	1995	19 354	20 773	20 792	21 031	..	21 529	17 787	19 939	20 497	12 174
Croissance moyenne annuelle, en volume, sur 5 ans	%	1995	3.3	2	1.2	1.5	..	2	-0.7	1.1	1.7	0.8 (94)
Formation brute de capital fixe (FBCF)												
dont : Machines et autres équipements	% du PIB	1995	20.1	24.7	17.6	17.5	32.2	16	15.1	18	21.7	16.9 (94)
Construction de logements	% du PIB	1995	10.5 (94)	9 (94)	7.4 (94)	6.5	..	7.2 (94)	5.9 (94)	8.1	7.6	7.9 (94)
Croissance annuelle, en volume, sur 5 ans	%	1995	5.6 (94)	6.4 (94)	4.5 (94)	4.9	..	3 (94)	3.6 (94)	4.5	7.6	3.4 (94)
Croissance annuelle, en volume, sur 5 ans	%	1995	3	3	-1.1	0.3	..	-0.5	-10.4	-1.3	2.5	1.2 (94)
Taux d'épargne brute ⁴	% du PIB	1995	16.9	24.9	22.6	17.1	..	17.8	19.8	19.7	21.3	15.7 (94)
Ensemble des administrations publiques												
Dépenses courantes en biens et services	% du PIB	1995	17.2	18.9	14.8	19.6	..	25.1	21.8	19.3	19.5	18.5 (94)
Emplois courants ⁵	% du PIB	1994	36.2	47.8	54.1	46.7	..	61.1	57.7	50.9	46.1	52.7
Ressources courantes	% du PIB	1994	34.2	47.3	50.6	42.4	..	59.1	53	46.4	46.4	44.2
Apports nets d'aide publique au développement	% du PNB	1994	0.33	0.33	0.32	0.42	..	0.99	0.3	0.64	0.33	..
Indicateurs du niveau de vie												
Consommation privée par habitant ³	\$EU	1995	12 090	11 477	12 960	12 551	10 259	11 531	9 643	11 996	11 707	9 071
Voitures de tourisme pour 1 000 habitants	Nombre	1993	438	418	402	455 (92)	164	312	367	419	533 ⁸	187
Postes de téléphone pour 1 000 habitants	Nombre	1992	482	451	437	592	190	589	544	536	457 ⁸	457
Postes de télévision pour 1 000 habitants	Nombre	1992	482	480	453	640	..	537	505	408	558	201
Médecins pour 1 000 habitants	Nombre	1994	2.2 (91)	2.4	3.7	2.2	3.2	2.8 (93)	2.7	2.9	3.2 (92)	3.9 (93)
Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	Nombre	1994	5.9	6.3	7.6	6.8 (93)	..	5.4 (93)	4.6	6.1	5.8 (93)	7.9
Salaires et prix (accroissement annuel moyen sur 5 ans)												
Salaires (gains ou taux selon la disponibilité)	%	1995	2	5	2.8	2.7	..	3.3	4.2	3	4.8	13.4
Prix à la consommation	%	1995	2.5	3.2	2.4	2.2	20.3	2	2.3	2.2	3.5	13.9
Commerce extérieur												
Exportations de marchandises, fob*	Millions de \$EU	1995	53 092	57 200	170 230 ⁷	192 502	21 654	49 045	39 995	286 762	523 000	11 761
En pourcentage du PIB	%	1995	14.7	24.5	63.2	34.4	47.4	28.3	32	18.7	21.7	12.2 (94)
Accroissement annuel moyen sur 5 ans	%	1995	6	6.9	7.6	8.6	..	7	8.6	5.8	5	8
Importations de marchandises, caf*	Millions de \$EU	1995	57 406	65 293	155 449 ⁷	164 443	26 523	43 728	28 928	267 059	463 472	27 718
En pourcentage du PIB	%	1995	15.9	28	57.7	29.4	58	25.2	23.1	17.4	19.2	28.3 (94)
Accroissement annuel moyen sur 5 ans	%	1995	8.1	5.9	5.3	7.1	..	6.7	1.4	3.5	6.1	6.9
Réserves officielles totales⁶												
En ratio des importations mensuelles de marchandises	Ratio	1995	8 003	12 600	10 883 ⁷	10 124	9 312	7 411	6 753	18 065	57 185	9 943
		1995	1.7	2.3	0.8	0.7	..	2	2.8	0.8	1.5	4.3

* Aux prix et taux de change courants.

1. Sauf indication contraire.

2. Suivant définition retenue dans *Statistiques de la population active* de l'OCDE.

3. Converti à l'aide des Parités de Pouvoir d'Achat (PPA) courantes.

4. Épargne brute = Revenu national disponible moins consommation privée et consommation des administrations publiques.

5. Emplois courants = Dépenses courantes en biens et services plus les changements courants et le revenu de la propriété.

6. L'or compris dans les réserves est évalué à 35 DTS l'once. Situation en fin d'année.

7. Données relatives à l'Union économique belgo-luxembourgeoise.

8. Les données se réfèrent à l'Allemagne occidentale.

Sources : Population et emploi : *Statistiques de la population active*, OCDE. PIB, FBCF et administrations publiques : *Comptes nationaux*, vol. 1, OCDE, et *Perspectives économiques de l'OCDE*, Statistiques. Indicateurs du niveau de vie : publications nationales diverses. Salaires et prix : *Principaux indicateurs économiques*, OCDE. Commerce extérieur : *Statistiques mensuelles du commerce extérieur*, OCDE. Réserves officielles totales : *Statistiques financières internationales*, FMI.

STATISTIQUES DE BASE : COMPARAISONS INTERNATIONALES (suite)

Unités	Période de référence ¹	Hongrie	Islande	Irlande	Italie	Japon	Corée	Luxembourg	Mexique	Pays-Bas	Nouvelle-Zélande	
Population												
Total	Milliers	1995	10 229	267	3 580	57 283	125 250	44 851	413	91 120	15 457	3 580
Densité km ² de superficie terrestre	Nombre	1995	111	3	51	190	332	444	159	46	379	13
Accroissement moyen annuel net sur 10 ans	%	1995	-0.3	1	0.1	0	0.4	0.9	1.2	2.1	0.7	0.9
Emploi												
Emploi civil (ECN) ²	Milliers	1994	3 643	138	1 207	20 022	64 530	19 831	207	32 439	6 631	1 560
dont : Agriculture	% de l'ECN	1994	9	9.4	12	7.7	5.8	13.6	2.9	25.8	4	10.4
Industrie	% de l'ECN	1995	34	26.1	27.6	32.1	34	33.2	30.7 (90)	22.2	23	24.9
Services	% de l'ECN	1995	57.1	65.2	60.5	60.2	60.2	53.2	66.1 (90)	52.1	73	64.6
Produit intérieur brut (PIB)												
Aux prix taux de change courants	Milliards de \$EU	1995	43.7	7	64.3	1 087.2	5 114	455.5	10.6 (92)	246.1	395.5	59.7
Par habitant	\$EU	1995	4 273	23 366	17 965	18 984	40 726	10 155	26 866 (92)	2 597	25 597	16 689
Aux prix courants ³	Milliards de \$EU	1995	..	5.9	61.7	1 114.7	2 736.8	..	12.8	699.7	305.6	60.3
Par habitant	\$EU	1995	..	21 938	17 228	19 465	21 795	..	31 303	7 383	19 782	16 851
Croissance moyenne annuelle, en volume, sur 5 ans	%	1995	..	0.9	5.7	1.1	1.3	..	4.1 (92)	3.0 (93)	2.1	2.9
Formation brute de capital fixe (FBCF)												
	% du PIB	1995	19.3	15.2	15.1	17	28.5	36.6	27.7 (92)	16.6	19.4	20.5
dont : Machines et autres équipements	% du PIB	1993	8	4.7	5.5	8.6	9.6 (94)	13.2	..	9.4 (93)	9.1	10
Construction de logements	% du PIB	1993	9.8	4	5	4.8	5.7 (94)	7.8	..	4.9 (93)	5.2	5.5
Croissance annuelle, en volume, sur 5 ans	%	1995	..	-4.1	0.9	-1.7	-0.1	..	6.5 (92)	7.7 (94)	1.2	4.5
Taux d'épargne brute⁴												
	% du PIB	1995	..	16.4	19.5	20.5	30.8	35.8	60.2 (92)	15.1 (94)	24.6	18.4
Ensemble des administrations publiques												
Dépenses courantes en biens et services	% du PIB	1995	24.9	20.8	14.7	16.3	9.7	10.4	17.1 (92)	10.6 ⁷	14.3	14.3
Emplois courants ⁵	% du PIB	1994	..	34.4	40.4 (93)	51	27	15.3	..	..	52.8	..
Ressources courantes	% du PIB	1994	..	35.4	38.9 (93)	45	32.2	24.2	..	..	51.6	..
Apports nets d'aide publique au développement												
	% du PNB	1994	..	..	0.2	0.27	0.28	..	0.4	..	0.75	0.22
Indicateurs du niveau de vie												
Consommation privée par habitant ³	\$EU	1995	11 197	13 208	9 467	11 952	13 102	12 287	16 827	5 368	11 854	10 396
Voitures de tourisme pour 1 000 habitants	Nombre	1993	204	435	251	516 (92)	326	95	506	88	372	439
Postes de téléphone pour 1 000 habitants	Nombre	1993	146	544	328	418	468	378	541	88	499	460
Postes de télévision pour 1 000 habitants	Nombre	1992	414	319	304	421	614	211	267	149	488	443
Médecins pour 1 000 habitants	Nombre	1994	..	3 (93)	2	1.7 (92)	1.8	..	2.2 (93)	1	2.5 (90)	2.1
Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	Nombre	1994	11.5	4.8 (93)	5.9	7.3 (93)	4.2	..	8.5 (92)	17	5.6	7.3 (93)
Salaires et prix (accroissement annuel moyen sur 5 ans)												
Salaires (gains ou taux selon la disponibilité)	%	1995	..	..	4.3	5	2	..	..	1.9	2.9	1.6
Prix à la consommation	%	1995	25.4	3.5	2.5	5	1.4	6.2	2.8	17.6	2.7	2.1
Commerce extérieur												
Exportations de marchandises, fob [*]	Millions de \$EU	1995	12 540	1 802	44 708	233 868	441 512	125 058	..	79 542	197 087	13 805
En pourcentage du PIB	%	1995	28.7	25.6	69.5	21.5	8.6	27.5	..	32.3	49.8	23.1
Accroissement annuel moyen sur 5 ans	%	1995	5.2	2.5	13.4	6.6	9	14	..	24.3	8.5	7.9
Importations de marchandises, caf [*]	Millions de \$EU	1995	15 073	1 754	33 024	206 246	335 392	135 119	..	72 453	177 912	13 990
En pourcentage du PIB	%	1995	34.5	24.9	51.3	19	6.6	29.7	..	29.4	45	23.4
Accroissement annuel moyen sur 5 ans	%	1995	11.7	1.2	9.8	2.5	7.5	14.1	..	18.3	7.1	8.1
Réserves officielles totale⁶												
En ratio des importations mensuelles de marchandises	Ratio	1995	8 108	207	5 806	23 482	123 277	21 983	..	11 333	22 680	2 967
		1995	..	1.4	2.1	1.4	4.4	..	..	1.9	1.5	2.5

* Aux prix et taux de change courants.

1. Sauf indication contraire.

2. Suivant définition retenue dans *Statistiques de la population active* de l'OCDE.

3. Converti à l'aide des Parités de Pouvoir d'Achat (PPA) courantes.

4. Épargne brute = Revenu national disponible moins consommation privée et consommation des administrations publiques.

5. Emplois courants = Dépenses courantes en biens et services plus les changements courants et le revenu de la propriété.

6. L'or compris dans les réserves est évalué à 35 DTS l'once. Situation en fin d'année.

7. Se référer au secteur public y compris les entreprises publiques.

Sources : Population et emploi : *Statistiques de la population active*, OCDE. PIB, FBCF et administrations publiques : *Comptes nationaux*, vol. 1, OCDE, et *Perspectives économiques de l'OCDE*, Statistiques. Indicateurs du niveau de vie : publications nationales diverses. Salaires et prix : *Principaux indicateurs économiques*, OCDE. Commerce extérieur : *Statistiques mensuelles du commerce extérieur*, OCDE. Réserves officielles totales : *Statistiques financières internationales*, FMI.

STATISTIQUES DE BASE : COMPARAISONS INTERNATIONALES (suite)

	Unités	Période de référence ¹	Norvège	Pologne	Portugal	Espagne	Suède	Suisse	Turquie	Royaume-Uni	États-Unis
Population											
Total	Milliers	1995	4 360	38 588	9 921	39 210	8 827	7 081	61 644	58 613	263 058
Densité km ² de superficie terrestre	Nombre	1995	13	119	107	78	20	171	79	239	28
Accroissement moyen annuel net sur 10 ans	%	1995	0.5	0.4	-0.1	0.2	0.6	0.8	2.1	0.3	1
Emploi											
Emploi civil (ECN) ²	Milliers	1994	2 003	14 658	4 372	11 760	3 926	3 772	19 664	25 579	123 060
dont : Agriculture	% de l'ECN	1994	5.3	23.8	11.5	9.8	3.4	4	44.8	2.1	2.9
Industrie	% de l'ECN	1994	23.4	31.9	32.8	30.1	25	28.8	22.2	27.7	24
Services	% de l'ECN	1994	71.3	44.1	55.7	60.2	71.6	67.3	33	70.2	73.1
Produit intérieur brut (PIB)											
Aux prix taux de change courants	Milliards de \$EU	1995	103.4 (93)	118	99.8	559.6	230.6	306.1	169.3	1 101.8	6 954.8
Par habitant	\$EU	1995	23 984 (93)	3 057	10 060	14 272	26 096	43 233	2 747	18 799	26 438
Aux prix courants ³	Milliards de \$EU	1995	98.8	..	123.5	557.8	165	175.7	350.8	1 041.9	6 954.8
Par habitant	\$EU	1995	22 672	..	12 457	14 226	18 673	24 809	5 691	17 776	26 438
Croissance moyenne annuelle, en volume, sur 5 ans	%	1995	2.1 (93)	..	1.4	1.3	0.4	0	3.2	1.2	2.3
Formation brute de capital fixe (FBCF)	% du PIB	1995	22 (93)	17.1	23.7	20.6	14.5	22.7	23.3	15.1	17.6
dont : Machines et autres équipements	% du PIB	1995	..	..	11.7 (93)	5.8 (94)	7.8	8.3	10.8	7.3 (94)	7.7 (93)
Construction de logements	% du PIB	1995	..	..	5.2 (93)	4.1 (94)	1.6	14.4 ⁷	9.3 (94)	3.1 (94)	4.0 (93)
Croissance annuelle, en volume, sur 5 ans	%	1995	-3.3 (93)	..	1.8	-0.9	-5.3	-0.2	4	-1.6	5.8
Taux d'épargne brute⁴	% du PIB	1995	21.9 (93)	..	21.6	21.5	16.6	30.1	19.7	13.8	15.9
Ensemble des administrations publiques											
Dépenses courantes en biens et services	% du PIB	1995	22.1 (93)	..	18.1	16.6	25.8	14	10.8	21.4	16.2
Emplois courants ⁵	% du PIB	1994	..	..	42.5 (93)	42.6	66.4	36.8	..	42.3	35.8 (93)
Ressources courantes	% du PIB	1994	..	..	39.8 (93)	39.1	57.4	36.6	..	37.3	31.7 (93)
Apports nets d'aide publique au développement	% du PNB	1994	1.05	..	0.36	0.27	0.92	0.38	..	0.31	0.15
Indicateurs du niveau de vie											
Consommation privée par habitant ³	\$EU	1995	11 194	..	8 150	8 812	9 778	14 594	4 021	11 319	17 834
Voitures de tourisme pour 1 000 habitants	Nombre	1993	375	175	332	343	404	440	43	375 (92)	556
Postes de téléphone pour 1 000 habitants	Nombre	1993	542	115	311	364	678	611	184	494	574
Postes de télévision pour 1 000 habitants	Nombre	1992	424	295	188	402	469	407	176	435	815
Médecins pour 1 000 habitants	Nombre	1994	3.3 (93)	..	2.9	4.1 (93)	3	3.1	1.1	1.5 (93)	2.5 (93)
Mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	Nombre	1994	5.1 (93)	..	7.9	7.6 (93)	4.8 (93)	5.6 (93)	46.8	6.2	8.5 (92)
Salaires et prix (accroissement annuel moyen sur 5 ans)											
Salaires (gains ou taux selon la disponibilité)	%	1995	3.5	..	..	6.4	4.6	..	..	5.7	2.7
Prix à la consommation	%	1995	2.4	43	7.2	5.2	4.4	3.2	78.6	3.4	3.1
Commerce extérieur											
Exportations de marchandises, fob [*]	Millions de \$EU	1995	41 836	22 892	23 356	91 615	79 595	81 499	21 853	242 692	584 742
En pourcentage du PIB	%	1995	30.9 (93)	19.4	23.4	16.4	34.5	26.6	12.9	22	8.4
Accroissement annuel moyen sur 5 ans	%	1995	4.4	..	7.4	10.6	6.7	5	10.8	5.7	8.2
Importations de marchandises, caf [*]	Millions de \$EU	1995	32 804	29 050	33 539	114 835	64 469	80 193	36 060	265 696	743 445
En pourcentage du PIB	%	1995	23.3 (93)	24.6	33.6	20.5	28	26.2	21.3	24.1	10.7
Accroissement annuel moyen sur 5 ans	%	1995	3.8	..	6.2	5.6	3.3	2.8	9.8	3.5	8.5
Réserves officielles totale⁶	Millions de DTS	1995	15 148	9 939	10 663	23 199	16 180	24 496	8 370	28 265	50 307
En ratio des importations mensuelles de marchandises	Ratio	1995	5.5	..	3.8	2.4	3	3.7	2.8	1.3	0.8

* Aux prix et taux de change courants.

1. Sauf indication contraire.

2. Suivant définition retenue dans *Statistiques de la population active* de l'OCDE.

3. Converti à l'aide des Parités de Pouvoir d'Achat (PPA) courantes.

4. Épargne brute = Revenu national disponible moins consommation privée et consommation des administrations publiques.

5. Emplois courants = Dépenses courantes en biens et services plus les changements courants et le revenu de la propriété.

6. L'or compris dans les réserves est évalué à 35 DTS l'once. Situation en fin d'année.

7. Y compris les constructions non résidentielles.

Sources : Population et emploi : *Statistiques de la population active*, OCDE. PIB, FBCF et administrations publiques : *Comptes nationaux*, vol. 1, OCDE, et *Perspectives économiques de l'OCDE*, Statistiques. Indicateurs du niveau de vie : publications nationales diverses. Salaires et prix : *Principaux indicateurs économiques*, OCDE. Commerce extérieur : *Statistiques mensuelles du commerce extérieur*, OCDE. Réserves officielles totales : *Statistiques financières internationales*, FMI.

**MAIN SALES OUTLETS OF OECD PUBLICATIONS
PRINCIPAUX POINTS DE VENTE DES PUBLICATIONS DE L'OCDE**

AUSTRALIA – AUSTRALIE

D.A. Information Services
648 Whitehorse Road, P.O.B 163
Mitcham, Victoria 3132 Tel. (03) 9210.7777
Fax: (03) 9210.7788

AUSTRIA – AUTRICHE

Gerold & Co.
Graben 31
Wien I Tel. (0222) 533.50.14
Fax: (0222) 512.47.31.29

BELGIUM – BELGIQUE

Jean De Lannoy
Avenue du Roi, Koningslaan 202
B-1060 Bruxelles Tel. (02) 538.51.69/538.08.41
Fax: (02) 538.08.41

CANADA

Renouf Publishing Company Ltd.
5369 Canotek Road
Unit 1
Ottawa, Ont. K1J 9J3 Tel. (613) 745.2665
Fax: (613) 745.7660

Stores:

71 1/2 Sparks Street
Ottawa, Ont. K1P 5R1 Tel. (613) 238.8985
Fax: (613) 238.6041

12 Adelaide Street West
Toronto, QN M5H 1L6 Tel. (416) 363.3171
Fax: (416) 363.5963

Les Éditions La Liberté Inc.
3020 Chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, PQ G1X 3V6 Tel. (418) 658.3763
Fax: (418) 658.3763

Federal Publications Inc.
165 University Avenue, Suite 701
Toronto, ON M5H 3B8 Tel. (416) 860.1611
Fax: (416) 860.1608

Les Publications Fédérales
1185 Université
Montréal, QC H3B 3A7 Tel. (514) 954.1633
Fax: (514) 954.1635

CHINA – CHINE

Book Dept., China National Publications
Import and Export Corporation (CNPIEC)
16 Gongti E. Road, Chaoyang District
Beijing 100020 Tel. (10) 6506-6688 Ext. 8402
(10) 6506-3101

CHINESE TAIPEI – TAIPEI CHINOIS

Good Faith Worldwide Int'l. Co. Ltd.
9th Floor, No. 118, Sec. 2
Chung Hsiao E. Road
Taipei Tel. (02) 391.7396/391.7397
Fax: (02) 394.9176

**CZECH REPUBLIC –
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE**

National Information Centre
NIS – prodejna
Konviktská 5
Praha 1 – 113 57 Tel. (02) 24.23.09.07
Fax: (02) 24.22.94.33

E-mail: nkposp@dec.niz.cz
Internet: http://www.nis.cz

DENMARK – DANEMARK

Munksgaard Book and Subscription Service
35, Nørre Søgade, P.O. Box 2148
DK-1016 København K Tel. (33) 12.85.70
Fax: (33) 12.93.87

J. H. Schultz Information A/S,
Herstedvang 12,
DK – 2620 Albertslung Tel. 43 63 23 00
Fax: 43 63 19 69

Internet: s-info@inet.uni.c.dk

EGYPT – ÉGYPTÉ

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo Tel. (2) 392.6919
Fax: (2) 360.6804

FINLAND – FINLANDE

Akateeminen Kirjakauppa
Keskuskatu 1, P.O. Box 128
00100 Helsinki
Subscription Services/Agence d'abonnements :
P.O. Box 23
00100 Helsinki Tel. (358) 9.121.4403
Fax: (358) 9.121.4450

***FRANCE
OECD/OCDE**

Mail Orders/Commandes par correspondance :
2, rue André-Pascal
75775 Paris Cedex 16 Tel. 33 (0)1.45.24.82.00
Fax: 33 (0)1.49.10.42.76
Telex: 640048 OCDE
Internet: Compte.PUBSINQ@oecd.org

Orders via Minitel, France only/
Commandes par Minitel, France
exclusivement : 36 15 OCDE

OECD Bookshop/Librairie de l'OCDE :
33, rue Octave-Feuillet
75016 Paris Tel. 33 (0)1.45.24.81.81
33 (0)1.45.24.81.67

Dawson
B.P. 40
91121 Palaiseau Cedex Tel. 01.89.10.47.00
Fax: 01.64.54.83.26

Documentation Française
29, quai Voltaire
75007 Paris Tel. 01.40.15.70.00

Economica
49, rue Héricart
75015 Paris Tel. 01.45.78.12.92
Fax: 01.45.75.05.67

Gibert Jeune (Droit-Économie)
6, place Saint-Michel
75006 Paris Tel. 01.43.25.91.19

Librairie du Commerce International
10, avenue d'Iéna
75016 Paris Tel. 01.40.73.34.60

Librairie Dunod
Université Paris-Dauphine
Place du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny
75016 Paris Tel. 01.44.05.40.13

Librairie Lavoisier
11, rue Lavoisier
75008 Paris Tel. 01.42.65.39.95

Librairie des Sciences Politiques
30, rue Saint-Guillaume
75007 Paris Tel. 01.45.48.36.02

P.U.F.
49, boulevard Saint-Michel
75005 Paris Tel. 01.43.25.83.40

Librairie de l'Université
12a, rue Nazareth
13100 Aix-en-Provence Tel. 04.42.26.18.08

Documentation Française
165, rue Garibaldi
69003 Lyon Tel. 04.78.63.32.23

Librairie Decitre
29, place Bellecour
69002 Lyon Tel. 04.72.40.54.54

Librairie Sauramps
Le Triangle
34967 Montpellier Cedex 2 Tel. 04.67.58.85.15
Fax: 04.67.58.27.36

A la Sorbonne Actual
23, rue de l'Hôtel-des-Postes
06000 Nice Tel. 04.93.13.77.75
Fax: 04.93.80.75.69

GERMANY – ALLEMAGNE

OECD Bonn Centre
August-Bebel-Allee 6
D-53175 Bonn Tel. (0228) 959.120
Fax: (0228) 959.12.17

GREECE – GRÈCE

Librairie Kauffmann
Stadiou 28
10564 Athens Tel. (01) 32.55.321
Fax: (01) 32.30.320

HONG-KONG

Swindon Book Co. Ltd.
Astoria Bldg. 3F
34 Ashley Road, Tsimshatsui
Kowloon, Hong Kong Tel. 2376.2062
Fax: 2376.0685

HUNGARY – HONGRIE

Euro Info Service
Margitsziget, Európa Ház
1138 Budapest Tel. (1) 111.60.61
Fax: (1) 302.50.35
E-mail: euroinfo@mail.matav.hu
Internet: http://www.euroinfo.hu/index.html

ICELAND – ISLANDE

Mál og Menning
Laugavegi 18, Pósthólf 392
121 Reykjavík Tel. (1) 552.4240
Fax: (1) 562.3523

INDIA – INDE

Oxford Book and Stationery Co.
Scindia House
New Delhi 110001 Tel. (11) 331.5896/5308
Fax: (11) 332.2639
E-mail: oxford.publ@access.net.in
17 Park Street
Calcutta 700016 Tel. 240832

INDONESIA – INDONÉSIE

Pdii-Lipi
P.O. Box 4298
Jakarta 12042 Tel. (21) 573.34.67
Fax: (21) 573.34.67

IRELAND – IRLANDE

Government Supplies Agency
Publications Section
4/5 Harcourt Road
Dublin 2 Tel. 661.31.11
Fax: 475.27.60

ISRAEL – ISRAËL

Praedicta
5 Shatner Street
P.O. Box 34030
Jerusalem 91430 Tel. (2) 652.84.90/1/2
Fax: (2) 652.84.93

R.O.Y. International
P.O. Box 13056
Tel Aviv 61130 Tel. (3) 546 1423
Fax: (3) 546 1442
E-mail: royil@netvision.net.il

Palestinian Authority/Middle East:
INDEX Information Services
P.O.B. 19502
Jerusalem Tel. (2) 627.16.34
Fax: (2) 627.12.19

ITALY – ITALIE

Libreria Commissionaria Sansoni
Via Duca di Calabria, 1/1
50125 Firenze Tel. (055) 64.54.15
Fax: (055) 64.12.57
E-mail: licosa@ftbcc.it
Via Bartolini 29
20155 Milano Tel. (02) 36.50.83

Editrice e Libreria Herder
Piazza Montecitorio 120
00186 Roma Tel. 679.46.28
Fax: 678.47.51

Libreria Hoepfli
Via Hoepfli 5
20121 Milano
Tel. (02) 86.54.46
Fax: (02) 805.28.86

Libreria Scientifica
Dott. Lucio de Biasio 'Aeiou'
Via Coronelli, 6
20146 Milano
Tel. (02) 48.95.45.52
Fax: (02) 48.95.45.48

JAPAN – JAPON
OECD Tokyo Centre
Landic Akasaka Building
2-3-4 Akasaka, Minato-ku
Tokyo 107
Tel. (81.3) 3586.2016
Fax: (81.3) 3584.7929

KOREA – CORÉE
Kyoobo Book Centre Co. Ltd.
P.O. Box 1658, Kwang Hwa Moon
Seoul
Tel. 730.78.91
Fax: 735.00.30

MALAYSIA – MALAISE
University of Malaya Bookshop
University of Malaya
P.O. Box 1127, Jalan Pantai Baru
59700 Kuala Lumpur
Malaysia
Tel. 756.5000/756.5425
Fax: 756.3246

MEXICO – MEXIQUE
OECD Mexico Centre
Edificio INFOTEC
Av. San Fernando no. 37
Col. Toriello Guerra
Tlalpan C.P. 14050
Mexico D.F.
Tel. (525) 528.10.38
Fax: (525) 606.13.07
E-mail: oecd@rtn.net.mx

NETHERLANDS – PAYS-BAS
SDU Uitgeverij Plantijnstraat
Externe Fondsen
Postbus 20014
2500 EA's-Gravenhage
Voor bestellingen:
Tel. (070) 37.89.880
Fax: (070) 34.75.778

Subscription Agency/Agence d'abonnements :
SWETS & ZEITLINGER BV
Heereweg 347B
P.O. Box 830
2160 SZ Lisse
Tel. 252.435.111
Fax: 252.415.888

NEW ZEALAND – NOUVELLE-ZÉLANDE
GPLegislation Services
P.O. Box 12418
Thorndon, Wellington
Tel. (04) 496.5655
Fax: (04) 496.5698

NORWAY – NORVÈGE
NIC INFO A/S
Ostensjoveien 18
P.O. Box 6512 Etterstad
0606 Oslo
Tel. (22) 97.45.00
Fax: (22) 97.45.45

PAKISTAN
Mirza Book Agency
65 Shahrah Quaid-E-Azam
Lahore 54000
Tel. (42) 735.36.01
Fax: (42) 576.37.14

PHILIPPINE – PHILIPPINES
International Booksources Center Inc.
Rm 179/920 Cityland 10 Condo Tower 2
HV dela Costa Ext cor Valero St.
Makati Metro Manila
Tel. (632) 817 9676
Fax: (632) 817 1741

POLAND – POLOGNE
Ars Polona
00-950 Warszawa
Krakowskie Przedmiescie 7
Tel. (22) 264760
Fax: (22) 265334

PORTUGAL
Livraria Portugal
Rua do Carmo 70-74
Apart. 2681
1200 Lisboa
Tel. (01) 347.49.82/5
Fax: (01) 347.02.64

SINGAPORE – SINGAPOUR
Ashgate Publishing
Asia Pacific Pte. Ltd
Golden Wheel Building, 04-03
41, Kallang Pudding Road
Singapore 349316
Tel. 741.5166
Fax: 742.9356

SPAIN – ESPAGNE
Mundi-Prensa Libros S.A.
Castelló 37, Apartado 1223
Madrid 28001
Tel. (91) 431.33.99
Fax: (91) 575.39.98
E-mail: mundiprensa@tsai.es
Internet: <http://www.mundiprensa.es>

Mundi-Prensa Barcelona
Consell de Cent No. 391
08009 – Barcelona
Tel. (93) 488.34.92
Fax: (93) 487.76.59

Libreria de la Generalitat
Palau Moja
Rambla dels Estudis, 118
08002 – Barcelona
(Suscripciones) Tel. (93) 318.80.12
(Publicaciones) Tel. (93) 302.67.23
Fax: (93) 412.18.54

SRI LANKA
Centre for Policy Research
c/o Colombo Agencies Ltd.
No. 300-304, Galle Road
Colombo 3
Tel. (1) 574240, 573551-2
Fax: (1) 575394, 510711

SWEDEN – SUÈDE
CE Fritzes AB
S-106 47 Stockholm
Tel. (08) 690.90.90
Fax: (08) 20.50.21

For electronic publications only/
Publications électroniques seulement
STATISTICS SWEDEN
Informationsservice
S-115 81 Stockholm
Tel. 8 783 5066
Fax: 8 783 4045

Subscription Agency/Agence d'abonnements :
Wennergren-Williams Info AB
P.O. Box 1305
171 25 Solna
Tel. (08) 705.97.50
Fax: (08) 27.00.71

Liber distribution
International organizations
Fagerstagatan 21
S-163 52 Spanga

SWITZERLAND – SUISSE
Maditec S.A. (Books and Periodicals/Livres
et périodiques)
Chemin des Palettes 4
Case postale 266
1020 Renens VD 1
Tel. (021) 635.08.65
Fax: (021) 635.07.80

Librairie Payot S.A.
4, place Pépînet
CP 3212
1002 Lausanne
Tel. (021) 320.25.11
Fax: (021) 320.25.14

Librairie Unilivres
6, rue de Candolle
1205 Genève
Tel. (022) 320.26.23
Fax: (022) 329.73.18

Subscription Agency/Agence d'abonnements :
Dynapresse Marketing S.A.
38, avenue Vibert
12-53175 Bonn (Germany)
Tel. (022) 308.08.70
Fax: (022) 308.07.99

See also – Voir aussi :
OECD Bonn Centre
August-Bebel-Allee 6
D-53175 Bonn (Germany)
Tel. (0228) 959.120
Fax: (0228) 959.12.17

THAILAND – THAÏLANDE
Suksit Siam Co. Ltd.
113, 115 Fuang Nakhon Rd.
Opp. Wat Rajabophit
Bangkok 10200
Tel. (662) 225.9531/2
Fax: (662) 222.5188

TRINIDAD & TOBAGO, CARIBBEAN TRINITÉ-ET-TOBAGO, CARAÏBES
Systematics Studies Limited
9' Watts Street
Curepe
Trinidad & Tobago, W.I.
Tel. (1809) 645.3475
Fax: (1809) 662.5654
E-mail: tobe@trinidad.net

TUNISIA – TUNISIE
Grande Librairie Spécialisée
Fendri Ali
Avenue Haffouz Imm El-Intilaka
Bloc B 1 Sfax 3000
Tel. (216-4) 296 855
Fax: (216-4) 298.270

TURKEY – TURQUIE
Kültür Yayinlari Is-Türk Ltd.
Atatürk Bulvari No. 191/Kat 13
06684 Kavaklıdere/Ankara
Tel. (312) 428.11.40 Ext. 2458
Fax : (312) 417.24.90

Dolmabahce Cad. No. 29
Besiktas/Istanbul
Tel. (212) 260 7188

UNITED KINGDOM – ROYAUME-UNI
The Stationery Office Ltd.
Postal orders only:
P.O. Box 276, London SW8 5DT
Gen. enquiries
Tel. (171) 873 0011
Fax: (171) 873 8463

The Stationery Office Ltd.
Postal orders only:
49 High Holborn, London WC1V 6HB
Branches at: Belfast, Birmingham, Bristol,
Edinburgh, Manchester

UNITED STATES – ÉTATS-UNIS
OECD Washington Center
2001 L Street N.W., Suite 650
Washington, D.C. 20036-4922
Tel. (202) 785.6323
Fax: (202) 785.0350

Internet: washcont@oecd.org

Subscriptions to OECD periodicals may also
be placed through main subscription agencies.

Les abonnements aux publications périodiques
de l'OCDE peuvent être souscrits auprès des
principales agences d'abonnement.

Orders and inquiries from countries where Dis-
tributors have not yet been appointed should be
sent to: OECD Publications, 2, rue André-Pascal,
75775 Paris Cedex 16, France.

Les commandes provenant de pays où l'OCDE
n'a pas encore désigné de distributeur peuvent
être adressées aux Éditions de l'OCDE, 2, rue
André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

12-1996

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16

IMPRIMÉ EN FRANCE

(10 98 23 2 P) ISBN 92-64-25982-1 – n° 49956 1998

ISSN 0304-3363