

de ces derniers 18 ans (6,59 millions en 2006, 6,49 millions en 2008)

La transformation de la répartition de salariés par les types d'emploi est plus évidente si nous regardons l'évolution respective du nombre de salariés réguliers et de celui de salariés irréguliers. Par « le salarié régulier » nous entendons le salarié à temps plein engagé sous contrat à durée indéterminée qui bénéficie de la sécurité de l'emploi à vie⁹² et du régime de salaires à l'ancienneté⁹³. Par contre, « le salarié irrégulier » signifie le salarié n'étant pas bénéficiaire de la sécurité de l'emploi à vie ni du régime de salaires à l'ancienneté. Ce sont notamment le salarié à temps partiel, le salarié engagé sous contrat à durée déterminée (y compris celui engagé durablement sous CDDs renouvelés à plusieurs reprises) ou l'intérim. Nous constatons très clairement la croissance considérable des salariés irréguliers surtout à partir de l'année 1996, alors que les salariés réguliers diminuent de 1999 à 2005 avant que l'évolution stagne depuis 2006. Ainsi, les salariés irréguliers n'ont représenté que 15,3% des salariés en 1984, ce taux est 34,1% en 2008.

(a) La politique de la déréglementation

Cette transformation profonde de notre monde de travail a été d'abord stimulée par la politique de la déréglementation sur le marché de travail. Un de meilleurs exemples est la déréglementation relative au travail temporaire. Celui-ci fut

⁹² Quant à la définition de « l'emploi à vie », voir notes 1.

⁹³ La signification de « salaires à l'ancienneté », voir note 2.

autorisé pour la première fois par la loi n°88 du 5 juillet 1985 (mise en vigueur en juillet 1986), pourtant le recours au travail temporaire ne fut admis que pour 16 missions limitativement énumérées par le décret d'application. Mais, à partir de l'année 1996, la politique de la déréglementation relative au travail temporaire progressa très vite. Par la modification du décret d'application, 10 autres missions furent ajoutées dans la liste limitativement énumérant les missions autorisées en décembre 1996 (il y avait donc 26 missions autorisées). La modification de la loi sur le travail temporaire par la loi de 1999 (qui a été mise en vigueur en novembre 1999) renversa finalement le principe, le recours au travail temporaire fut dorénavant autorisé pour toutes les missions sauf celles prohibées limitativement énumérées dans la liste. Pourtant, pour les nouvelles missions ainsi autorisées, le recours au travail temporaire ne fut possible que pour une durée de 1 an, alors que pour 26 missions autorisées depuis 1986 et 1996, cette durée fut fixée à 3 ans. La loi de 2003 (qui a été mise en vigueur en mars 2004) a déréglementé davantage le travail temporaire. La durée maximum du recours au travail temporaire pour les nouvelles missions autorisées en 1999 a été prolongée jusqu'à 3 ans et pour 26 missions ci-dessus, la durée maximum a été tout simplement supprimée. En plus, ce qui est très important est que le recours au travail temporaire pour la fabrication et la production a été autorisé par suite de cette modification de la législation en 2003. La durée maximum de recours au travail temporaire pour la fabrication et la production était dans un premier temps 1

an et, à compter de mars 2007, elle est 3 ans.

Les avantages de travail temporaire pour l'employeur se trouvent dans la flexibilité de la gestion quantitative des emplois et dans l'économie des coûts de mains-d'œuvre. D'une part puisque les intérim, n'étant pas qualifiés de salarié régulier de l'entreprise utilisatrice, sont exclus de la sécurité de l'emploi à vie destinée à de ses salariés réguliers et d'autre part puisque les salaires des intérim sont inférieurs à ceux de salariés réguliers de l'entreprise utilisatrice à cause de l'absence de réglementation imposant à cette dernière l'égalité de traitement sur les salaires entre ses salariés et les intérim s'occupant de la même mission. C'est justement le même motif pour lequel les entreprises industrielles recourent à des entreprises sous-traitantes.

(b) L'évolution considérable du travail à temps partiel

Une autre cause essentielle provoquant la transformation de notre monde de travail est l'expansion des salariées irrégulières féminines, surtout celles à temps partiel. Nous nous apercevons cette expansion de manière plus éclatante si nous étudions les statistiques en la matière. Le taux de l'augmentation des salariées régulières féminines entre 1984 et 2008 n'est que 4,2%, tandis que celui des salariées irrégulières féminines pour la même période s'élève à 194,6%. Ainsi, depuis 2003, le nombre de salariées irrégulières féminines est supérieur à celui de salariées régulières

féminines. C'est surtout l'augmentation très nette des salariées à temps partiel féminines qui pousse fortement la croissance des salariées irrégulières féminines. En effet, n'étant que 3,34 millions en 1984, les salariées féminines à temps partiel ont atteint à 7,39 millions en 2008 (le taux de l'augmentation est 121, 3%).

L'explication de cette croissance spectaculaire de salariées féminines à temps partiel est très simple : leurs conditions de travail (surtout salaires) sont plus défavorables que celles de salariés réguliers (masculins et féminins). En effet, le salaire des salariés à temps partiel (masculins et féminins) est normalement fixé sur une base mensuelle tandis que celui des salarié(e)s à temps partiel est fixé sur une base horaire. Si nous comparons le montant des salaires d'un salarié régulier divisé par le nombre d'heures de travail mensuelles (normalement 168 heures) avec celui de salaire horaire d'un(e) salarié(e) à temps partiel, nous nous apercevons un grand écart entre les deux. En plus, presque tous les salariés réguliers (masculins et féminins) à temps plein perçoivent des primes d'été et d'hiver alors que seulement 54,2% des salarié(e)s à temps partiel en ont bénéficié en 2005. Le montant total de primes d'été et d'hiver versées aux salarié(e)s à temps partiel est très inférieur à celui de primes des salariés réguliers.

L'augmentation sensible des salariées féminines à temps partiel peut s'expliquer, d'une part par leurs conditions de travail (notamment leurs salaires) plus défavorables que celles de salariés réguliers qui constituent une attractivité très forte

pour l'employeur et, d'autre part par le champ d'application personnel des assurances sociales des salariés de secteur privé qui a un effet négative sur l'amélioration de salaires à verser à des salarié(e)s à temps partiel, ce que nous allons examiner plus tard. Les salarié(e)s à temps partiel sont aussi attractifs pour l'employeur sur le plan de la gestion quantitative des emplois car ils (ou elles) sont engagé(e)s sous CDD.

III DES RÉFORMES ET DES DÉFIS

Face à cette transformation profonde de notre société, nous avons fait et envisageons des réformes successives pour presque tous les régimes de la protection sociale d'une part afin de les adapter à de nouvelles conditions socio-économiques et d'autre part afin de maintenir et améliorer la qualité et la performance des régimes. Nous abordons plusieurs réformes essentielles.

1. L'assurance maladie

Nos régimes d'assurance maladie sont très complexes (*Figure 3*). Nous évitons d'entrer leur détail, ce qui est essentiel ici est que ces régimes connaissent aujourd'hui les difficultés et que les réformes ont été récemment introduites pour résoudre les problèmes.

(a) Les difficultés

D'abord, l'expansion de dépenses de santé à cause de plusieurs facteurs (entre ces facteurs, nous trouvons le vieillissement de la population que nous allons examiner toute de suite) menace tous les régimes d'assurance maladie.

Le problème le plus sérieux est que les coûts des prestations en nature servies à des personnes âgées de 65 ans et plus, surtout celles de 75 ans et plus ont pesé de plus en plus lourdement sur le financement des régimes. Nous avons eu un régime spécifique destinée à servir les prestations en nature à des personnes âgées, tous les gestionnaires de régimes sont obligés de verser des contributions afin d'assurer le financement de ce régime avec subventions étatiques, départementales et municipales. À cause de l'évolution de la condition démographique (le vieillissement) et en raison de son mécanisme très stimulateur des consultations et hospitalisations, les coûts de ce régime spécifique augmentait sans cesse, ce qui dégrade considérablement la situation financière des autres régimes.

La situation financière de chaque régime et celle de chaque gestionnaire sont très inégales. Et cette inégalité de la situation financière entraîne la diversité des taux de cotisation entre les régimes et entre les gestionnaires. Par exemple, la situation financière des caisses d'entreprise de secteur privé est en général bonne, donc leur taux de cotisation (en moyenne 7,317% en 2006) est inférieur à celui de régime pour les salariés de PME (le taux était 8,1% en 2006). Les taux de cotisations sont différents d'une ville à une autre selon leur situation financière et plus particulièrement selon

leur condition démographique.

(b) Les réformes en 2006

La loi n°84 du 21 juin 2006 modifiant plusieurs lois sur l'assurance maladie a adopté des réformes destinées à adapter les régimes d'assurance maladie à de nouvelles conditions socio-économiques et à chercher des solutions de difficultés auxquelles font face les régimes, d'une part, en demandant notamment à des personnes âgées de 75 ans et plus de supporter davantage frais médicaux et les cotisations et d'autre part, en réaménageant le mécanisme de compensation entre des régimes afin de répartir les coûts médicaux de personnes âgées de façon plus équilibrée. Une partie de ces réformes ont été déjà introduites, le reste sera progressivement mis en vigueur.

i) La politique de prévention des maladies chroniques (par exemple hypertension, diabète, etc.) sera renforcée en imposant aux assureurs d'organiser un examen médical périodique pour leurs assurés et les membres de famille de ces derniers. Pour stipuler le nombre de jours de séjours dans les hôpitaux, des mesures telles que la stimulation de soins à domicile, le contrôle sur le nombre de lits seront prises.

ii) La participation des personnes âgées aux coûts des soins sera augmentée. Le ticket modérateur des personnes âgées de 70 ans et plus aux revenus importants est

passé à 30% au lieu du taux antérieur de 20% à partir du 1^{er} octobre 2006. Celui des personnes (hors haut revenu) entre 65 ans et 74 ans devait passer de 10% à 20% à partir du 1^{er} avril 2008, mais à cause de la contestation très vive de la part des personnes âgées, cette mesure a été suspendue. Les frais de séjour et de repas en cas d'hospitalisation de longue durée sont prise en charge par les personnes âgées hospitalisées de 70 an et plus à partir du 1^{er} octobre 2006.

iii) La gestion administrative et financière du régime d'assurance maladie gouvernementale a été transférée à une personne morale à caractère administratif à compter d'octobre 2008 pour améliorer la performance de la gestion du régime. Les taux de cotisation de ce régime varieront selon les Départements pour tenir compte de la grande disparité de situation financière au niveau départemental à partir de septembre 2009. Pour le régime géré par les Communes, le rôle des Départements a été renforcé.

iv) Un nouveau régime d'assurance maladie pour les personnes âgées de 75 ans et plus a été constitué en avril 2008 pour remplacer le régime spécifique. Les personnes âgées assurées doivent cotiser à ce régime, pourtant la forte résistance de personnes âgées assurées et les troubles au moment de la mise en vigueur de ce régime ont obligé le gouvernement de faire des concessions ; la suspension de prélèvement de cotisation sur les retraites pour certaines catégories d'assurées, la réduction du taux de cotisation pour les assurés de revenu faible. La gestion de ce régime est confiée aux Unions de

Communes, mais des mesures destinées à assurer la stabilité financière des comptes de ces Unions ont été installées. En ce qui concerne le financement du régime, les autres assureurs prennent en charge 40% de la recette, et les subventions du Trésor et des collectivités locales en couvrent 50%.

v) Les personnes entre 65 ans et 74 ans demeurent assujettis aux régimes « salariés » ou à ceux des travailleurs non salariés et inactifs selon leur activité professionnelle et leur situation familiale. Toutefois, une compensation financière entre les régimes a été introduite pour atténuer l'inégalité provenant de la disparité de la situation démographique entre les régimes.

Ces réformes ne sont pas définitives, surtout les débats en matière du régime des personnes âgées de 75 ans et plus continuent et certains partis politiques revendiquent la suppression de ce régime pour revenir au régime spécifique antérieur.

2. L'assurance dépendance

(1) Les difficultés

L'assurance dépendance a été mise en vigueur en 2000. Avant la mise en place de cette assurance, les soins ont été servi à des personnes âgées dépendantes, d'une part, dans le cadre de l'action sociale de Communes, et d'autre part dans le cadre de l'assurance maladie et du régime spécifique servant les soins médicaux à des personnes âgées. Toutefois, la prise en charge des personnes âgées dépendantes par le

régime de l'action sociale a connu des problèmes et des critiques. D'une part, le manque de ressources n'a pas permis la prise en charge de toutes personnes âgées dépendantes qui avaient besoins de soins à domicile ou de soins dans les établissements sociaux-médicaux à l'époque. Donc, il y avait une liste d'attente très longue. Ce manque de ressources était d'autant plus grave au vue de la perspective de l'augmentation des personnes âgées dépendantes à l'horizon de 2025 ou 2030. D'autre part, le rôle de l'administration dans la gestion du régime a été sévèrement critiqué. Parce que c'est elle qui fait le choix d'un établissement où une personne âgée dépendante doit être admise, ce qui est la cause essentielle du manque de l'initiative de l'amélioration de la qualité de soins de la part de l'établissement et de l'inefficacité de la gestion. À l'autre côté, les soins des personnes âgées dépendantes coûtait très chère pour l'assurance maladie et le régime spécifique, leurs difficultés financières ne leur a plus permis la prise en charge les personnes âgées dépendantes.

(b) Le défi

Ainsi, trouver de nouvelles ressources, augmenter l'offre des soins, l'améliorer la qualité de soins, l'améliorer l'efficacité de la gestion sont les objectifs à atteindre. Par suite de débats et travaux préparatoires longs, le Ministère du Travail, de la Santé et des Affaires sociales (le MTSA) a décidé de créer une nouvelle assurance sociale dite « l'assurance dépendance », en prenant pour modèle le système allemand.

i) Les assurés de cette assurance dépendance sont divisés en deux catégories.

Les assurés de la 1^{ère} catégorie sont des personnes de 65 ans et plus qui doivent cotiser à cette assurance. En principe, leurs cotisations sont prélevées sur leurs retraites. Le montant de cotisation est fixé par la Commune qui assure un rôle de gestionnaire de l'assurance pour ses habitants, donc le montant se varie d'une ville à l'autre. Celui moyen en 2009 est à peu près 42 dollars par mois.

Les assurés de la 2^{ème} catégorie sont les assurés ainsi que leurs époux et épouses à leurs charge qui sont couverts par un des régimes d'assurance maladie. Ils doivent avoir 40 ans et plus, mais moins de 65ans. Leurs cotisations sont comprises dans leurs cotisations de l'assurance maladie. En cas d'un assuré du régime salarial ou de celui de fonctionnaire, la charge de la cotisation est partagée entre l'employeur et un assuré moitié –moitié. Les époux et épouses des assurés salariés à leur charge ne versent pas de cotisation, pourtant le taux de cotisation est fixé en tenant compte du nombre de ces époux et épouses. Il faut remarquer aussi que les assurés de la 1^{ère} catégorie peuvent percevoir les soins lorsqu'ils sont tombés dans l'état de dépendance quel que soit sa cause, tandis que les assurés de la 2^{ème} catégorie ne peuvent percevoir les soins que pour l'état de dépendance provenant d'une des maladies considérées comme le résultat du vieillissement.

ii) Les ressources de cette assurance sont composées de trois éléments.

1° Les cotisations versées par les assurés de 1^{ère} catégorie qui représentent environ

18% de la recette.

2° Les cotisations collectées au titre des assurés de 2^{ème} catégorie. Environ 32% des la recette proviennent de ces cotisations.

3° Les subventions du Trésor, des Départements et des Communes qui représentent à peu près 50% de la recette.

Sur le plan juridique, cette assurance pour des soins de personnes âgées dépendantes est qualifiée de contributive, alors que la moitié de la recette de cette assurance provient des impôts et taxes.

iii) Enfin, les personnes âgées dépendantes peuvent choisir librement leur fournisseur de soins à domicile ou l'établissement parmi les fournisseurs agréés ou les établissements agréés. Lorsqu'une personne âgée dépendante a reçu les soins, il doit verser à son fournisseur le ticket modérateur dont le taux est 10% des coûts de soins, le reste sera pris en charge par l'assurance dépendance. Pour les soins à domicile, non seulement les associations à but non lucratif, mais les entreprises lucratives peuvent être agréées. Ceci entraîne l'explosion de l'offre de soins à domicile à des personnes âgées dont le degré de dépendance reste faible. Donc, la réforme de 2005 cherche à apporter des restrictions afin de maîtriser les coûts de soins à domicile.

Les recherches préparatoires pour l'élaboration d'un projet de nouvelles réformes sont en cours. Les objectifs de ces réformes éventuelles seraient d'une part la maîtrise des dépenses pour éviter la hausse de taux de cotisation qui pèserait

lourde sur les personnes âgées assurées et l'augmentation de subventions du Trésor et des collectivités locale, et d'autre part l'amélioration de la qualité de soins pour que le régime devienne plus attractif à des personnes âgées assurées.

3. La protection de la vie minimum

Étant dernier secours à des personnes qui sont dans le besoin, le régime de protection de la vie minimum constitue un véritable filet de sécurité (safety net) pour l'ensemble des ressortissants japonais domiciliés dans notre pays. Pour être admis à cette protection, le demandeur doit passer l'examen de ressources qui est souvent critiqué à cause de sa rigidité et il doit également exploiter toute sa capacité pour soutenir sa vie et enfin la totalité des revenus mensuels du demandeur et les membres de son foyer doit être inférieure au seuil de vie minimum fixé par l'arrêté ministériel. Pour une famille sans aucune ressource composée de deux adultes (respectivement 33 ans et 29 ans) et un enfant de 3 ans vivant à Tokyo, le montant de l'allocation est 167.170 yens (soit à peu près 1.680 dollars) par mois. Il est 166.160 yens (soit environs 1.670 dollars) pour une mère isolée de 30 ans avec deux enfants (respectivement 4 ans et 2 ans) s'installant à Tokyo.

(a) Les difficultés

Un constat significatif en matière de cette protection de la vie minimum est l'augmentation du taux de bénéficiaires sur la population totale (« le taux de protection »). Ce taux de protection en 2007 était 1,17%, alors que celui en 1995 n'était que 0,68%. Cette progression du taux de protection s'explique surtout par la crise économique depuis des années 1990. L'augmentation de bénéficiaires conduit à la progression de crédits budgétaires de l'État à attribuer à cette protection. Le montant de ces crédits budgétaires est environs 20,7 milliards de dollars en 2009.

Un autre constat significatif est le changement de la répartition de bénéficiaires selon l'âge et la cause de l'admission. D'abord, es bénéficiaires de 60 ans et plus a représenté 44 % de l'ensemble de bénéficiaires en 1995, tandis que ce taux s'est élevé à 51,2% en 2007. Une partie de la progression de ce taux s'explique par le vieillissement des bénéficiaires, mais elle s'explique aussi par la stagnation et la dépression économiques qui ont frappé les personnes âgées n'ayant aucune retraite ou celles n'ayant qu'une retraite faible. D'autre part, le pourcentage de ménages bénéficiaires composés d'une mère isolée de moins de 65 ans et un et des enfants de moins de 18 ans sur tous les ménages de la même composition est passé de 10,3% en 1995 à 12,9% en 2007. Une des causes de cette croissance est, comme le cas des personnes âgées, la récession de la deuxième moitié des années 1990 à la première moitié des années 2000. Une autre en est les salaires faibles de salariées féminines, surtout qui travaillent à temps partiel (*supra* II 6. (b)).

(b) Les polémiques

Au vue de cette augmentation des bénéficiaires du régime de protection de vie minimum, les économistes néolibéraux et les dirigeants de grandes entreprises désignés membres des commissions consultatives en matière de la politique économique ont adressé des critiques sévères au mécanisme et à la pratique de ce régime. Selon eux, les allocations différentielles versées par ce régime n'ont pas d'effet incitatif sur le travail et la majoration pour une personne âgée et celle pour une mère isolée ne sont plus justifiées. Surtout, ils ont critiqué cette dernière en soulignant qu'elle a un effet négatif sur l'incitation au travail. Une autre critique est que le travail social de bureaux de l'aide sociale destiné à l'insertion sociale et professionnelle n'est pas efficace.

Ainsi, le MTSA a, d'une part, introduit une mesure destinée à l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires en avril 2005. Cette mesure est dénommée « un projet pour soutenir l'insertion sociale et professionnelle ». Elle a pour but d'organiser un entretien personnalisé avec un bénéficiaire dans un bureau de l'action sociale pour élaborer un projet personnalisé destiné à l'inciter à son insertion sociale et professionnelle en coopérant notamment avec un agence de placement publique locale.

D'autre part, le MTSA a apporté quelques modifications au régime de protection de la vie minimum pour motif de le rendre plus équitable et plus incitatif en

faveur de travail. La majoration pour une personne âgée a été progressivement réduite à partir d'avril 2002 et définitivement supprimée à la fin de mars 2005. Celle pour une mère isolée vivant avec un ou des enfants de 16-17 ans progressivement réduite à partir d'avril 2004 et définitivement supprimée à la fin de mars 2007. Celle pour une même isolée vivant avec un ou des enfants de 15 ans et moins elle-aussi a été réduite à partir d'avril 2007 pour être définitivement supprimée à la fin de mars 2010. Par contre, une majoration a été créée en avril 2007 pour inciter une mère isolée bénéficiaire à travail ou à suivre la formation professionnelle.

Toutefois, la suppression de la majoration pour une personne âgée a été contestée par les bénéficiaires, plusieurs plaintes ont été portées devant les juges pour demander la déclaration de l'inconstitutionnalité de cette suppression, mais sans succès. La suppression de la majoration pour une mère isolée est actuellement vivement critiquée, la proposition de loi destinée au rétablissement de la majoration pour une même isolée vient être adoptée au Sénat (La 2^{ème} Chambre de la Diète dite « Sangi-In ») en juin 2009. Nous ne savons pas encore pour ce moment si cette proposition sera finalement adoptée.

4. Le régime de retraites de base

Notre régime de retraites se compose de trois couches. La 1^{ère} couche (c'est-à-dire le rez-de-chaussée) est le régime de retraites de base (l'assurance vieillesse

de base), la 2^{ème} couche est celui d'assurance vieillesse de travailleurs salariés et celui de fonctionnaires de l'État et des collectivités locales et enfin, la 3^{ème} couche est les régimes complémentaires (les retraites de l'entreprise) facultatifs (c'est l'employeur qui décide la création d'un régime pour ses salariés ou la participation à un régime existant)(*Figure 4*).

Les assurés du régime de retraites de base sont divisés en 3 catégories. Les assurés de 1^{ère} catégorie sont les personnes entre 20 ans et 59 ans ayant leur domicile dans notre territoire qui ne sont pas ni les assurés de 2^{ème} catégorie ni ceux de 3^{ème} catégories. Les assurés de 2^{ème} catégorie sont les assurés de l'assurance vieillesse de travailleurs salariés de secteur privé et de celle de fonctionnaires de l'État et des collectivités locales. Enfin, les assurés de 3^{ème} catégorie sont les époux ou épouses entre 20 ans et 59 ans prises en charge par leurs épouses ou époux salarié(e)s assuré(e)s de 2^{ème} catégorie (donc les assurés de l'assurance vieillesse de travailleurs salariés et de celle de fonctionnaires). Pour être qualifiés des assurés de 3^{ème} catégorie, 1° ils sont à la charge par leurs époux ou épouses assuré(e)s de 2^{ème} catégorie, 2° ils ne doivent pas être l'assuré de 2^{ème} catégorie, 3° leur revenu annuel ne doit pas dépasser 1.300.000 yens (soit à peu près 13.100 dollars). Il faut bien noter que cette 3^{ème} condition est identique à celle à remplir pour que les membres de famille puissent bénéficier des droits dérivés sous le régime d'assurance maladie de travailleurs salariés.

(a) Les difficultés

i) Le problème d'assurés de 3^{ème} catégorie.

Alors que chaque assuré de 1^{ère} catégorie est tenu à verser la cotisation forfaitaire dont le montant est 14.660 yens par mois, soit à peu près 148 dollars par mois en 2009, les assurés de 2^{ème} catégorie ne doivent cotiser qu'à l'assurance vieillesse de travailleurs salariés (ou au régime de fonctionnaires s'il s'agit de fonctionnaires d'État et des collectivités locales.). Et, ce qu'il faut bien retenir est que les assurés de 3^{ème} catégorie ne sont soumis à aucune cotisation. Le financement des retraites versées aux anciens assurés de 3^{ème} catégorie est assuré par le transfert de crédits de la part des comptes des régimes d'assurance vieillesse de travailleurs salariés et fonctionnaires vers le compte du régime de la retraite de base (cela veut dire que ce sont les assurés des régimes de travailleurs salariés et de fonctionnaires (les assurés de 2^{ème} catégorie) et de leurs employeurs qui cotisent indirectement pour les assurés de 3^{ème} catégorie).

Ainsi une femme d'un salarié assuré de l'assurance vieillesse de travailleurs salariés trouve-t-elle un intérêt économique pour être l'assurée de 3^{ème} catégorie en se bornant de travailler en tant qu'une salariée féminine à temps partiel sans remplir les conditions de l'assujettissement à l'assurance vieillesse de travailleurs salariés et sans que son revenu annuel ne dépasse le seuil de 1.300.000 yens, soit 13.100 dollars. C'est pareil pour l'employeur, car l'employeur peut économiser les coûts salariaux en

incitant à des femmes de travailler en tant qu'une salariée à temps partiel sans perdre la qualité de l'assurée de 3^{ème} catégorie. Ceci est une des causes de la progression considérable de salariées à temps partiel (*supra* II 6. (b)).

ii) Le financement

Le financement de ce régime de base est assuré par 1° les cotisations versés par les assurés de la 1^{ère} catégorie, 2° le transfert des crédits au titre des assurés de la 2^{ème} et 3^{ème} catégorie de la part des régime de travailleurs salariés et des fonctionnaires, 3° les subventions du Trésor de l'État provenant des impôts et des taxes.

Ce régime de retraites de base est celui de répartition, donc le vieillissement de notre population (*supra* II 5.) pose une difficulté sérieuse du financement de ce régime dans les années à venir. En plus, la recette provenant des cotisations des assurés de la 1^{ère} catégorie diminue sans cesse depuis des années 1990. D'abord, parce qu'il y a beaucoup des personnes à faible revenu incapable de verser la cotisation parmi les assurés de la 1^{ère} catégorie. Par suite de la crise économique depuis la dernière moitié des années 1990, les assurés bénéficiant de l'exonération totale ou partielle sont de plus en plus nombreux, ce qui fait le trou de plus en plus large de la recette. Ensuite, parce , parmi les assurés de la 1^{ère} catégorie, il y a des personnes à haut revenu qui refusent de cotiser pour une raison ou une autre : l'insuffisance du

montant d'une retraite de base (796.100 yens en 2009, soit environs 8.000 dollars par an par assuré ayant cotisé pendant 40 ans), la perte de confiance en ce régime de base à cause de la campagne de la crise du régime de retraites confronté au vieillissement, le mauvais fonctionnement de l'Agence des assurances sociales, etc.

(b) Les défis

D'une part, afin de combler le trou provenant de la difficulté du prélèvement de cotisations d'assurés de 1^{ère} catégorie, de l'augmentation d'assurés de 1^{ère} catégorie bénéficiant de l'exonération totale ou partielle de cotisation et du vieillissement de la population, les subventions du Trésor qui représentaient auparavant 1 tiers de coûts de prestations devaient être augmentées pour en couvrir 50% en avril 2007, mais la difficulté de trouver les ressources à affecter à ces subventions a retardé cette augmentation. Celle-ci sera réalisée au cours de l'année fiscale 2009.

D'autre part, les hypothèses où un assuré de 1^{ère} catégorie peut bénéficier de l'exonération partiel ont été multipliées pour que les assurés de 1^{ère} catégorie à faible revenu puissent cotiser plus facilement. Par contre, le recouvrement de cotisations impayées a été bien renforcé à l'égard des personnes à haut revenu qui refusent intentionnellement de cotiser.

En ce qui concerne le problème d'assurés de 3^{ème} catégorie et celui du vieillissement de population, nous les abordons ci-dessous.