**Introduction**

1. **Qu’est ce que l’économie de la protection sociale ?**
* Les finalités de la PS : De la protection face au risque à la satisfaction des besoins sociaux.

Ces finalités dans une conception plus restrictive : Protection face aux risques sociaux

* 1. **Risques sociaux versus besoins : Bismarck et Beveridge**
		1. *Les fondateurs du système de la protection social*

**Mr Bismarck**

Fin du XIXe siècle, chancelier allemand qui va mettre en place le premier système d’assurance social = logique référentielle.

C’est un système qui couvre les risques comme les accidents du travail, la maladie puis la retraite, le chômage, etc.…

La protection est un système d’assurance qui couvre un certain nombre de risques sociaux qui renvoie au risque de la perte de revenue liée à une interruption d’activité professionnelle.

* suspension d’activité pro provisoire / définitive
* La figure de référence ici est le travailleur

Ici c’est le travailleur qui va cotiser pour s’assurer d’où un mode de financement fondé sur le travail, le salaire à travers les cotisations sociales.

Assurances de risques sociaux : Risques définissent par rapport au travailleur, risques de perte de revenu liée à une interruption d’activité pro.

= Logique bismarckienne

* Première grande loi sociale en France : 1898 Loi sur les accidents du travail

Deuxième logique / deuxième contexte historique : la logique Beveridgienne

**Mr Beveridge**

Auteur britannique qui commence en tant que travailleur social puis député et Lord de la Chambre des Communes.

Début de carrière au début du XXe siècle mais s’intéresse au système de protection social durant la seconde guerre mondiale.

1942 : Il publie un rapport pour le gouvernement britannique sur la sécurité sociale : il utilise le concept du Welfare State (= État Providence)

Différence entre l’assurance sociale classique et le Welfare State :

L’Angleterre avait déjà un système d’assurance chômage en 1911 mais Beveridge propose mieux : Pour lui la protection sociale ne se suffit pas à assurer les risques sociaux, la PS a pour objectif de libérer l’homme du besoin.

Elle doit participer à la poursuite de l’état de bien être du citoyen, l’objectif est donc plus large que la simple couverture des risques sociaux.

* Lutter contre la pauvreté, assurer à l’individu d’avoir des revenus décents

Ce qui implique de compléter la logique référentielle par une logique assistantielle par le fait d’accorder des aides sociales aux individus en fonction de leurs revenus pour lutter contre la faiblesse des revenus.

* Idée de redistribution des revenus

Beveridge propose donc un système qui prend comme figure de référence non plus simplement le travailleur mais de façon plus large le citoyen.

Le citoyen a donc un certain nombre de prestations qui permet d’atteindre l’état de bien être.

Dans la conception de Beveridge, le système de PS doit être financé par l’impôt et pas seulement des cotisations sociales.

* + 1. *Le Champ de la PS*

La distinction entre ces deux formes de protection sociale permet d’élaborer un champ de la PS.

Dans une première grande partie du cours, nous allons nous intéresser aux risques sociaux et leur couverture dans une logique assurantielle (1er semestre) avec 3 grands risques sociaux :

* la santé
* la vieillesse (retraites)
* le chômage

La deuxième partie du cours (2nd semestre) portera sur les problèmes de pauvreté, d’inégalité et de redistribution :

* Pauvreté et minima sociaux
* Inégalité et redistribution

La troisième partie, réduite à un seul chapitre, qui portera sur le financement de la protection sociale et tous les débats au tour de la question du financement.

* 1. **Une approche économique**
		1. *Différentes approches économiques (marxiste, keynésienne, néoclassique)*

Rappel des différentes conceptions économique possible de la PS

Quels types de questionnements peut-on avoir dans le domaine de la PS ?

**L’approche marxiste**

C’est une approche assez macroéconomique qui resitue la PS dans la dynamique du capitalisme. Elle analyse les évolutions des systèmes de PS en lien avec les grands états, les transformations du capitalisme.

Elle s’interroge sur la fonction du système de PS dans l’économie capitaliste.

La conception marxiste :

Marx lui-même et les premières marxistes (mort en 1883) était critique par rapport à ce qui se mettait en place en Allemagne. Ils voyaient la stratégie politique de Bismarck

Pourquoi un chancelier conservateur se met en quête d’une PS : c’était pour assurer la paix sociale et couper l’ampleur du mouvement socialiste qui commençait à monter en puissance.

L’Allemagne à connut sa révolution industrielle plus tard et en une forme différente que l’Angleterre et la France : forme plus rapide et plus concentrée en Allemagne.

* Très fortes concentrations d’ouvriers, urbanisation…

Terrain propice à l’implantation du socialisme contrairement à la France qui avait des industries modernes dispersé dans le territoire avec plus de paternalismes…

Il essaye donc de mettre en place des lois généreuses pour rallier, ***Exemple*** : Retraite à 70 ans (qui était plutôt symbolique étant donnée l’espérance de vie d’un ouvrier de l’époque).

* Le développement de la PS est un moyen de sauver le capitalisme et d’arrêter la révolution socialiste.
* Les normes marxistes sont actuellement plus à la défense des systèmes de PS (logique inverse) contre la phase actuelle de démantèlement de la PS (défense de l’égalité d’accès aux soins, de la redistribution, etc.…)

Cette vision articule une politique sociale, économique et aussi historique.

**L’approche keynésienne**

Approche purement économique qui s’interroge sur les effets de la PS sur l’économie et la dynamique économique (consommation, épargne, croissance). Toujours dans une perspective macro-économique.

**L’approche Néoclassique**

Elle se situe plutôt au départ dans une perspective micro-économique, on par t des comportements des individus. On intéresse au problème qui se pose à l’individu en termes de risques, définition du risque social, spécificité du risque social, les effets de la PS sur le comportement des individus.

Est-ce que le fait être assuré ne vous rend pas moins prudent ? plus dépensier en termes de dépenses de santé, recevoir les indemnités de chômage ne vous incite pas à reprendre un emploi.

Toutes ces approches fournissent une boite à outils qui permettront de comprendre à partir des individus les effets de la PS, etc.…

* + 1. *Un fil directeur : Comment concilier efficience et équité ?*

L’efficience renvoie à l’efficacité, c’est quelque chose qui est adaptée à un objectif que l’on s’est donné.

L’efficacité renvoie au degré d’adaptation des moyens mis en œuvre.

Moyens plus ou moins efficaces ---) renvoient au rapport qualité-prix, questionnement du rapport coût/bénéfice

La question de l’efficacité doit se poser pour l’économiste en termes de cout/bénéfice,

* L’efficience renvoie donc au meilleur rapport coût/bénéfice.

Renvoie à la question du gaspillage, un système de retraite par capitalisation est-il préférable à un système par répartition ?

Question du bénéfice à l’individu mais aussi à la société (coût supportable qui ne nuira pas à l’emploi.

* L’équité renvoie à la justice sociale.

Le problème étant que la justice sociale dispose de plusieurs conceptions possibles, ***Exemple*** : Une conception égalitariste (qui peut se traduire par une égalité d’accès aux soins, aux revenus…), des conceptions basées pour ceux qui sont en bas de la hiérarchie, de ceux qui donnent le plus…

* La question du conflit entre efficience et équité

***Exemple*** : L’introduction d’une franchise

L’adoption de ce type de mesure aux normes d’efficience a été faite pour des raisons de couts (réduire le déficit) et d’obliger les individus à ne pas abuser du système.

Ceci a été fait au détriment de l’équité, car ceux qui vont être le plus défavoriser sont ceux qui ont les revenus les plus faibles.

Contre ***Exemple*** : Keynes avait dit que réduire les inégalités va dans le sens de la PS mais aussi de la performance économique. (politique de redistribution)

* + 1. *Par rapport au cours de sociologie*
* Approches complémentaires

On va intéresser aux acteurs et institutions de la protection sociales alors qu’en éco on s’intéressera aux mécanismes.

1. **La couverture des risques sociaux : Un premier aperçu**
	1. **La couverture du risque : Quelques problèmes fondamentaux**

Définition du risque, les principes de couverture des risques…

La notion de risque est née en Italie (riesco) XIVe siècle, c’est l’écueil pour les navires soit le risque pour les marins de faire circuler ses marchandises sur la mer. Risque et Assurance sont nés en même temps avec des premiers mécanismes qui se mettent en place.

* + 1. *La nature du risque*

2 Distinctions à faire sur la nature du risque

L’aléa, le risque sont un événement aléatoire qui affecte la situation d’un individu

Risques de nature exogène = s’il ne dépend pas du tout du comportement de l’individu (***Exemple*** : un ouragan). Problème : Cambriolage car mauvais système de serrure, attraper froid car pas assez couvert, l’exogénéité du risque est assez compliquée. Plus le risque est exogène et plus il est assurable, etc.…

Risques probabilisables ou pas = Distinction du risque de l’incertitude. Le risque est un aléa probabilisable, l’incertitude renvoie à un aléa non probabilisable

Distinction entre des risques indépendants et des risques corrélés = On se place ici du point de vue de l’individu : Le risque de l’individu A dépend du risque de l’individu B. Pour l’accident de voiture dans un échantillon d’individu : A priori NON, c’est un risque indépendant. Mais le fait d’attraper la grippe augmente la probabilité des autres à attraper la grippe. (Effet de contagion) Autre ***Exemple*** : Le chômage (mauvaise conjoncture générale)

* + 1. *Le comportement des agents : Le problème du risque moral*

Problème de l’hétérogénéité du risque soit dans quelle mesure le risque dépend du comportement des agents.

Dans quelle mesure, une fois qu’ils sont assurés, les agents ne vont pas modifier leur comportement, cette modification de comportement ne va-t-elle pas entrainer une modification du risque ou plus exactement une modification du cout du risque pour l’assureur.

***Exemple*** de l’assurance automobile : Le fait que l’on soit assuré va peut-être nous rendre moins prudent, c’est une première modification du comportement possible.

* Devenir moins prudent ce qui accroit la probabilité du risque

Deuxième problème, une fois que l’accident automobile a eu lieu (ou autre risque) on peut être incité à faire une sur déclaration

* Ce qui se traduit donc par des coûts supplémentaires pour l’assureur

Le coût du risque n’est donc pas complètement exogène, on appelle cela le problème de l’aléa moral. (Les individus peuvent être amené à modifier leur comportement du fait même qu’ils sont assurés)

Ce problème se pose beaucoup pour les risques sociaux :

* Pour le risque de maladie
* Pour l’assurance-chômage (rester trop longtemps au chômage…)
	+ 1. *Les problèmes de sélection et d’antisélection*

On se place toujours du point de vue de l’assureur.

Pour l’assureur ce qui est important c’est d’avoir des informations sur le risque subit par les agents, il s’agit ici d’estimer le risque.

Si le risque est élevé, la prime d’assurance est élevée.

Du point de vue de l’assureur il est donc important de connaître les risques individuels en termes de probabilité, 2 types de problèmes :

1] Le problème de la sélection, si l’agent connaît trop bien le risque individuel, il risque de sélectionner les personnes en fonction de leur risque individuel.
L’assureur peut refuser d’assurer les personnes ou alors on accepte de l’assurer mais en échange d’une prime d’assurance élevée (on arrive ici à une sélection indirecte par le prix).

2] On suppose ici que l’assureur à une information imparfaite sur le risque des individus (ce qui est le cas généralement) et l’on suppose que les individus eux-mêmes ont un degré d’information supérieur sur leur propre risque à celui de l’assureur. Dans ce cas-là, un phénomène d’antisélection risque de se dérouler.

Ici c’est plutôt les individus eux-mêmes qui vont s’auto sélectionner, ce sont les individus eux-mêmes qui vont choisir de s’assurer ou de ne pas s’assurer, ils vont choisir cela en fonction de leur propre risque individuel et en fonction du prix que leur demande l’assureur.

Les gens qui ont les risques les plus faibles vont choisir de ne pas s’assurer, le problème pour les assureurs c’est d’avoir des clients qui sont ceux qui ont les risques les plus élevés.

***Exemple*** : Il va fixer une prime de 100€ en fonction des risques et de la probabilité, mais si chaque individu lui coute plus de 100€…

* 1. **Assurance privée et Assurance publique**
		1. *Les assurances privées*

Comment fonctionnent-elles ?

Dans quelles conditions cela est-il possibles ?

Il y’a 2 principes :

1] Le principe de mutualisation, les gens pour qui le risque ne s’est pas réalisés vont payé pour les gens qui sont touchés par le risque.
Loi des grands nombres : Quand on a une probabilité (***Exemple*** 10 %), pour l’assureur il a besoin de savoir de combien il va devoir débourser à la fin de l’année. S’il n’assure qu’une personne, 1 chance sur 10 d’avoir un accident et d’ici la fin de l’année on ne sait pas si elle va être touchée…
Il faut qu’il assure un grand nombre de personnes, ***Exemple*** : 1000 Personnes, il sait qu’en gros il y’aura 90-110 personnes qui vont avoir un accident, plus on augmente le nombre des personnes et plus l’estimation est plus fine.

2] Une fois que l’on a mutualisé sur un grand nombre de personnes, le problème est de maintenant fixé la prime d’assurance : On va leur faire payer la dépense que l’on attend suite à la réalisation des risques. Au cours de l’année, ***Exemple*** : 1M€ qui va être dépenséon le divise par le nombre d’assurés (+ frais généraux, profits…).
L’assurance va moduler, si possible au niveau individuel (ou au moins au niveau des grands groupes : ***Exemple*** femmes hommes, vieux jeunes, ruraux ville…) les primes.
= Principe de la neutralité actuarielle

Une fois qu’on connaît la dépense moyenne, on fixe les primes en fonction de cette dépense moyenne engendrer par chaque individu.

Une assurance privée fonctionnerait d’autant mieux que le risque et certains problèmes (vu précédemment) ne se pose pas.

Pour qu’une assurance privée puisse bien fonctionner, il faut que plus le risque est probabilisable et mieux c’est pour l’assurance.

Il vaut mieux aussi que les risques pour les individus soient indépendant (***Exemple*** : assurance automobile) ainsi que des risques non corrélés et bien évidement des risques les plus exogènes possible (pas affecté par le comportement des individus) avec donc un aléa moral le plus faible possible.

En tant qu’assureur, il vaudrait mieux aussi que le degré d’information soit au moins aussi bon que celui des individus eux-mêmes pour éviter le risque d’antisélection.

* + 1. Les assurances publiques

Quelle est l’avantage des assurances publiques par rapport aux assurances privées ?

* Avantage comparatif par rapport au problème qui se pose par rapport à l’assurance privée

Parce que tout d’abord, l’assurance publique peut recourir à des moyens auxquels les assureurs privés n’ont pas accès.

Par ***Exemple*** au niveau de l’aléa moral : Outils, contrôleurs plus aisément publiques.

Face au problème de l’antisélection, l’assureur public a une arme assez forte, il peut obliger les individus à s’assurer.

L’assureur public a une surface financière plus importante que celle de l’assureur privé, il peut donc se permettre d’assurer des risques relativement incertains.

Pour les risques corrélés c’est plus facile pour les services publics que pour le service privé même si les grands assureurs privés peuvent amortir avec une mutualisation inter-temporelle.

Face au problème d’assurance : Nature des risques + problème d’information, en termes d’efficacité (protéger les individus mais aussi d’équité et de justice sociale) pose le service public plus avantagé.

1. l’enjeu de l’équité et de la solidarité

Question de l’équité soit de la justice sociale, la notion de l’équité est assez large (avec diverses conceptions) renvoie à la morale et ce qui est considérer comme juste.

On intègre généralement ce que l’on considère comme inéquitable que les individus soient exclus de l’assurance du fait qu’ils n’ont pas les moyens de payer.

La PS renvoie de façon plus large de sortir les gens du besoin, de promouvoir le bien-être et peut aussi renvoyer au delà au simple problème d’assurance sociale au problème de la redistribution.

Solidarité entre les individus

* 1. **Fonction d’assurance et fonction de redistribution**
		1. *La fonction d’assurance pure : Mutualisation et neutralité actuarielle*

Normalement, dans la logique purement assurantielle reposant sur ces 2 principes, la fonction d’assurance est incompatible avec la redistribution.

On appelle redistribution, toute mesure qui entraine une modification de la répartition des revenus ou des richesses. Soit toute mesure qui entraine soit la baisse de revenu de certains individus ou la hausse…

Logique d’assurance pure = pas de redistribution, principe de la neutralité actuarielle ou chaque individu va payer proportionnellement à son risque

On ne verse à l’individu que ce qu’il a rapporté, il y a égalité en moyenne entre les primes que verse l’individu et les dépenses qu’il va engendrer.

* + 1. *Redistribution horizontale, redistribution verticale*

La redistribution verticale = c’est une mesure qui entraine un transfert de revenu (soit de haut en bas, bas en haut donc soit des riches vers les pauvres ou des pauvres vers les riches).

***Exemple*** : Impôt sur le revenu qui est une mesure de redistribution verticale.

La redistribution horizontale = horizontale toujours par rapport à la hiérarchie des revenue, ce sont des mesures qui vont se traduire par une modification de la répartition au sein des personnes qui peuvent avoir le même niveau de revenu.

***Exemple*** : L’impôt sur le revenu en France peut être aussi une forme de redistribution horizontale car à revenu donné, 2 personnes ne paieront pas le même montant (***Exemple*** : en fonction de la famille, etc.…)

Dans la réalité c’est un mélange des deux.

***Exemple*** : Le risque vieillesse, le risque c’est de rester le plus longtemps en vie

Les femmes ont 7 ans en moyenne d’espérance de vie en plus, si le système était basé sur la neutralité actuarielle, une femme devrait (à salaire égal) payé plus qu’un homme.

Or on préfère justement ne pas appliquer cela donc les hommes subventionnent les femmes.

De plus, les riches vivent plus longtemps que les pauvres, les ouvriers surpayent donc contrairement aux cadres…

Ici les individus à bas risque subventionnent les individus à haut risques qui se trouvent être des cadres. = Redistribution verticale

En fonction des modalités de fonctionnement d’assurance concret, il n’y aura pratiquement jamais de logique d’assurance pure et donc jamais de neutralité actuarielle parfaite avec toujours une certaine forme de redistribution…

Même s’il s’agit de retraite, de chômage et d’assurance maladie qui sont a priori pas de type de redistribution. Dans leur modalité concrète de fonctionnement, ces systèmes vont se traduire par de la redistribution.

On s’interroge quel est la redistribution qui est opéré, est-ce considéré juste ou injuste ?

* 1. **Assurance, assistance, prestations universelles**
* Distinction classique entre 3 formes de prestations
	+ 1. *Les prestations assurancielles*

Elles sont délivrées par les systèmes d’assurance sociale, pour y avoir droit il faut y avoir contribué. Elles sont soumises à une contribution préalable (cotisation sociale) et le droit à la prestation est généralement proportionnel à la contribution préalable.

* logique contributive

Ce sont des prestations de type maladie, retraite ainsi que les prestations chômage qui toute repose sur une logique contributive.

Pour y avoir droit il faut avoir cotisé, contribué

* Ces prestations impliquent une redistribution aussi horizontale et verticale

Elles ne sont pas donc forcément calculé par le principe de la neutralité actuarielle

* + 1. Les prestations assistancielles

Comment l’assistance se distingue de l’assurance ?

Elle ne repose pas sur une logique contributive, ce n’est pas le fait d’avoir contribué au préalable qui ouvre le droit a une prestation de type assistancielle.

On y a le droit en fonction de la situation qui est généralement définie en fonction du revenu de la personne.

* Prestation sous condition de ressources

La seule condition : Les ressources ne doivent pas dépasser un certain seuil.

En France, quels types de prestations sont assistancielles ?

* Le RMI
* l’aide aux parents isolés
* L’aide adulte handicapé
* L’allocation de solidarité spécifique du chômage (qui est un peu particulière)
* Beaucoup d’aides au logement
* Leur logique première est de redistribuée de façon verticale
	+ 1. Les prestations universelles

Contrairement aux prestations assurancielles, ce type de prestation n’est pas soumise a une logique de redistribution. Ce n’est pas en tant qu’assuré que les personnes ont ces droits, c’est en tant que citoyen.

Elle n’est pas aussi soumise à une condition de revenu : Tout le monde y a droit mais il peut y avoir certains critères mais qui ne dépendent pas du revenu.

Il existe de vraies prestations complètement universelles, ***Exemple*** : L’allocation universelle mais qui n’existe pas en France…

***Exemple*** : Les allocations familiales qui dépendent seulement du nombre d’enfants.

Comme elles ne dépendent pas d’une cotisation préalable, pas de logique d’assuré social, ces prestations familiales sont dites universelles.

*Références :*

*Elbaum (M), 2008, Économie politique de la protection sociale, PUF, Quadrige (manuel le plus proche du cours)*

*DREES (*[*www.sante.gouv.fr*](http://www.sante.gouv.fr)*) : Études et Résultats, et Dossiers Solidarité Santé.*

*= Site de référence pour toutes les données empiriques*

* Sur les mécanismes économiques

*Caire (G) Économie de la protection sociale, Bréal.*

*Chiappori, (P-A), 2000, Risque et assurance, Flammarion, Domino.*

* Sur les débats, les réformes et l’évolution des systèmes de protection sociale

*Les cahiers Français, n°324, 2006, Le modèle social français, La Documentation Française.*

*Barbier (J-C), etc.… Cf., l’épi*

**Chapitre I : La gestion du risque santé**

1. **Introduction**
2. **La santé, de quoi parle-t-on ?**

Définition générale de la santé :

Définition de l’OMS «  un état complet de bien être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence d’une maladie ou d’infirmité. La santé répond à l’une des aspirations les plus profonde des individus ».

* Définition très large

En tant qu’économiste, quelle approche on va avoir de la santé ?

Du point de vue économique, on peut définir la santé comme un bien (au sens économique du terme) mais assez particulier.

Ce bien est un capital au niveau individuel, c’est une composante du capital humain qui renvoie à toutes les capacités acquises par l’individu et qui détermine sa productivité.

* Investir dans la santé pour acquérir un revenu qui sera généré par la suite

Deuxième caractéristique, ce qui rend ce bien aussi particulier c’est qu’il conditionne en partie la jouissance des autres biens.

Troisième particularité de la santé, au niveau collectif elle a des caractéristiques de ce que l’on appelle un bien public.

La santé produit des externalités, le fait être en bonne santé va affecté aussi les autres ou plus précisément si on est de mauvaise santé cela peut affecter les autres, elle peut avoir un effet sur la santé des autres. (Épidémies, contagions…

À partir du moment où l’on reconnaît cette dimension du bien public de la santé, il faut qu’il gère la dimension publique de ce bien.

Il a commencé à intervenir de façon importante à la fin du XIXe siècle lorsque la médecine a découvert et fondé scientifiquement que les maladies étaient contagieuses…

* La politique de santé public qui va fixer des règles d’hygiènes, etc.…

La question de l’assurance santé est une question centrale pour les individus ainsi que pour la collectivité.

* 1. **Problèmes et enjeux de la couverture du risque santé : Une première vue d’ensemble**

Aujourd’hui les débats en France se focalisent sur le fait d’assurer le risque santé (***Exemple*** : énorme débat actuellement aux USA) mais surtout comment éviter que la couverture du risque santé ne se traduise par des dépenses trop importantes et qui ne soient pas soutenables.

* Problème des dépenses
	+ 1. *Les dépenses de santé et leurs déterminants*
1. Quelques définitions

En France, on mesure chaque année la dépense courante de santé, elles recouvrent :

Cf. tableau sur l’épi

* Proche de ce que l’OCDE appelle les dépenses nationales de santé

Quand on parle de la dépense courante de santé, on parle de la dépense de tous les acteurs donc pas seulement les dépenses de l’état, c’est aussi les dépenses des assurances complémentaires et ce que payent directement les individus.

Ces dépenses ont tendance à croître au cours des 20 dernières années dans le PIB…

+ De 10 % actuellement.

1. les déterminants des dépenses

Pourquoi ces dépenses ont augmenté ? quelles sont les déterminants ?

Différents facteurs jouent sur les dépenses des santés :

Certains joue sur le coté de la demande du bien santé

D’autres du côté de l’offre du bien santé

Premier déterminant = il renvoie à la loi d’ENGEL (statisticien allemand) qui dit qu’à long terme, quand le revenu des menages s’accroît, la part des services et donc la part de la santé accroît. Cela est vérifiable empiriquement, la part de l’ensemble des loisirs s’accroît avec le temps (quand les pays s’enrichissent).

* Déterminant macroéconomique avec une augmentation de cette part dans le PIB

Second facteur = lié à la modification de la structure de la population, effet de structure ou de composition.

***Exemple*** : Le vieillissement et comme leur population a une consommation plus élevée, leur part des dépenses de santé va augmenté dans le PIB.

Du côté de l’offre, un certain nombre de progrès techniques et médicaux (***Exemple*** : le scanner, IRM, etc.) donc des équipements de plus en plus sophistiqués et lourds et donc de plus en plus coûteux.

Les progrès de la médecine font que l’on allonge espérance de vie, on maintient en vie des personnes au prix de dépenses de santé très élevées.

***Exemple*** : Le SIDA, les personnes en stade terminal…

La question est de savoir dans quelle mesure le système de couverture des risques santés lui-même n’explique pas l’augmentation des dépenses de santé ? (au-delà de ces 2 grands facteurs)

Un système de couverture santé a pour objectif de couvrir des dépenses et de faire en sorte que les dépenses de santé augmentent, le problème est l’efficience. (Rapport coût/bénéfice)

Peut-on faire aussi bien en termes de santé en dépensant moins ?

Peut-on faire mieux en dépensant autant ?

Dans quelles mesures, l’organisation de la couverture du risque santé peut provoquer certains gaspillages ?

* + 1. *Les enjeux de la maîtrise des dépenses de santé*
1. Attention aux comparaisons internationales

On peut comparer des montants de dépenses de santé (généralement la part de ces dépenses dans le PIB) que l’on peut comparer à des indicateurs de performances en termes sanitaires.

On regarde un certain nombre de performances : L’espérance de vie, le nombre de pathologies de tel ou tel type.

Problème : On peut comparer des pays qui peuvent être très différent, si on compare des pays qui n’ont pas la même structure de la population, on va constater que dans les pays plus âgés on aura plus de dépenses de santé et qu’il risque d’avoir des indicateurs sanitaires moins bons or on ne peut pas conclure que le système de santé n’est pas efficace, etc.…

+ Beaucoup d’autres facteurs à prendre en compte

***Exemple*** : Les pays de l’Est, les indicateurs sanitaires étaient mauvais qui étaient liés a un certain nombre d’indicateurs sociaux (trop d’alcool) et écologique (beaucoup de pollution) ce n’était pas ici forcément le système de santé en lui-même.

Mais si on compare des pays comparables (pays européens comparables) on constatera que la part des dépenses de santé est relativement différente d’un pays à l’autre et les indicateurs de santé ne sont pas forcément meilleurs là où la part des dépenses est la plus forte.

Dans quelle mesure la couverture de santé contribue en termes de rapport coût / bénéfice ?

1. Efficience et équité

Dans quelle mesure la couverture du risque santé peut avoir un impact sur le comportement des individus ?

Équité = accès au soin pour tous

Dans quelle mesure on ne risque pas de pénaliser certains au nom du principe de l’efficience ?

***Exemple*** : La question du rationnement, comme l’allocation d’organes, selon quels critères va-t-on affecté ces organes ?

Ce qui nous intéresse est ce qui relève de l’assurance.

Question du rapport coût / bénéfice

* + À bénéfice donné, quel coût ? Enjeu en termes d’efficience --) quelle organisation du système de santé ?
	+ L’inévitable rationnement --) problème d’équité
1. **L’organisation du système de santé**

C’est l’ensemble des acteurs et des institutions qui participent à la gestion du risque santé

* 1. **Une vue d’ensemble**
		1. *Les 3 acteurs*

On distingue 3 grands acteurs principaux :

* les patients (ou encore les assurés)
* Les offreurs de soins (les hôpitaux, médecins… tout ce qui offre le service santé)
* l’assureur au sens le plus général du terme, cet acteur va prendre en charge au moins une partie des dépenses de santé (tiers payant)
* Cf. Schéma des relations
	+ 1. *Les problèmes de régulations*
1. Les problèmes d’alea moral

Côté demande (relation [1]) :

Ce problème se pose entre un assuré et un assureur, cette situation au sens propre renvoie à une situation où une fois le contrat signé du fait du problème d’asymétrie d’information, l’assuré par son comportement peut modifier l’occurrence du risque.

= L’alea moral « ex ante » (avant que le risque ne survienne), par son comportement l’assuré peut accroître le risque en étant par moins prudent

Second problème, l’alea moral « ex post » = une fois que le risque est survenu, par son comportement l’assuré va entraîner des dépenses supplémentaires pour l’assureur par rapport à ce qui était prévue par le contrat.

***Exemple*** : Surconsommation de médicaments car étant remboursé, au lieu de consulter un seul médecin, en voire plusieurs, etc.…

= Augmentation des dépenses pour l’assureur

Coté de l’offre de santé (relation [3]) : Assureur et offreur de soin

C’est le fait que dans un pays comme la France où assureur et offreur de soin sont séparés, c’est l’offreur de soin qui détermine le montant et l’assureur rembourse plus ou moins.

Mais le fait que l’offreur de soin sait que l’individu est assuré, il va peut être « surproduire » du soin.

= Modification de son comportement, « aléa moral » « ex post »

On est ici dans le registre des problèmes d’efficacité et surtout d’efficience, l’alea moral provoque du gaspillage.

* Le même état de santé aurait donc pu être atteint par moins de dépenses, faute à l’alea moral.
1. les problèmes de sélection et anti-sélection
	* Un « patient » à faible risque peut vouloir refuser de s’assurer (relation [1]) = antisélection. Cela pose donc des problèmes pour l’assureur, si asymétrie d’information et qu’il fixe ces prix en fonction d’un prix moyen, si l’individu connaît mieux son propre risque (risque faible) ils vont se retirer de l’assurance ce qui laisse pour l’assureur que des personnes qui vont engendrer des dépenses dont la somme serait donc supérieure aux cotisations.
	* L’assureur peut refuser (ou imposer des primes très élevées) aux individus à hauts risques (relation [1]) = sélection. Ce cas suppose que contrairement au cas précédent, l’assureur à une bonne information sur les risques individuels, l’assureur peuvent donc fixer sa prime de façon fine. Ici le problème c’est que certaines personnes ne pourraient pas être assuré ainsi qu’un certain problème d’équité
	* L’offreur de soins peut être amené à refuser certains patients (relation [2] = sélection. C’est le cas dans certaines configurations, cela dépend de la rémunération de l’offreur de soin. Si l’offreur de soin n’est pas payé par consultation mais par capitation (portefeuille de malade), pour lui il vaudra mieux un malade qui vient le voir rarement que quotidiennement.
	1. **La régulation de la demande**

Comment organiser le système de soin pour essayer de limiter ces problèmes = question de la régulation du système. 2 Grandes catégories : Celles qui sont plutôt de la catégorie de la demande et celles de l’offre

* + 1. *Les mécanismes*

Les problèmes peuvent se poser en 3 niveaux,

Pour les prix = le fait d'être assuré fait qu’on n’est pas incité à choisir les soins les moins coûteux à qualité donnée. On ne minimise pas le coût (débat sur les médicaments génériques)

Pour le volume = achat de plus de médicaments, plus de médecins…

Pour la qualité = on va avoir tendance à choisir des soins de meilleure qualité sans que cette qualité n’agisse forcément sur notre santé (***Exemple*** : demande d’une chambre individuelle)

* + 1. *Les études empiriques*

Quelles connaissances on a de ce type de comportement ?

Enquêtes qui ont été faites dans différents pays sur les comportements des assurés par rapport aux conditions d’assurance et donc plus précisément en fonction de leur façon d'être assuré.

On va essayer de déterminer dans quelle mesure le coût pour l’assuré à un impact sur son comportement de consommation de soin.

Difficulté de l’étude : On doit être dans un pays où tout le monde ne bénéficie pas de la même couverture d’assurance (pour comparer les différences), cela est assez répandu :

**France** = assurance de base qui couvre une grande partie

**USA** = l’inverse, logique privée

Cela ne suffit pas de comparer la consommation de soins à age, genre, localité égale (toutes choses égales par ailleurs).

Corrélation : Les gens qui sont mieux assurés con somme plus que les gens qui sont moins bien assurées 2 interprétations possibles d’une corrélation :

* C’est peut-être de l’alea moral ?
* Trop de caractéristiques inobservables pour le statisticien (***Exemple*** : les états de santé de la personne) donc par le phénomène d’antisélection, les gens qui sont moins malades etc. prennent un système d’assurance moins favorable…

Il faut donc utiliser des méthodes et les comparer sur le temps, on regarde ce qui se passe quand le système d’assurance change.

**L’expérience de la Rand Corporation**

Échantillon représentatif de 8000 individus, suivis sur 7 ans

Chaque individu tire au sort un contrat d’assurance, pour chaque plan :

* Un taux de participation (« co-paiement ») aux dépenses (0%, 25%, 50% ou 95%)

Un plafond (P) de dépenses max à la charge de l’individu, au-delà de P : Prise en charge de 100 %Chaque individu reçoit la somme de P en début d’expérience

Quelques enseignements :

Un effet prix sur la médecine ambulatoire = Ex. Rand ; Quand taux de participation passe de 0 % à 25%, la dépense baisse de 30 %Le montant qui reste à votre charge est dissuasif au sens où il joue sur la consommation de médecine ambulatoire (médecine générale)

Pas d’effet prix sur l’hospitalisation = en revanche, le fait que l’on doit payer plus ou moins aux frais d’hospitalisations

Autres constats :

* + Effet revenu important : Courbe en U : À taux de participation donné, plus de dépenses d’hospitalisation en bas de l’échelle de revenu, plus de dépense de médecine ambulatoire en haut de l’échelle des revenus.
	L’impact des modifications de prix sur la consommation = effet prix mais ici toute chose est égale par ailleurs, c’est l’impact des différences de revenus.
	En bas de la hiérarchie des revenus, c’est plutôt les dépenses d’hospitalisation qui vont être élevée (***Exemple*** : mode de vie moins sympa pour la santé, travail plus dangereux…), c’est au milieu que l’on consomme le moins, en haut c’est tout ce qui est médecine ambulatoire qui est élevée.
	+ Facteurs socioculturels qui peuvent jouer même à revenu donné (selon la culture, le rapport au corps…)

Dans cette expérience, ils contrôlaient aussi l’état de santé des individus ce qui à prouver un état de surconsommation en termes de médecin ambulatoire.

* Alea moral ex post
	+ 1. *Conséquences en termes de régulation*
1. Régulation par les prix (i.e. contribution des patients)

Sachant que les individus sont sensible au prix qu’ils vont payer, peut-on utiliser cet instrument sans affecter l’état de santé des individus.

***Exemple*** : Le ticket modérateur ou la franchise

On va ici payer un certain montant

Effet désincitatif : Sur soins ambulatoires, moins sur hôpital, si l’effet désincitatif est faible ou nul (ce qui peut être le cas pour les dépenses hospitalières) le simple résultat de l’introduction de la franchise ou du billet modérateur c’est de transférer une partie du financement de l’assureur vers le patient.

* Cela ne fait donc pas baisser les dépenses de santé mais plutôt le mode de dépenses

À quel niveau fixer le montant de la franchise ou ticket modérateur, si le montant est trop élevé :

Problème d’équité (accès au soin) avec donc des problèmes d’exclusion l’on va au-delà de la lutte contre l’alea ex post

Problème d’efficacité en termes de santé (bien public) car il est souhaitable que d’un point de vue collectif que les gens se soignent.

* Un montant trop élevé est contre productif, il faut donc rechercher un certain équilibre.

Si assurances complémentaires prennent en charge : Annulation de l’effet désincitatif, simple transfert entre assureurs.

Ticket modérateur ou franchise ?

Le principe général est le même.

Un ticket modérateur c’est une participation à chaque acte ou soin (médicament). Une franchise c’est un montant maximum (généralement calculé au cours de l’année) qui est à la charge du patient.

1. Si ticket modérateur porte aussi sur dépenses hospitalières -) inefficace en termes d’incitation, et injuste en termes d’accès au soin (pénalise les bas revenus)
2. Plus efficace et plus juste (?) : Une franchise (F), pouvant dépendre du niveau de revenu, si un taux de participation subsiste au-delà de F, il faudrait établir un plafond (P) de dépenses maximales (pouvant lui aussi dépendre des revenus) : Au-delà de la P, prise en charge intégrale des dépenses.

Si au-delà de la franchise et qu’ensuite l’assurance-maladie rembourse un certain pourcentage, l’idée ici est de fixer un plafond de dépense. Donc si on a atteint ce plafond de dépense, l’assurance-maladie prend tout en charge…

* Le a) répond à la question suivante : Comment donc éviter l’alea ex post ?
1. Régulation plus directe par le rationnement de l’accès aux soins

On n’est plus dans l’incitation financière

Ce type de régulation existe dans beaucoup de pays, de façon traditionnelle dans les pays anglo-saxons, il peut exister de droit et de fait (ici le rationnement de fait se fait par ***Exemple*** sur le temps, on est libre mais faut attendre 6 mois etc.…)

* Système du médecin référent (« gate keeper »)

Il a été mis en place théoriquement en France depuis 2004

* 1. **La régulation de l’offre**

Ici le problème est d’éviter la surconsommation induite par une « surproduction », en évitant aussi que si on limite trop les offreurs de soins car cela peut déboucher sur un risque de sélectionner certains patients… effets pervers.

* + 1. *Les enjeux de la régulation*

Du fait des modalités de financement des dépenses de santé, on essaye d’éviter que les offreurs de soins poussent à la consommation.

* + 1. *Les modes de régulation*

Passe par plusieurs canaux, donc par un mécanisme qui serait plus basé sur le prix que sur celui du marché (ici le prix est un mode de régulation de l’offre et de la demande).

Ils vont se distinguer selon qu’ils vont se porter sur la quantité ou sur le prix

1. Enveloppe budgétaire globale fixée

Dans quel type de système on peut mettre en place ce mode de régulation ?

C’est l’assureur au sens large, soit l’acteur qui finance les dépenses de santé mais cela suppose qu’il a un contrôle important sur les offreurs de soins.

Cela revient à fixer une enveloppe budgétaire à ne pas dépassé, ***Exemple*** à un hôpital (en prenant compte un tas de critères).

* Allocation d’un budget fixe à ne pas dépasser

On a souvent fonctionné comme cela en France avec certains effets pervers, ***Exemple*** : Des opérations reportées de novembre vers l’année d’après car manquent de budget… ou l’inverse tout dépenser avant la fin de l’année pour ré avoir la même enveloppe budgétaire

Autre effet pervers, quand on a une enveloppe budgétaire donnée, on peut tenter de renier sur la qualité pour diminuer les coûts.

***Exemple*** : Des médecins hésitent…

* Objectif d’éviter une sur consommation induit par l’offre
1. Contrôle direct du prix par fixation du mode de rémunération / paiement

Côté hôpital :

Tarification forfaitaire par pathologie (pour « groupes homogènes de patients ») au coût moyen =) « concurrence fictive par les prix ».

L’assureur peut imposer à l’offre de soin, dans certain système, une tarification forfaitaire par pathologie. Ici on commence par établir une nomenclature de pathologies, cela signifie ici que quel que soit le coût pour l'hôpital, tous les hôpitaux recevront la même somme au titre de rémunération / remboursement de cet acte.

Ce prix de revient est calculé comme étant le coût moyen de cette opération qui va servir de coût de référence pour tous les hôpitaux.

Cependant cette opération peut être moins cher dans certains hôpitaux et inversement dans d’autres, les hôpitaux qui ont des coûts supérieurs vont y perdre…

On introduit dans un système qui peut rester complètement public un mécanisme de marché et donc qui revient à faire de la concurrence entre les hôpitaux.

* Sans privatiser, instauration d’un mécanisme de concurrence = « la concurrence fictive par les prix »

Groupes homogènes de patients = concernant les nomenclatures de pathologies, il faut quelles soient très détaillés, le coût d’un acte médical peut dépendre beaucoup du type de patient sur lequel on fait cet acte (***Exemple*** : un patient en bonne santé aura plus de chance et moins de frais pour l'hôpital, etc.…).

Donc pour un acte médical donné, le coût dépend de l’état de santé du patient. Pour appliquer cela, il faut distinguer les patients et donc on établit une nomenclature de pathologie.

1. ***Avantage***

Si l’hôpital a un coût de la pathologie inférieur au tarif qui est imposé, dans ce cas-là, l’hôpital peut faire un bénéfice.

* Incitation à faire des économies

De plus, le coût moyen baisse dans le cas où tous les hôpitaux auraient diminué leurs coûts…

1. ***Inconvénient***

Risque d’une incitation de refuser les « cas lourds » au sein des « groupes homogènes de patient » = sélection.

Côté médecine ambulatoire :

Tarification non plus à l’acte mais « tarification par capitation ».

Ici c’est l’équivalent d’une procédure de régulation qui passe par les prix, le médecin ici est rémunéré en fonction d’un portefeuille de client.

Cela suppose ici que chaque médecin à une clientèle affiliée, on est dans le cadre du système de médecin référent.

En fonction du nombre des patients rattachés et des caractéristiques sociaux démographique de ces patients, l’assureur va fixer une rémunération du médecin.

***Exemple*** : Si + de vieux, salaire + élevé…

1. Avantage : Aucune incitation à multiplier les actes, intérêt à voir ces patients le plus en santé possible pour pas qu’ils viennent.
2. Inconvénient : Risque d’une citation de refuser les « cas lourds » = sélection.
3. Mise en concurrence des offreurs
* Concurrence effective : Appel d’offres

L’assureur dispose d’un portefeuille de patient, au lieu de rembourser les patients, il va payer directement aux médecins et donc va faire un appel d’offres auprès des offreurs de soins.

* Offre de prix d’actes médicaux

Des offreurs de soins vont répondre et sélection du meilleur rapport qualité-prix (***Exemple*** : un hôpital propose une opération à un meilleur prix etc.)

Ensuite, l’assureur envoie les patients directement à l’hôpital concerné.

***Exemple*** : Ce qui se passe aux USA

Ce type de système est assez proche de celui qui mis en place au royaume uni pendant une certaine période (système public de santé) = système de quasi-marché.

* On peut ici mettre en place des mécanismes d’ordre marchand
1. Avantages : On pousse les offreurs de soins (hôpitaux ou médecins libéraux…) à essayer d’offrir le meilleur rapport qualité-prix (ce qui réduit les coûts).
2. Inconvénient : Il reste tout de même des exigences minimales en termes de qualité or il va falloir donc déterminer des cahiers des charges très précis.
Deuxième difficulté, pour qu’il y ait véritablement de concurrence il faut qu’il y ait suffisamment d’offreurs (on a un risque d’éliminer de façon durable un certain nombre de concurrents, ***Exemple*** : les hôpitaux, voire les régions, vont peut-être se spécialiser dans une opération donnée…)
* C’est un modèle contraignant vis-à-vis des offreurs et pas évident à mettre en place
	1. **Assurance publique, assurance privée**

Comment atteindre l’efficience en limitant les effets pervers ?

* On va s’intéresser ici aux assureurs
	+ 1. *Les problèmes du recours à l’assurance privée*
* Un des avantages (ou inconvénient) des assurances privées est qu’il va essaye de limiter les coûts

Mais il peut aussi ne pas vouloir assurer tous les risques, les assureurs privés vont essayer d’appliquer la neutralité actuarielle (donc que la prime soit le plus proportionnelle possible que les dépenses que l’on va potentiellement engendré).

Certains assureurs qui pour éviter l’antisélection vont proposer différents types de contrats, ***Exemple*** :

* un contrat on est très bien rembourser mais on paye très cher
* Un contrat où la franchise est très élevée mais le taux de remboursement est faible

Pour éviter d’être victime de l’antisélection, si l’assureur n’a pas suffisamment de risque pour différencier les prix en fonction des individus, l’assureur va offrir différents types de contrats pour discriminer mais ce sont les assurés qui vont choisir eux-mêmes leurs contrats.

* Façon de faire révéler aux individus l’information par la modulation des contrats
	+ 1. *Les modes de régulation publique*

Si on a un assureur public unique = plus de problème d’antisélection

Entre l’assureur privé et l’assurance public, on a des systèmes où l’on peut recourir à l’assurance privée mais dans un cadre imposé par les autorités publiques.

Pour éviter l’antisélection peut toujours imposer aux gens d'être assuré, ***Exemple*** : Les assurances automobiles (une majorité d’assurances privées).

Pour éviter la sélection, qui devient un problème majeur dû aux progrès de la médecine qui permet de profiler les individus en fonction de leurs risques de santé.

Dans ce cadre-là, la réglementation publique peut intervenir par les contrats d’assurance et de l’activité des assurances.

* + Il peut interdire aux assurances de demander un certain nombre d’information à un individu
	+ On peut interdire aux assureurs de faire des contrats différents selon certaines caractéristiques (***Exemple*** : interdiction de faire des contrats qui rentrent trop dans les détails des caractéristiques sociodémographiques, jeunes vieux, sexe, éventuellement la localisation ok mais pas au-delà)
	+ On peut interdire des clauses de renégociation des contrats en fonction d’informations révélées au cours du temps. (***Exemple*** : séropositif), on peut interdire aussi  l’« experience rating » avec une fixation d’un taux en fonction de l’expérience du malade, cela existe dans l’assurance automobile mais pas dans l’assurance santé. Ici la dimension d’alea moral est inférieur (pour le risque santé) et cela n’est pas accepté moralement.
	Cependant des pratiques de sélections sont socialement acceptées comme le « community rating », technique par laquelle les primes d'assurances dépendent des caractéristiques sociales des assurées.

Malgré la réglementation les assureurs privés essaieront de contourner les lois pour sélectionner les bons risques et les mauvais risques et donc limiter leur coût.

L'état peut déconnecter une prime d'assurance et la fonction d'assurance et de remboursement.

Les primes sont fixées par l'état, les individus vont s'affilier aux assurance privés avec les primes prédéfinies par l'état ensuite ils reversent aux assurances privées selon leurs portefeuilles des assurés.

1. **L’organisation du système de santé : Quelques exemples**

Trois types de systèmes : Système de type Bismarckien, Beveridgien et d’assurance privée.

**Beveridge** : Accès universel à un système de santé public financé par l’impôt. Le droit d’accès n’est pas conditionné par des cotisations sociales préalables. De plus, dans ces systèmes l’offre de soin est publique, et les médecins sont soit fonctionnaires soient rémunérés par capitation (en fonction de leur clientèle et pas du nombre de consultations).

**Bismarck** : C’est une assurance sociale obligatoire financée par des cotisations sociales sur une base professionnelle (c’est en tant que salarié qu’on cotise). L’offre de soin peut être publique ou privée.

**Le système d’assurance privée** : On a un système d’assurance facultative auprès d’un système facultatif auprès d’assureur privé.

Dans la réalité les systèmes nationaux de santé mêlent des éléments de ces trois modes d’organisation.

Pays anglo-saxon et pays scandinaves => système à dominante Beveridgienne. Mais au sein de ce pays, il y a aussi des pays d’Europe du sud (Italie Portugal, Espagne, gerce).

Pays avec logique Bismarckienne => Europe continentale (France, Allemagne, Pays-bas)

Assurance privée => USA

Niveau de dépense relativement différent, même si on compare les pays comparables (pays de l’UE, Japon, et USA).

Champion de dépense de santé 🡺 USA avec une part de dépense privé très comportant.

La France est 3e (11,1 % du PIB) avec une part des dépenses privées non négligeable.

Plus le PIB est important plus la part de la dépense de santé dans le PIB est importante. Mais ce n’est pas une corrélation indiscutable puisque des pays avec des PIB comparable n’ont pas toujours les mêmes dépenses en matière de santé (ex du Royaume-Uni).

On constate qu’au sein de l’OCDE, depuis le début des années 2000, on a réussi à faire baisser le taux de croissance (en moyenne) des dépenses de santé. Finalement ce taux est passé en dessous du taux de croisse du PIB vers 2004.

* 1. **Le cas de la France**
		1. *Un système hybride*

Comme les autres systèmes, en France on a un système hybride. C’est un système à dominante Bismarckienne. Il faut rappeler que le modèle recherché était plutôt un modèle d’assurance universel (Beveridge). Mais dans la réalité le système mis en place s’est appuyé sur les instructions déjà existantes. Du coup au lieu d’avoir un régime unifié et universel, on a plusieurs régimes => la CNAM, régime pour les salariés EDF etc., Régime pour les non-salariés.

Ce système s’organise autour de 3 étages

1. **Régime général pour les salariés** : Sécurité sociale de base.
2. **Les assurances complémentaires** : Ce sont généralement des mutuelles. Il y a une multiplicité de mutuelles qui se fondent sur des bases professionnelles. => Assurances complémentaires.

Il faut distinguer ces assurances complémentaires des assurances alternatives et des assurances supplémentaires

*Les assurances complémentaires* viennent compléter les remboursements de la sécurité sociale pour les mêmes soins.

*Les assurances supplémentaires* viennent rembourser les soins non pris en charge par l’assurance de base

*Assurances alternatives*: Dans certains pays l’assurance sociale est réservée à certains assurés, et pour les autres, qui ne sont pas couverts par l’assurance publique de base, doivent recourir à d’autres types d’assurance comme mode alternatif de couverture.

1. **Assurances privées** : Elles n’occupent qu’une place très réduite

On assiste à une évolution qui apporte des éléments de la logiques Beveridgienne

* La part des cotisations sociale baisse et l’impôt augmente
* Avec la Couverture Maladie Universelle, pour les gens mal couvert ou pas couvert par des mutuelles, l’état instaure un droit d’accès universel !!!
* État joue un rôle croissant dans la gestion du système ; Les systèmes bismarckiens sont plutôt gérés par les partenaires sociaux. En France, il y a les partenaires sociaux ET l'État, mais la part de l’état a été croissante à travers l’augmentation de l’impôt comme mode de financement mais également avec l’instauration des lois de financement de la sécurité sociale (1996). Au sein de cette loi, la dépense de santé est fixée par le Parlement. Or chaque année il y a un dépassement du budget, mais cela instaure de façon directe une volonté de l’état de la dépense !

Ce système hybride se traduit comment ? Comment sont financées les dépenses de santé ?

La sécurité sociale de base couvre plus des ¾ des dépenses. Ensuite, l’état et les collectivités locales, à travers notamment la CMU ne représente que 1,5%. Les mutuelles représentent 7,4%. Les assurances privées auxquelles s’affilient les individus ne représentent que 3%. Sur le montant total de la dépense de santé, la part engagée par les ménages est de 9 % (=> stable au cours des 10 dernières années). La grande majorité des ménages doivent débourser un peu plus, mais comme une part peu importante, mais en augmentation, des ménages est remboursé à 100%, globalement cela reste sable.

Ce qui est pris en charge par la sécurité sociale sont les soins hospitaliers. En revanche, les soins ambulatoires et les soins médicaux sont davantage financés directement par les ménages, même si la majorité reste financer par la sécurité sociale.

* + 1. *La difficile régulation*

La dépense a eu tendance à augmenter au cours des 50 dernières années. La part des dépenses dans le PIB a été multipliée par trois entre 1960 et 2005 (de 3,5 % à 11 %).

* **Les tentatives de réforme depuis 30 ans**

Face à cette augmentation des dépenses, en gros, entre 1976 et 2007, il y a eu 25 plans ou réforme depuis « le premier plan Barre ».

Depuis 1970, on a tenté d’insaturé un mode de régulation des tarifs. On essayait de modérer les tarifs, notamment de médecins libéraux (mais aussi de spécialistes) pour que l’assurance-maladie n’est pas trop à rembourser.

En 1984, on a ajouté un autre mode de régulation, qui renvoie au mécanisme des enveloppes budgétaires pour les hôpitaux et les cliniques.

Ce qu’on va mettre en place à partir des années 2000, c’est qu’on va essayer de réguler du côté de la demande de soin !! C'est-à-dire qu’on assiste à une mise à contribution supérieure des assurés et une mise à contribution des mutuelles. C’est donc un relatif désengagement tenté par État.

* **Réforme 2004** (et plan hôpital 2007)

Cette réforme agit du côté de l’offre et de la demande. Du côté de l’offre, on va vers une tarification par pathologie (les hôpitaux et les cliniques seront remboursés pour leurs soins à partir d’un tarif qui sera le même pour tous, et calculé comme le coût moyen pour ce type de soin). En revanche, on n’instaure pas la rémunération par capitation. Mais on essaie de faire en sorte que les tarifs des médecins n’augmentent pas trop pour que la sécurité sociale n’est pas trop à rembourser

Du côté de la demande, on a instauré le système du médecin référent, une baisse du remboursement de certain médicament, l’instauration d’un ticket modérateur (de 1€ par consultation, 18€ pour les dépenses, et 91 euros ou plus pour l’hôpital). Ainsi, on bascule les dépenses vers les mutuelles mêmes si on essaie de négocier ne rembourse pas les tickets modérateurs.

* **Réforme annoncée fin 2007**
* Franchise de 0,50€ par boite de médicament
* Plafond de franchise de 50€ par an et pas assuré social (s’ajoutent aux forfaits de 1 € plafonné à 50 €)
* Exonération pour les enfants, femmes enceintes, bénéficiaires de la CMU.
	1. **D’autres exemples nationaux**

* + 1. *Les USA*

Les assurances privées jouent un rôle important. Cela signifie que beaucoup de gens recourent aux assurances privées, mais cela ne signifie pas que le secteur public ne joue aucun rôle. Aux USA, le système d’assurance public couvre deux types de populations. Plus d’un quart des américains bénéficie des assurances publiques.

Pour les plus de 65 ans et invalides => Il y a Medicare.

Les pauvres => Medicaid

Ces deux systèmes sont gérés par l’Etat.

56% Des hôpitaux aux USA sont privés mais sans but lucratifs. De ce fait, la proportion des hôpitaux privés à buts lucratifs s’élève à 11%. Généralement les non assurés sont quand même pris en charge dans les hôpitaux (mytho ^\_\_^). Mais puisqu’ils ne sont pas remboursés, ils sont endettés (genre, style genre).

Mais il n’en reste pas moins que les assurances privées jouent un rôle important. Plus de 2/3 de la population n’est couvert que par une assurance privée. Certains ne sont pas assez pauvre pour être couverts par le public, et ils ne sont pas assurés dans le privé.

Normalement on est affilié aux assurances privées par l’employeur. Ce dernier souscrit auprès d’une compagnie privé un plan de santé (*Heath Plan*). Ce ne sont pas les salariés qui souscrivent directement, cela passe par l’entreprise.

Du fait de l’augmentation des coûts de dépenses de santé, les coûts ont fortement progressé au cours des 10-15 dernières années. Donc le nombre des entreprises qui offrent des plans de santé tend à diminuer.

Au cours des années 1980, la conjoncture était favorable, le chômage était très bas. Les entreprises faisaient face à de la pénurie de main d’œuvre. Offrir un plan de santé sympathique était attractif !!! Mais après, c’était la CRIIIIIIIIISE ! La Réceeeesiiiiiiooon est làààà (mwahaha), donc les entreprises ont moins proposé de bon plan de santé. Du coup, soit les salariés s’assurent directement, soit il tombe dans la catégorie des non assurés. S’assurer directement est potentiellement plus coûteux : Quand on passe par l’entreprise, il y a une tarification globale en fonction de la structure démographique de l’entreprise. Mais quand le même il est dans sa petite merde tout seul, et qu’il recourt directement à une assurance privée, on regarde son dossier médical, et ça revient plus cher !

Les individus non assurés : Pas assez pauvres pour bénéficier des assurances publiques, soit elles refusent de s’assurer parce qu’elles sont jeunes et en bonne santé (donc ça leur coûte trop cher de s’assurer directement si c’est pas fait par l’employeur) => parti d’auto sélection et d’antisélection.

* ***Le managed care***

Les assurances traditionnelles. Avant ça fonctionnait comme le système Français. On allait chez le médecin, on payait puis, on se faisait rembourser une partie des soins. Aujourd’hui, ce type d’assurances à diminuer, et cela représentaient en 2000 moins de 5 % des assurés.

Les Health Maintenance Organization (HMO) est un système mis en place pour essayer de réguler l’offre de soin. Il représente 35 % du marché. Cela consiste à pratiquement fusionner l’assureur et l’offreur de soin. Ainsi l’assureur prend le contrôle des offreurs de soin. Les HMO correspondent à une compagnie qui assure les individus et leur offre les soins. Cette compagnie a son propre réseau d’hôpitaux et de médecins (payés comme des salariés). Ce système est contraignant. Les hôpitaux sont tarifés par pathologie et les médecins généralistes sont tarifés par capitation.

Ce système a été efficace un certain temps, mais il a été jugé très contraignant.

Aujourd’hui, on assiste au développement des Prefered Provider Ozganisations (PPO), qui représente 60 % du marché. Les PPO remboursent avec des tarifs préférentiels si on va chez les offreurs de soins qui ont un contrat avec le PPO.

* ***Limite du système du « Managed care »***

Quand on est passé au système du HMO, il y a eu des impacts positifs ; Les compagnies d’assurances, pour limiter les frais, ont aussi développé des politiques de prévention, et insister sur le fait que les médecins et hôpitaux de leur réseau ont essayé de limiter les soins. Pour les individus cela s’est également traduit par le fait qu’on a réussi à endiguer les dépenses. Cela s’est traduit par une baisse des primes d’assurances.

Critique forte : La qualité des soins n’est pas tip-top ! Et puis les pratiques de sélection là-bas c’est pas bieeeeeen !! Quand on est assuré auprès d’une compagnie d’assurance, on doit lui demander une autorisation pour le remboursement de certains soins. Ainsi des médecins de la compagnie d’assurance portent un jugement sur le dossier médicale et autorise ou pas le remboursement de certains soins.

Au total, la part des dépenses de santé dans le PIB a progressé aux USA. Elles atteignent plus de 15 % du PIB pour des performances pouraves (27e rang mondial pour la mortalité infantile). L’OMS a fait un classement des systèmes de santé dans le monde ont classé les USA 37e (et la France 1er).

Obama = Renforcer Medicaid et Medicare. Il veut faire en sorte qu’aucun enfant ne soit pas couvert. Il veut que tout le monde puisse s’assurer soit en recourant à une assurance publique soit à une assurance privée. Et pour permettre à tout le monde de s’assurer, il veut accorder des crédits d’impôt. Il est aussi prévu d’instauré des crédits d’impôt (notamment pour les petites) pour les inciter et les ai der à offrir des plans d’assurance à leurs salariés.

* + 1. *Le Royaume-Uni*

C’est un système à dominance beveridgiene :

Le National Health System instauré en 1948, pratiquement toute l’offre de soin est publique, c’est pratiquement gratuit/

Système financé par l’impôt, droit d’accès par le simple fait d’être citoyen, les hôpitaux sont pratiquement tous publique.

Du côté des médecins, les médecins généralistes sont rémunérés par capitation.

À partir des années 90 (vague libéral de Thatcher, 2 Premiers ministres conservateurs…), ils ont fait des réformes importantes.

On a un mode de régulation par quasi marché ou marché interne. Ici on reste dans le cadre des hôpitaux publics (+ assureurs publics), mais on introduit ici des mécanismes de marché, de concurrence avec des agences étatiques au niveau régionales qui se transforme en acheteurs de soins et en face on a les offreurs de soins (hôpitaux ou médecins généralistes) qui vont vendre des soins à cette autorité qui se transforme en acheteur de soins.

* Les district Health Authority se transforment en acheteur de soins
* Les hôpitaux deviennent des structures indépendantes
* Créations de « General Practionner Fundholders » pour la médecine de ville, ils prennent un certain nombre de patients pour un prix donné (enveloppe budgétaire)

Les médecins se transforment ici en demandeur de soins pour leurs patients vis-à-vis des hôpitaux, ils négocient auprès des hôpitaux pour certains frais afin d’avoir les meilleurs prix possibles.

À partir de la fin des années 90, on assiste à un retour en arrière partiel car quand on met en concurrence des hôpitaux et des médecins, le problème qui se pose :

* La qualité des soins
* Le jeu sur la sélection

Dans notre cas, au niveau des hôpitaux et malgré le cahier des charges relativement précis, il y avait tout de même des problèmes de qualité. Du côté des médecins, on avait des pratiques de sélection, ces gros réseaux essayaient de prendre des patients qui ne coûtent pas trop cher, etc.

Mais, le principe de la mise en concurrence demeure par la qualité et plus seulement par les prix.

Le problème de fond qui s’est posé au RU c’était que l’état britannique mettait très peu d’argent au final dans le système.

* Instauration de la concurrence dans un marché sous doté

Ce qui se traduisait par un rationnement trop fort en matière d’offre de soin.

Tony Blair à agit en ce sens depuis la fin des années 90 avec un très fort rattrapage, ils arrivent en 2006-2007 à une part des dépenses de santé dans le PIB relativement faible (8,4 % contre 11 en France).

Ce faible pourcentage démontre plutôt le fait que c’est l’état qui ne finance pas assez la dépense de santé et non pas le fait qu’ils auraient une meilleure gestion de la santé.

Décision de la cour européenne : Des personnes se sont fait rembourser par l’assurance santé britannique tout en se soignant en France car offre trop limité au RU.

Si on rentre dans cette logique-là, on peut mettre en concurrence les différents pays européens ce qui peut être intéressant pour le système.

* + 1. *Les Pays-Bas*
* On revient ici à un système à dominante Bismarckienne

Puis on assiste à une réforme importante dès la fin des années 80 : Dekker-Simon avec un système à plusieurs étages :

* Pour tous on a une assurance obligatoire comme en France mais qui est astreintes aux risques « catastrophiques ». C’est une logique de panier de soins, au sein des maladies possibles et donc au sein des soins qu’on nous rembourse, certains ne seront donc pas remboursés par le privé, etc. (Exemple : Le cancer)
* Second étage, il va dépendre du revenu du ménage, en dessous de 30k€ en plus de l’assurance obligatoire on a une assurance complémentaire obligatoire pour des soins non compris dans le panier auprès d’une caisse mutuelle sans but lucratif.
Ici on est dans le cadre d’une logique supplémentaire et non pas spécialement complémentaire.
* Troisième étage, pour ceux dont le revenu est supérieur à 30k ils ne sont pas obligés d’avoir une assurance complémentaire, elle devient facultative auprès d’assureurs privés. Ces assureurs privés sont fortement réglementés avec des règles assez strictes pour éviter la sélection qui porte sur les types de contrat qu’on peut faire : Seul l’age et le sexe peuvent être pris en compte pour l’affectation des primes.

Au total, les Pays-Bas ont des performances plutôt bonnes avec une dépense inférieure à la France avec 9,6 % comme part dans le PIB.

*Remarque :*

Pour les assurances obligatoires, ce qui est original ici c’est que cette assurance fonctionne de sorte que c’est l’état qui prélève des primes par des cotisations sociales mais les individus sont rattachés à des assureurs privés. C’est l’état qui va reverser les primes aux assurances privés en fonction de leurs portefeuilles d’activité, on ne laisse pas les assurances privées directement négocier avec les individus.

Ces assureurs privés doivent négocier avec des filières de soin en général les meilleurs tarifs -pour leurs clientèles, on fait jouer ici la concurrence en passant par des assurances privées.

Malgré toutes ces garanties, il y a toujours un soupçon de sélection de la part des assurances privées.

* + 1. *La Suisse*

Au niveau des systèmes, elle a pas mal de points communs avec les Pays-Bas (et l’Allemagne) et notamment le fait que les assureurs privés qui interviennent mais avec un fort contrôle étatique. C’est l’état qui prélève les primes mais en fonction des salaires et non pas des risques individus, ensuite il reverse aux assureurs privés…

Ce qui est original, c’est que les gens ont le choix ici entre différents types de contrats :

Pour la Franchise, on a une franchise qui doit être payée par notre poche ensuite on a un co-paiement où l’assuré va payer un certain pourcentage avec un remboursement de 80 à 100 % mais en même temps, il y a un plafond d’environ 4000€.

* Le remboursement diffère ici selon les contrats

Ensuite, on peut choisir le type de contrat

* Cf. les données pour le canton de Vaud (Geoffard, 2007)

On remarque ici que plus la franchise est élevée et moins la dépense moyenne est élevée, cela renvoie à l’alea moral ex post, mieux on est assuré et plus on dépense…

* Corrélation négative de la Franchise vis-à-vis du montant des dépenses

On nous démontre ici que l’aléa moral n’explique qu’un quart de cette différence, les ¾ seraient dus à l’autosélection.

Références : Cf. le PowerPoint

**Chapitre II : Les retraites**

***Introduction***

Avec le vieillissement de la population, l s’attendait à ce que la dépense de santé augmente… ici avec les retraites ces problèmes sont encore plus important.

Dans certains pays comme la France, il est considéré comme un dossier explosif…

Dès la fin des années 80, la préoccupation des systèmes de retraite, le Premier ministre de l’époque M.Rocard avait dit que cela pouvait faire sauter plusieurs gouvernements.

* Livre blanc sur les retraites

C’est un problème où les données sont facilement cernables, la démographie est quelque chose qui est relativement prévisible et c’est donc un problème qu’on pourrait plus facilement gérer dans le temps.

Le principal problème c’est le vieillissement qui se pose d’un certain coté moins en France que dans les autres pays européens.

De plus, le fait que la Chine ait une structure démographique est assez catastrophique va avoir des conséquences ailleurs, autre exemple : La Corée du Sud…

Cela va causer des problèmes au monde entier, une des possibilités pour gérer des problèmes de démographie dans un pays est de faire en sorte d’utiliser des modes de compensation.

Exemple : Des pays vieux avec des pays jeunes

Parmi les autres pays, il y a aussi l’Italie, certain pays de l’Est…

On va essayer de comprendre tous les mécanismes économiques et les enjeux liés à la question des retraites.

Quel est le système de retraite le meilleur ?

1. **Quel système de retraite ? Répartition versus Capitalisation**
	1. **Deux systèmes (plus un)**
		1. *La répartition*
* Cas de la France

Ce système :

Principe de base : Les actifs d’aujourd’hui cotisent pour les retraités d’aujourd’hui (concrètement). On cotise pour acquérir des droits futurs.

* S’il y a peu de retraités = cotisations faibles, et inversement
* C’est une solidarité intergénérationnelle

Ensuite, on paye les retraités d’aujourd’hui mais on acquière des droits pour nous-même, ils sont définit par un régime assuranciel : (Prestation retraite)

 Il y a un risque ici, c’est d’être sans ressources une fois d’arrêter de travailler (maladie, retraite, chômage) et ce risque est d’autant plus important et est proportionnel à la durée de l’absence de ressources d’activité.

On est dans une logique assurancielle et donc contributive, l’assurance est proportionnelle à la prime qu’on a payée :

* Les droits sont définis en fonction des annuités et d’un taux de remplacement prédéfini (en France : le régime de base). C’est en fonction du temps de cotisation et du niveau de salaire (les cotisations sont calculées en tant que pourcentage du salaire).
Les droits sont touchés en proportion de son salaire
* Les droits sont définis en fonction de « points accumulés (en France : régimes complémentaires). Ici on se rapproche d’une logique de capitalisation car contrairement au premier mode d’acquisition des droits, ce n’est pas prédéfini, le montant de la pension rapportée par le salaire n’est pas prédéfini, du coup on est assez proche de la capitalisation. La valeur des points est calculés en fonction de l’équilibre démographique (pas intéressant pour une génération ou trop de personnes qui partent en retraite).
* Dans ces régimes de répartition, notamment ceux d’inspiration Bismarckienne on a aussi des pensions de reversion, les droits ici ne dépendent pas seulement de la contribution avec une autre logique qui est prise en compte celle des ménages et des individus. On va bénéficier des droits accumulés par votre conjoint (logiques bismarckiennes des droits dérivés). Cela concernait des pays où beaucoup de femmes qui étaient au foyer… Ici la logique est que c’est le ménage qui s’assure et pas seulement l’individu.
	+ 1. *La capitalisation*

Le principe de base = les actifs d’aujourd’hui cotisent pour les retraites de demain (soit eux-mêmes). La logique de départ ici est différente, (bien que la finalité soit la même), on accumule ici un capital qu’on va récupérer à notre retraite.

La différence fondamentale mise à part le fait que c’est de l’épargne privée c’est quelle se fait de façon collective. La gestion de cette épargne collective par les fonds de pensions qui ont des règles de fonctionnement spécifique. De plus, c’est une accumulation d’un capital mais qui est non transmissible = c’est une différence fondamentale avec une simple épargne privée.

Ce que l’on accumule ici on ne peut l’utiliser que pour notre retraite, c’est un capital particulier.

Concrètement, les fonds de pension placent ces capitaux et peuvent acheter des immeubles, actions, obligations…

Quand on arrive à notre retraite, le fond de pension liquide le capital et en fonction de sa valeur, ils vont verser par mois un certain montant de retraite.

Peut-on récupérer le montant total de notre capital ?

Non, car sinon cela aurait été comme un capital quelconque. Généralement, si on veut récupérer le montant d’un coût, c’est limité (maximum 10-20 %).

* Si la personne meure, le fond de pension garde le tout.

Le versement est calculé sur l’espérance moyenne de vie.

On a de façon traditionnelle 2 types de fonds de pension :

* Ceux à cotisation définie = on sait ce qu’on cotise mais pas ce qu’on va toucher
* Ceux qui sont à prestation définie = ce sont des fonds de pensions dans lequel, dès l’origine, comme dans un système par répartition où l’on sait combien ont à avoir droit. C’est le fond de pension qui assume le risque. Ce type de fond de pension est très minoritaire aujourd’hui, la plus part est à cotisation définie.
	+ 1. *L’épargne ou l’assurance privée*

Comme pour tous les risques, une des possibilités est de simplement épargner = une épargne de précaution en cas de réalisation d’un risque.

* L’épargne privée avec diversification du portefeuille d’actifs pour limiter le risque.

Pour cette épargne, cela consiste à acheter des actifs, donc on a intérêt à diversifier le portefeuille d’actif pour diminuer le risque sur l’épargne.

Pour le risque vieillesse, contrairement aux autres risques, l’épargne privée joue pour un certain nombre de professions comme les professions indépendantes qui souvent, et notamment en France, cotisent à l’URSSAF mais ont un niveau faible.

* Leur retraite repose beaucoup sur leur épargne accumulée.

Il y a aussi une autre forme de solution plutôt privée, la rente viagère.

C’est une forme d’assurance, elle consiste à avoir un capital et quand on arrive à la retraite, on contracte avec une personne qu’il aura notre capital en échange d’une rente jusqu'à sa mort.

* Épargne privée avec sortie de rente

La personne effectue donc un calcul de probabilité, etc.

* C’est un système particulier où l’assureur est un particulier

Pourquoi ce type de contrat est assez peu développé ?

Il y a un risque très élevé pour l’assureur qui est privé, c’est donc un pari qui peut coûter assez cher, exemple du prof de la vieille qui a vécu 111 ans.

La personne privée devient un spéculateur, il assume un risque pour en tirer un profit.

* 1. **Performances comparées dans deux systèmes**
* On recherche ici autant en termes d’efficacité, d’efficience mais aussi en termes d’équité.
	+ 1. *Le rendement à long terme*

Quel est le rendement à long terme des 2 systèmes ?

On se place ici du point de vue du futur retraité, donc de l’assuré.

Le rendement annuel moyen à long terme va dépendre de 2 variables économiques :

* Le taux de croissance d’économie
* Et le taux d’intérêt

Le taux de rendement à long terme c’est pour x qu’on va cotiser combien on va recevoir à la fin, faut-il cotiser dans un système ou un autre ?

1. Taux de croissance versus taux d’intérêt

Concernant le régime par répartition, son rendement à long terme est lié au taux de croissance de l’économie.

Un système de répartition c’est où les salariés d’aujourd’hui cotisent pour les retraités d’aujourd’hui, les retraites sont donc assise sur la masse salariale.

À long terme, nos perspectives de retraites sont d’autant plus importantes que la masse salariale sera accrue. Plus de personnes sont employées et plus leurs salaires seront élevés et plus donc les ressources du système de retraite seront élevées, etc.

Taux de croissance d’économie (g) =

Taux de croissance de [Productivité par tête] + taux de croissance dû [nombre d’actifs occupés]. C’est le taux de croissance de la production de richesse.

Croissance démographique + Productivité élevée = toutes choses égales par ailleurs, Bonne retraite.

Concernant le régime par capitalisation. Ici le fond de pension place votre épargne et va toucher un taux d’intérêt annuel.

Le rendement de notre épargne est le taux d’intérêt réel (i). Ici on suppose qu’en moyenne et à long terme, il n’y a pas de gain ou de perte en capital, on achète une action, on suppose qu’à long terme le prix de cette action est à peu près stable et que le taux de rendement sera les dividendes reçus sur cette action et qui doivent s’ajuster sur le taux d’intérêt (car sinon on vend les actions et on achète des obligations).

Intuitivement, l’idée est que si le taux de croissance de l’économie, il faut plutôt être en système par répartition et si les taux d’intérêt sont très élevés, il vaut mieux être par capitalisation.

Selon la théorie économique, il y a une équivalence théorique à long terme :

* Si g est supérieur à i, on sait qu’on peut investir car le taux d’intérêt est faible, les entreprises vont emprunter pour investir. L’épargne baisse, ce qui va faire augmenter les taux d’intérêt jusqu'à pour égaliser g.
* Si g < i = l’investissement baisse, l’épargne augmente (car il vaut mieux placer son argent en titre puisque les taux d’intérêt sont plus importants que les taux de croissance) ce qui veut dire que vu que beaucoup de gens épargnent donc beaucoup d’offres de capitaux et peu de demande de capitaux, les taux d’intérêt baissent jusqu'à égaliser g.

Si les marchés fonctionnent bien, de ce point de vue (strictement économique), les deux doivent s’égaliser à long terme. On ne peut donc pas trancher.

1. Les constats empiriques

Les rendements du capital à long terme ne sont il pas plus élevés que le taux de croissance de l’économie ?

* Ce n’est pas spécialement vérifier, certains actifs, certains titres leur rendement est plus élevé que le taux de croissance de l’économie. Donc à long terme, il vaudrait mieux acheter des actions que de cotiser dans un système par répartition.
* Cependant, en moyenne, ce n’est pas le cas pour les obligations.
* Concernant pour les rendements liés à l’immobilier, ils connaissent les fluctuations de moyen terme relativement importantes. Son rendement de long terme est assez difficile à déterminer

*Cf. Étude OCDE fin des années 1990 sur les rendements des Fonds de pension dans différents pays sur période 1967-1990 avec des résultats très variables selon les pays.*

* 6% Par an pour certains pays (rendements les plus élevés) ce qui était bien au-delà du taux de croissance de l’économie, plutôt au Royaume-Uni.
* En revanche, chez nous les rendements étaient plutôt au tour de 0… exemple de la Suède contre un g d’environ 2 %Le problème qui se pose est plutôt la notion de risque (que l’on verra plus tard dans le cours)
	+ 1. *Les effets sur la croissance*

On change ici de point de vue, on se place du côté de la société tout entière soit quels effets sur la croissance de l’économie ?

1. Les effets sur l’épargne

Un des débats qui a été ouvert est si le système par répartition à un effet négatif sur l’épargne des ménages ?

Pourquoi cette question a-t-elle un lien avec la question de la croissance ?

Ici, l’épargne est nécessaire pour financer l’investissement et donc pour financer la croissance.

* Un impact négatif sur l’ épargne peut avoir un impact négatif sur la croissance.

**Le diagramme du cycle de vie**

Premier point, on part de la théorie du cycle de vie, qui en gros nous dit que les individus épargnent pour leurs vieux jours. (Cf. Schéma) ***F.Modigliani prix Nobel en économie***

Ici on recherche la manière de lisser leur consommation afin quelle soit stable et qu’elle ne fluctue pas comme le revenu. Or généralement, ce qui se passe, c’est qu’on a un revenu faible au départ de la vie active, puis il va croître, stagner voire même baisser, puis il s’annule si système de retraite ou diminue quand il y a un système de retraite.

Pourquoi les individus veulent lisser cette consommation ? Dans un premier temps, les individus vont consommer plus que ce qu’ils gagnent, c’est ce que l’on constate, les menages jeunes vont s’endetter, etc. (Biens de consommation, immobilier), puis dans un second temps, ils vont plutôt épargner pour rembourser et aussi pour leurs vieux jours et donc maintenir leur niveau de consommation.

Ensuite donc, la consommation va être supérieur à leur revenu vers la fin, ici l’épargne est négative et le patrimoine va de nouveau descendre, si on est rationnel il est nul au moment du décès.

* Les comportements d’épargne et d’accumulation du revenu est donc lié au cycle de vie

Dans ce schéma-là, le système de répartition peut faire qu’on a moins besoin d’épargner à l’age intermédiaire car le niveau de revenu est plus élevé au moment de la retraite.

Alors que le système de répartition, c’est un impôt qui se substitue à de l’épargne, on a moins besoin d’épargner dans ce cas aussi.

Ainsi avec la répartition : On épargne moins pendant la vie active, on désépargne moins pendant la retraite

* On a donc un effet global indéterminé

C’est un raisonnement à structure de la population constante car si on est avec une population croissance, si le nombre d’actifs sur retraité s’accroît, aura un effet positif pour l’épargne. S’il augmente, le nombre de personnes qui épargne le moins croit plus vite que ceux qui désépargnent le moins.

Au niveau global du pays, l’effet est négatif sur l’épargne globale si :

1. La population est croissante (et les retraités n’épargnent pas)
2. L’incertitude du système de capitalisation, les gens vont faire une épargne de précaution et donc plus d’épargne dans ce type de système.

Ce modèle est utilisé pour relier le taux d’épargne dans une économie à la structure démographique.

Les pays relativement jeunes et qui ont beaucoup d’actifs sont des pays qui épargnent beaucoup, si beaucoup de jeunes non actifs ils épargnent peu et c’est pareil si beaucoup de vieux.

C’est effectivement le cas quand on compare les taux d’épargne au niveau global des pays entre eux, les pays vieux épargnent faiblement et les pays plus jeune épargne plus.

Ceci est important à savoir car cela va permettre d’imaginer que les pays vieux et notamment dans un système par capitalisation puissent faire financer en partie leur retraite par les pays jeunes.

Empiriquement, on constate qu’effectivement (et notamment en pays de voie de développement) des pays qui n’ont pas de retraite ont mis en place des systèmes par répartition. Cette implantation à effectivement entraîner une baisse globale de l’épargne des ménages.

Mais la baisse de l’épargne a-t-elle forcément un impact négatif sur la croissance ?

* Si on est dans une configuration classique, l’épargne à un impact positif sur la croissance
* Si on est dans une configuration keynésienne, l’épargne à un impact négatif, car si les gens épargnent trop et que cela nuit à la consommation…
1. Les effets sur la fécondité et le capital humain

L’idée ici est de dire que la croissance à long terme dépend des taux de croissances, mais dans quelle mesure le système de retraite peut-il influer sur le taux de croissance de la productivité et celui de la population ?

A priori, un système par capitalisation est relativement neutre en revanche un système par répartition, dans des pays où l’on épargne très peu…

Dans ces pays, la fécondité est une forme d’assurance pour ses vieux jours, la fécondité est donc une substitution à l’épargne dans des pays en développement d’où des taux de fécondité très élevés.

Si dans ce cadre-là, on implante un système de retraite :

* Cela peut faire chuter les taux de fécondité, c’est ce que l’on constate dans plusieurs pays
* Cela fait donc chuter le taux de croissance de la population
* Donc celui de l’économie

Sauf qu’on peut en récupérer peut-être dans le taux de croissance de la productivité, il y a un arbitrage qualité-quantité…Cf. G.Becker et sa théorie du capital humain.

* Ce qui peut au final être positif pour l’économie

Le problème qui se pose dans les sociétés à forte démographique, ces sociétés ont peu de moyen pour investir en capital humain dans leurs enfants, etc.

On peut même penser que le système de répartition c’est même une incitation à investir dans le capital humain des enfants.

Ici on raisonne sur des individus purement rationnels, on a intérêt à ce que nos enfants soient le plus productif possible (car la retraite est indexée sur le taux de croissance de la masse salariale, …). Est-ce possible sans système de répartition ?

Non car il faudrait qu’un contrat interpersonnel impossible à faire au niveau individuel entre des parents et leurs enfants, du coup les parents vont investir moins pour leurs enfants car ils sont moins sûrs.

* Le système par répartition institue un contrat intergénérationnel obligatoire pour tous

Ils vont accepter de le faire car ils vont être entretenu par leurs propres enfants, donc reproductible dans le temps.

Le système par répartition peut donc être vue comme ce type de contrat est donc une incitation à la génération t a investi dans la génération t+1 et le plus possible car leur propre retraite sera indexé sur la productivité de la génération t+1.

* Substitut macroéconomique
* On donne aussi ici une justification à la répartition
	+ 1. *Le risque démographique*

On revient ici au point de vue des retraités, on va donc étudier quels sont les risques possibles des 2 systèmes.

Il faut bien distinguer la question du rendement à long terme vis-à-vis des risques qui peuvent se poser.

Un des risques que l’on aborde généralement pour la question des retraites est la question du risque démographique qui peut prendre 2 formes.

Du point de vue des retraités, c’est d’une part l’allongement de la durée de vie et la baisse du taux de croissance démographique.

1. Allongement de la durée de vie

Ce type de risque démographique doit avoir a priori le même impact que l’on soit dans un système par répartition ou par compensation.

Ici à paramètre inchangé (age légal de la retraite, taux de cotisation donné) on va avoir plus de retraités et donc un gâteau à partager avec plus de retraités.

* On a une diminution du revenu des retraités, pour un même montant épargné au cours de leur carrière, ils vont avoir des indémontrés inférieurs puisque prolongée sur la durée
1. La baisse du taux de croissance démographique

Ici c’est une question de fluctuation, on appelle le taux de croissance démographique comme étant le taux d’accroissement de la population d’une année sur l’autre.

Il dépend d’une part du taux de fécondité mais aussi du seuil migratoire.

En système de répartition = toutes choses égales par ailleurs, si le taux de croissance démographique ralenti, le ratio actif/retraité va donc baisser.

Comme la masse qui peut être distribuée aux retraités est assise sur la masse salariale (salaire moyen x nombre d’actif), elle va être diminuée.

* C’est un problème actuel

En capitalisation, le problème qui se pose : A priori, on pense qu’en capitalisation on avantage ce risque démographique puisque chacun cotise pour lui-même et donc a priori la retraite n’est pas liée au nombre d’actif lors qu’on est en retraite.

Or en réalité, un système par capitalisation fonctionne de la manière qu’on cotise sauf que le montant de la retraite va dépendre de la valeur de l’épargne quand on part en retraite.

Quand on part à la retraite, le fond de pension liquide progressivement votre épargne.

Le fond de pension vend donc des titres, notamment sur le marché financier, ces titres sont rachetés par des actifs qui sont eux-mêmes entrain de cotiser pour leurs retraites.

* Les retraités vendent des actifs et ce sont les personnes actives qui achète les actifs financiers

Si on a beaucoup de retraité et peu d’actif, les fonds de pension vont liquider leurs actifs financiers et en face on a un rachat moindre = on retrouve ici le déséquilibre générationnel.

Si c’est une génération peu nombre qui part en retraite par rapport au nombre de personnes en activité, il y a donc peu de titres qui sont liquidés ce qui va donc plutôt faire monter le prix financier.

Selon des mécanismes différents, dans les 2 systèmes, toutes choses égales par ailleurs, être dans une génération de retraité relativement nombreuse est défavorable pour leur retraite et inversement toujours par rapport au nombre de personnes actives.

Comment essayer d’échapper aux conséquences d’une baisse du taux de croissance démographique et donc au changement du ratio actif/retraité ?

Pour les 2 systèmes, une de ces façons d’échapper à ce risque c’est la globalisation donc dans un système par répartition : D’accroître la population par l’immigration et dans un système par capitalisation c’est de placer et d’acheter sur le marché financier international.

* De ce fait, les pays européens, les USA et le Japon peuvent compenser leur déséquilibre démographique en étant des pays vendeur de titres à d’autres pays, plus jeunes…

Le problème qui se pose aujourd’hui, c’est qu’au niveau mondial, les pays qui pourraient acheter des titres eux-mêmes ont une structure démographique qui est en voie de se déséquilibrer rapidement.

* Les pays émergents comme la Chine avec sa politique de l’enfant unique, pareil pour la Corée, etc.

De plus, les pays relativement jeunes n’ont pas les moyens d’acheter des actions…

* + 1. *Les autres risques*
* Ces risques vont se poser différemment pour le système de capitalisation et de répartition

Pour la répartition = on a un « risque politique » : La génération des actifs peut ne pas vouloir honorer sa « dette ». En s’occupant de nos parents, c’est avec l’engagement implicite que nos enfants s’occuperont de nous, c’est un contrat intergénérationnel particulier mais le problème qui se pose, c’est que ce contrat repose sur un accord de nature politique et social.

Exemple : On demande une baisse du taux de cotisation, de prestation, allongé les départs à la retraite, ce sont des réformes qui vont pénaliser les retraités…

* Ce sont les actifs d’aujourd’hui qui ont la majorité des votes

Du côté de la capitalisation = on n’a pas de contrat social, ici on a un risque financier, le fonctionnement du marché peut faire que notre dette ne sera pas honorée. Ici détenir des actifs financiers, c’est détenir des créances, tout dépend du cours des actifs au moment de leur liquidation.

* Risque financier lié à l’état des marchés
	1. **La prise en compte de l’équité**

Cette question va se poser différemment selon les 2 systèmes ainsi que si on raisonne en terme intra générationnel et inter générationnel.

* + 1. *L’équité intra-générationnelle*

On raisonne ici sur une génération donnée, on prend les personnes en ages d’activité, indépendamment des conséquences pour les autres générations, à partir de quels critères on va pouvoir dire qu’un système est juste ou plus juste qu’un autre système.

1. Différentes conceptions de l’équité

L‘équité « actuarielle » = le principe d’équité ici est de dire intuitivement chacun doit recevoir à la retraite exactement en proportion de ce qu’il a cotisé. (= justice « commutative »)

Il y a équité actuarielle quand on se rapproche de la neutralité actuarielle soit donc si le risque est élevé (donc espérance de vie longue) soit on a dû avoir payé plus pendant qu’on est actif soit on va devoir toucher moins pendant qu’on est retraité.

L’équité « horizontale » = on ne va pas pénaliser les individus en fonction de leur niveau de risque, il va y avoir une solidarité entre les individus et donc entre ceux qui ont un risque faible et ceux qui ont un risque élevé. C’est ce qui est considéré comme juste notamment pour le risque santé. (= justice « distributive », Aristote).

Dans ce cas-là, on ne tient pas compte des espérances de vie et cela revient à ce que les risques faibles subventionnent ceux qui ont des risques élevés.

L’équité « verticale » = les hauts revenus subventionnent les bas revenus, ici on cotise en fonction du revenu mais au total on a une redistribution de fait des hauts revenus vers les bas revenus.

L’équité verticale et l’équité actuarielle sont incompatibles, en revanche on a des systèmes qui allient de l’équité horizontale et verticale.

A priori, le système de capitalisation met en œuvre plutôt la neutralité actuarielle, plus on a cotisé et plus on devrait toucher dans une exacte proportion et l’on calcule en fonction de l’espérance de vie estimée. Cependant l’équité horizontale peut aussi être traduite dans ce système même si ce n’est pas voulu car il y aura des gens qui vont vivre plus que leur espérance de vie calculé, etc.

1. Les redistributions à l’œuvre (exemple de la France)

Cf. pdf pour le tableau

On est dans un système de répartition, on a sur le tableau les espérances de vie à 35 ans soit combien d’année moyenne ils leur restent à vivre.

Premier constat, on a des différences très importantes selon les catégories professionnelles, espérance de vie décroissante.

Deuxième constat, les femmes ont une plus grande espérance de vie que les hommes et moins variable vis-à-vis des catégories socioprofessionnelles.

Concernant les redistributions, comme on est dans un système de répartition où la cotisation est calculée selon les salaires, on est dans un système qui ne prend pas en compte les espérances de vie.

* On est donc dans un système qui promeut l’équité horizontale

Cette équité horizontale est voulue car on aurait les moyens d’aller dans le sens de plus de neutralité actuarielle car avec ces chiffres (assez précis sur l’espérance de vie) on pourrait calculer les retraites en fonction de cela.

De plus, les catégories supérieures ont une espérance de vie supérieur aux autres, donc si on était dans un système où chacun reçoit un pourcentage fixe à la retraite. In fine, ce sont les riches qui en profitent.

* Cela va donc dans le sens de l’in équité verticale
* Il y a certaines règles qui compensent tout de même ce caractère régressif et d’après les calculs de l’INSEE c’est plutôt neutre
	+ 1. *L’équité inter-générationnelle*

Le problème que l’on pose ici ne se pose qu’a priori que pour le système de répartition (dépendant des autres générations).

Cette question de l’équité va surgir quand on se pose la question du comment va-t-on réformer le système de répartition (allongement de l’age légal de la retraite ? sur cote décote ? etc.)

Qu’est ce qui est juste par rapport aux 2 générations : Ceux qui cotisent et ceux qui reçoivent

1. Une question seulement pour le système de répartition ?

Capitalisation = chaque génération cotise pour elle-même

Répartition = Repose sur un contrat intergénérationnel, la question du caractère « équitable » de ce contrat peut se poser, notamment :

* Comment ajuster le système au cours du temps pour maintenir cette « équité » ?
* En cas de réforme : Quel effet sur les différentes générations, et comment apprécier « l’équité » ?
1. Quels critères ?

Ce qui est juste c’est l’équité « actuarielle » : Soit chaque génération reçoit en moyenne l’équivalent de ce qu’elle a versé = il faut donc faire de la comptabilité générationnelle

Si on est dans un système de répartition il faut faire en sorte que ce système fonctionne un peu comme un système par capitalisation mais avec le risque financier en moins.

Le problème qui va se poser ici c’est que si on se dit que chaque génération touchera en moyenne ce qu’elle a cotisé, si on a une baisse démographique, l’implication directe serait qu’une génération nombreuse part à la retraite donc la génération d’après devra payer plus.

D’autres critères (partiels) existent, peut-être donc considérés comme équitable par exemple :

* Pour chaque génération : Il faut maintenir le niveau de vie des retraités par rapport à leur période d’activité (en proportion) et donc de maintenir le pouvoir d’achat soit d’indexer les retraites sur les prix. Le système doit garantir un pouvoir d’achat lors de la retraite. Ici les cotisants vont avoir moins à payer
* Ou alors, il faut faire participer les retraités aux bénéfices de la croissance, donc chaque génération de retraités doivent bénéficier de la croissance. Ici on indexe les retraites sur les salaires des actifs. C’est un critère plus généreux pour les retraités
* L’age de la retraite doit être le même pour toutes les générations, cela peut être injuste car comme l’espérance de vie augmente au cours du temps donc les nouvelles générations sont gagnantes donc
* Chaque génération doit avoir la même durée moyenne de retraite, ici on repousse l’age de la retraite avec l’augmentation de l’espérance de vie.
* Symétriquement, tout critère désavantage une catégorie pour une autre
1. **Crise et réforme des systèmes nationaux de retraite**

On va parler d’institutions qui, comme c’était le cas pour le système de santé, sont hybrides. Ils allient différente logique. Ils peuvent allier des morceaux par répartition, d’autres par capitalisation ou encore des morceaux par assurance privée.

Quand on parle du système par répartition en France, on constate qu’une même logique générale, peut se décliner en systèmes nationaux qui peuvent être relativement différents. Tout cela dépend des paramètres, des caractéristiques du système.

Les systèmes nationaux de retraites sont relativement différents selon les pays. En général, on entend que la crise est d’origine démographique qui se pose surtout pour les systèmes par répartition.

Mais il existe aussi les crises financières qui posent des problèmes pour les systèmes par capitalisation.

On va voir dans un premier temps de quelle façon les pays sont concernés par la crise, et quelles ont été les réformes adoptées.

* 1. **Une vue d’ensemble**
		1. *Les différents systèmes nationaux de retraite*

Il existe des pays qui ont au moins une partie de leur système qui est par répartition. Mais ce système, lui-même, peut obéir à différente logique (plutôt bismarckienne ou beveridgienne).

1. Les systèmes à dominante Bismarckienne

Dans ces pays, il y a le système d’assurance social par répartition, et qui obéit à une logique bismarckienne. => Exemple : France, Allemagne, Italie

Le système fournit un revenu de remplacement en cas d’interruption d’activité professionnelle. En tant que travailleurs, les individus sont assurés et payent une cotisation sociale qui donne un droit proportionnel à la cotisation. C’est la durée de cotisation qui intervient dans le droit de l’individu

Le deuxième paramètre fondamental qui détermine le droit est le salaire. En France, c’est un salaire de référence. Le taux de remplacement en France correspond à un certain pourcentage du salaire de référence. Ainsi, le taux de remplacement est le rapport entre la pension à laquelle on a le droit et le salaire de référence. Il faut avoir un certain montant d’anuité pour avoir le droit au taux plein. Ce dernier est calculé comme un pourcentage de salaire de référence, qui correspond au salaire de remplacement.

Ce pilier de répartition, qui obéit à une logique bismarckienne, est complété par un petit pilier qui renvoie davantage à une logique beveridgienne. Cette logique renvoie soit à des conditions sous condition de ressources, ou universelle. Cela signifie que les prestations sont déconnectées de la contribution préalable. Ainsi, l’individu a le droit à ces cotisations en tant que citoyen sous certaines conditions.

Assurance complémentaire dont la logique est par répartition, mais donc les modes de calcul peuvent être différents du pilier de base.

1. Les système mixtes Beveridge-Bismarck

Il y avait un régime de base qui était beveridgienne (= prestation universelle forfaitaire. L’État finance par l’impôt un système de base qui couvre tout le monde quel que soit le montant de l’impôt payé. Mais cette pension civile de base est forfaitaire et universelle. Passé un certain âge, tout le monde peut la recevoir, et c’est une somme fixe qui ne dépend pas du salaire antérieur.

À côté de ce pilier, il ya un régime de répartition bismarckien, s’ajoutent ainsi des cotisations sociales et pensions proportionnelles au salaire.

1. Les systèmes mixtes avec pilier capitalisation

Exemple comme aux Royaume Unis, c'est-à-dire un régime de base beveridgien (au départ, mais ensuite sous condition de contribution) + un régime complémentaire bismarckien + régime par capitalisation (entreprise).

Exemple des Pays bas : Régime de base beveridgien + régime par capitalisation (via les partenaires sociaux donc Beveridgienne).

Exemple des USA : Régime de base bismarckien + régime par capitalisation (entreprise, donc Bismarckien).

* + 1. *Crise et réformes : De quoi parle-t-on ?*
1. Le difficile diagnostic

Réforme : Quand il y a crise, actuelle ou à venir, mais comment évaluer cette crise ? La crise peut être une crise actuelle ou une crise à venir…

La crise actuelle serait par exemple un déficit du système de retraite Est-ce une crise conjoncturelle ou structurelle ?

Problème de prévision : Il faut construire des scénarios en fonction de nombreuses hypothèses. Celles-ci concernent la démographie, let taux de croissance, le taux de chômage etc.

1. La diversité des réformes

Il existe deux types de réformes : Les réformes paramétriques et les réformes structurelles

Prenons l’exemple des systèmes par répartition, quelles sont les paramètres de ce système ? La logique de base est que les gens cotisent et acquièrent des droits en fonction de leur cotisation. De plus les cotisations actuelles financent les retraites actuelles.

Les paramètres correspondent aux règles précises du système : Le taux de cotisation, le nombre d’anuités pour avoir le droit au taux plein, le taux de remplacement.

Faire une réforme paramétrique signifie donc changer un paramètre, notamment, changer la valeur d’un paramètre !

Les réformes structurelles correspondent à un changement des règles de fonctionnement du système

Ce qui oppose la France et la Suède est en France on reste à des réformes paramétriques, alors que la Suède a fait des réformes structurelles.

* 1. **Réformes des systèmes par répartition**
		1. *Les déterminants de l’équilibre financier*

On est dans un système par répartition, on a des cotisations qui rentrent et des pensions qui sortent. Qu’est-ce qui détermine le montant de ces pensions et de ces cotisations ?

1. Paramètres et variables

Quelles sont les paramètres et variables qui affectent les cotisations et les dépenses

**Les paramètres** renvoient aux règles de fonctionnement du système. Cela renvoie à des règles substantives. « Vous toucherez 54 % de votre salaire de référence qui est calculé de telle façon ». On détermine des valeurs, des substances !!

**Les variables** renvoient à l’environnement du système de retraite, et non pas aux règles. Cela renvoie donc au contexte du système de retraite. Ainsi, à règles données, qu’est-ce qui peut affecter les dépenses ou les recettes ? Il y a le taux de croissance de l’économie, la démographie, le taux de chômage. C’est donc un ensemble de variable socio-économico-démographique !!!

Quand on veut réformer, on a une prise directe sur les paramètres ! Ce sur quoi la prise est beaucoup plus indirecte en tant que décideur public, ce sont les variables. On peut essayer d’agir dessus mais c’est beaucoup plu aléatoire.

Les scénarios seront construits sur des hypothèses sur les variables, et aussi en fonction des paramètres !

1. Coté recette

**Recette = taux de cotisation × salaire moyen × le nombre de cotisant**

* Le taux de cotisation est un simple paramètre (c’est donc facile d’agir dessus) !
* Le nombre de cotisant dépend du taux de chômage, de la démographie (qui sont des variables), mais aussi à l’âge de départ à le retraite (qui est un paramètre !!)
* Le salaire moyen est une variable, qui ne dépend pas de paramètre de système de retraire. Ce n’est pas évident d’agir dessus é\_è
1. Côté dépenses

Les dépenses sont fonction des paramètres et des variables.

* En effet, concernant les paramètres, les dépenses dépendent de : L’âge légal de retraite, le nombre d’annuités, le taux de remplacement, salaire de référence, le mode de revalorisation des pensions. (🡺 Soit on indexe les pensions sur les salaires (cela peut être une indexation totale, partielle etc.) soit à l’opposée on indexe les pensions que sur les prix).
* Concernant les variables, cela dépend de tout ce qui affecte le nombre de retraités (= flux d’entée en retraite × espérance de vie moyenne à la retraite).

Tout ce qui agit sur le flux d’entrée et l’espérance de vie sera influent ! Les flux d’entrée dépendent des paramètres (âge d’entrée à la retraite), mais aussi de la démographie (combien de vieux qui partent à la retraite etc.)

* + 1. *Une réforme paramétrique : L’exemple de la France*

Comment s’organise le système français ? et dans un 2e temps, nous verrons quelles sont les réformes qui ont été adoptées

1. Le système français
* **Le régime général**

Ce système par répartition bismarckien est constitué autour d’un régime général qui couvre les salariés du secteur privé ainsi que les contractuels du secteur publics (en tout, cela représente 70 % des actifs).

Ce système est à « prestation définies ». C'est-à-dire que les règles du système font que les droits acquis donnent droit à un certain montant de pension qui est connu au moment de l’acquisition des droits.

* **Les régimes complémentaires** (ARRCO (pour les cadres) et AGIRC)

Cela couvre les mêmes champs que le régime général. Ce système est à prestation « indéfinies ». Cela signifie qu’on verse des cotisations, et l’on acquiert des droits qui ne donnent pas lieu à un montant précis de prestations. Ces droits sont calculés sous forme de point, dont on ne connaît pas la valeur. La retraite sera calculée proportionnellement aux points accumulés.

* **Les régimes de la fonction publique et les régimes spéciaux**

Cela couvre les fonctionnaires ainsi que les salariés des entreprises publiques (soit 20 % des actifs).

Ils assurent aussi le rôle du régime général et régime complémentaire en même temps.

* **Le minimum vieillesse (« allocation de soutien aux personnes âgées »)**

C’est une prestation assistantielle avec un seuil minimum annuel, soit de 7720€ pour personne seule et 13250€ pour couple au 1er janvier 2008

Elle est de 628€ par mois pour une personne seule et de 1127€ pour un couple (chiffres 2008)

1. La crise à venir : Le difficile diagnostic

Les délicates hypothèses :

Le problème est de diagnostiquer la crise, elle peut l’être comme étant une crise présente, actuellement il y a un déficit de plusieurs milliards de l’assurance-vieillesse mais surtout la crise qui nécessite des réformes c’est la crise à venir.

Il faut ici essayer de prévoir ce qui risque de se passer, on le fait en faisant des scénarios construits à partir d’hypothèses fondamentales.

On fait donc intervenir des variables qui vont avoir un impact sur les recettes et dépenses du système :

* Le taux de fécondité
* Le taux de mortalité et l’espérance de vie
* Le seuil migratoire
* Le taux d’activité

On va avoir différent scénario selon les valeurs qu’on attribue aux différentes variables, on fait généralement un scénario de base avec les hypothèses qui semblent le plus vraisemblable.

À partir de ce scénario central on va faire des variantes…

2001 = Mise en place du COR (conseil d’orientation des retraites) dont le rôle était de regrouper des partenaires sociaux, des experts, des administrations et essaye de dégager un diagnostic partagé.

Ils ont fait des scénarios avec un premier scénario de base en 2001 et a refait des prévisions en 2007 avec l’appui des nouvelles prévisions de l’INSEE qui sont moins pessimiste que les révisions antérieures.

Ce scénario a servi pour la réforme de 2007, ici on a un taux de fécondité qui est revu à la hausse, espérance de vie revue à la baisse, le solde migratoire revu à la hausse et un taux d’activité revu à la hausse ce qui provoque de nombreux changements.

* Cf. tableau « Exercices du Conseil »

Résultats avec les nouvelles hypothèses du scénario de base :

* La population active augmente à l’horizon 2050 de 2 millions (pour atteindre 28,5M) au lieu de diminuer de 2 millions dans les projections initiales de 2001
* Le besoin de financement atteint 1,7 % du PIB (au lieu de 4,3 % du PIB) en 2050
* Le Ratio de dépendance démographique (soit les personnes d’age actif/plus de 60 ans) = 1,4 en 2050 au lieu de 1,1 dans projections initiales
* Ratio de dépendance économique (= cotisations/retraités) = 1,2 en 2050 contre 0,9
1. Les réformes mises en œuvre

Elles ont été mises en œuvre à partir de 1993 d’abord dans le secteur privé :

* On allonge les annuités soit la durée minimale de cotisation pour avoir droit au taux plein de retraites, elle était de 37,5 à 40 ans de cotisations
* Le salaire de référence calculé sur les 25 meilleures années et non plus sur les 10 meilleures années.
* Le salaire de référence et la pension vont être indexés sur les prix et non plus sur les salaires, une fois qu’on est retraité la pension va pas être calculée sur le taux de croissance du salaire moyen en économie mais selon le taux d’inflation (indice des prix)

Sur le niveau des retraites, selon certaines estimations et toutes choses égales par ailleurs, cela devrait baisser le niveau des retraites d’1/4 pour la génération 1965-1970

= Réforme du régime général

Ensuite on a aussi des réformes des régimes complémentaires en 1994, 1996 et en 2003 qui sont aussi allez dans le sens de moins de générosité…

*La réforme de 2003 :*

**1]** Alignement du public sur le privé, les salariés du public on donc basculer dans le système commun des 40 ans de cotisations

**2]** Pour tout le monde, il est prévu un allongement progressif de la durée de cotisation des annuités pour atteindre 41 ans en 2012 et selon les évolutions démographiques ont pourrait allez au-delà. On a une règle générale qui est inscrite = à l’avenir et au-delà de 2012, le principe qui est adopté est que l’allongement de l’espérance de vie devrait se partager selon une clé de répartition constante entre l’allongement de la retraite et l’allongement de l’activité = 1/3 pour la retraite et 2/3 pour la durée d’activité

* Le rapport entre la durée de la retraite et la durée d’activité doit être stabilisé.

On a aussi régulièrement en fonction des calculs d’espérance de vie, ajuster le système des retraites en ajustant les durées de cotisations pour maintenir la constance prévue.

**3]** L’instauration des surcotes = pour ceux qui ont atteint le nombre d’annuités, on veut les inciter à allez au delà, pour chaque année cotisée de plus ils auront une retraite plus élevée de 3 % et de 5 % au-delà de 65 ans.

Par contre, il y a aussi une décote de 5% sur le niveau des retraites ‘dans le cas ou on part avant la retraite

**4]** La loi de 2003 a permis de négocier que pour les personnes qui étaient rentré tôt sur le marché du travail, elles sont autorisées à partir à la retraite avant 60 ans.

On a donc un système de retraite avec double contrainte = l’age légal de la retraite + les annuités à atteindre.

Ce système implique beaucoup de personnes (toute une cohorte qui est rentré tôt sur le marché du travail), ces personnes ne pouvaient pas prendre de retraite avant 60 ans, ils vont avoir cotisé jusqu'à 46 ans. Imaginer les mêmes quand la retraite était a 65 ans…

Ces personnes sont de moins en moins nombreuses mais la CFDT à négocier donc de partir à la retraite avant 60 ans…

* Cela concernait environ 22% des générations nées entre 1947 et 1950 et c’est ce qui explique la moitié du déficit annuel CNAV 2007-2008 avec un départ massif en retraite

**5]** Le rachat de cotisations et de points possible = ici s’il nous manque des annuités, on nous autorise à payer un certain montant qui est supposé être l’équivalent des années qu’on n’a pas cotisé…

**6]** Pour les salariés payés au SMIC (plein temps et toutes leurs annuités) ces personnes-là on va leur tenir compte des pensions du régime général et des pensions du régime complémentaires, ils devraient avoir une pension égale à 85 % du SMIC

> C’est un taux de redistribution plus généreux que les autres

Selon certaines estimations : Baisse du niveau des retraites de 7 % en moyenne pour la génération de 1965 et 1970

Les ajustements de 2007 et 2008

* Alignement des régimes spéciaux (SNCF…)
* Confirmation du passage de 40 à 41 de cotisations, etc.…
1. Quel bilan en termes d’équité ?

De ces réformes on attend évidement des diminutions de déficit, c’est l’objectif en termes d’efficacité.

* En revanche, en termes d’équités, les problèmes d’équité avant les réformes concernaient par exemple les différences de pénibilité du travail avec donc des durées de cotisation différentes pour le public et le privé…
* La non-prise en compte des différences d’espérance de vie et d’age légal à 60 ans pour avoir droit à un taux plein, les moins qualifiés entrés jeunes sur le marché du travail sont pénalisés.

Le problème ici c’est que les riches qui ont une espérance de vie plus longue et inversement pour les pauvres…

Après les réformes :

* On allonge les durées de cotisation ce qui pénalise plutôt les jeunes générations qui rentrent plus tard sur le marché du travail mais cela va-t-il à l’encontre de l’équité intergénérationnel ?
* Cela peut aussi pénaliser les femmes qui ont plus d’interruption de carrières et qui donc peuvent être pénalisé (donc moins d’équité horizontale ?)
* L’instauration des surcotes et des décotes va dans le sens de l’équité « actuarielle »
* L’indexation des retraites sur le prix ce qui peut être moins d’équité intergénérationnelle, donc ils ne profitent pas des gains de productivité de l’économie

La réforme française était donc une réforme paramétrique car on a maintenu le système de répartition dans sa logique, on a juste changer certains curseurs comme le nombre d’annuités mais sans toucher à l’age légal de départ à la retraite, etc.

* + 1. *Une réforme structurelle : L’exemple de la Suède*

Ce qui caractérise la Suède avant la réforme : C’était un système par répartition qui reposait sur 2 piliers :

* Le pilier de base qui était berveridgien soit donc financé par l’impôt avec une somme forfaitaire
* Un pilier bismarckien où l’on paye des cotisations assises sur les salaires et l’on reçoit une pension proportionnelle, etc.

Le nouveau système de la Suède : (Intégré dans le programme de S.Royal, etc.)

**1]** On remplace l’ancien système par un nouveau qui a 2 piliers publics : Un par répartition et un par capitalisation.

**2]** On se rapproche d’une logique de capitalisation dans le pilier de la répartition, cela reste de la répartition donc à chaque moment du temps ce sont bien les cotisants d’aujourd’hui qui cotisent pour les retraités d’aujourd’hui. Le rapprochement avec la logique de capitalisation c’est que chaque individu à un compte, le compte notionnel donc tout au long de sa carrière il va cotiser dans un compte théorique.

Il accumule donc des points (comme le système français complémentaire) qu’il change d’entreprise ou de type d’activité…Quand il arrive à l’age ou il désire prendre sa retraite, chaque génération qui part à la retraite, on calcule son espérance de vie et c’est avec ce calcul qu’on va pour équilibrer ce système, chaque point vaudra tant en termes de retraite.

On peut demander à chaque moment l’état des lieux du compte en fonction de la génération de la personne, de son espérance de vie, etc.

* C’est un système à cotisation définie mais à prestations indéfinies

On maintient donc ici l’équilibre financier du système avec une neutralité actuarielle au niveau de la génération (mais pas au niveau individuel selon le sexe, PCS, etc.)

**3]** Les périodes d’inactivités sont validées, on a quand même des points (important notamment pour l’égalité hommes et femmes)

**4]** Les taux de cotisations sont constants d’une génération à l’autre, les nouvelles générations sont assurées qu’on n’augmentera pas leurs cotisations pour payer la retraite des vieux. On a ici un refus du jeu sur les cotisations, il ne faut pas ici que la génération des vieux fasse supporter les coûts dans la génération des jeunes, par contre, les pensions sont indexées sur les prix

**5]** Un minimum vieillesse ce qui est important pour les chômeurs, pour ceux qui n’ont pas cotisé, et en plus des taux de pensions minimales qui sont plus importante pour les bas revenus que pour les hauts revenus.

* 1. **Quelle place pour la capitalisation ?**
		1. *La difficulté des systèmes de capitalisation d’entreprise (exemple : UK)*

Pour l’instant aucun système n’est purement fait par capitalisation y compris les USA et les UK, mais la place est plus ou moins importante

1. Défauts du système
* En 1995, on a eu un énorme scandale (Maxwell) où l’on s’est aperçu qu’il a puisé dans le plan de retraite de ces salariés pour éviter la faillite, pareil pour Enron (2003). Ici on a un plan de retraite qui dépend de l’entreprise et pas toujours géré a l’extérieur
* Dans ces systèmes où l’on a des plans de retraites qui ne passent pas l’entreprise (soit gérés soient confiés à un fond de pension) le problème qui se pose c’est lors du changement d’entreprise, souvent il faut clôturer le compte dans la première entreprise et ouvrir un compte dans la nouvelle entreprise. On se retrouve à la fin de la carrière avec plusieurs comptes différents ce qui est complexe, dans le système traditionnel pour avoir droit à toucher une retraite du premier fond d’entreprise il fallait avoir cotisé un minimum un certain nombre d’années, si on part avant, on a le droit à rien.

On a eu aussi des problèmes qui se sont accumulés au cours du temps :

* La part des entreprises qui offrent des plans retraite à leurs salariés ont diminué
* Cf. Graphique avec pourcentage des personnes couvertes par des systèmes professionnels entre 1996 et 2005 = baisse générale assez importante.
* Ces plans de retraite sont de moins en moins à « prestations définies », on a donc simplement de systèmes à cotisation définie qui introduisent de l’incertitude. Autre problème, les pensions versées aux salariés n’ont pas suivi l’évolution des prix.
1. Les réformes

Réforme 1995 = 1e grande réforme à la suite des scandales Maxwell, elles ont acquis fortement les règles prudentielles pour les fonds de pension et de contrôle pour les fonds de pension.

Contrôle + obligation de réserve + durée minimale pour avoir passé dans une entreprise pour garder le bénéfice de son épargne-retraite (elle passe de 5 ans à 2 ans).

Cette réforme oblige une indexation des pensions sur les prix si l’inflation ne dépasse pas 5%

Réforme 2006 qui devrait changer toute une base de répartition beverdgienne publique :

* + La pension de base forfaitaire que tout le monde reçoit est de 540€ par mois (sous condition de contribution : avoir coté 44 ans pour les hommes et 39 ans pour les femmes et simple indexation sur les prix).
	+ À partir de 2012, il faudrait cotiser seulement 30 ans de cotisations pour tous et indexation sur les salaires (plus grande générosité).
	+ Plan de retraite obligatoire qui passe par des comptes d’épargnes individuels avec une contribution des salariés (4%), des employeurs (3%) et de l’état (1%)
		1. *La place croissante de la capitalisation et de l’épargne*

On constate que les pays ont tendance à développer la capitalisation mais avec des modalités différentes.

Exemple de la Suède comme l’exemple d’une réforme structurelle d’un système par répartition, mais dans cette réforme ils ont introduis un pilier de capitalisation.

Dans ce pilier, l’état joue un rôle important car l’état prélève des cotisations et les reverse à des fonds privés qui gèrent ces sommes.

* La relation est médiatisée par l’état

De plus, les individus peuvent choisir différents types de fonds de pension, soit ce sont des fonds avec des placements en moyenne moins risqués et inversement.

UK = introduction de plans d’épargne retraite individuels en 1988 mais scandales financiers car les plans individuels s’avéraient beaucoup moins rentables que des fonds collectifs.

USA = C’est dans les années 70 que la place des fonds de pensions a atteint son maximum, 44% des salariés à l’époque qui avait un plan de retraite passant par leur entreprise.

Ce taux à baisser par la suite avec un taux de 25% à la fin des années 90.

De plus, des plans d’épargne salariale privée « 401 (k) » se sont développés pour lequel les individus bénéficiaient de certaine exonération fiscale et dans lesquelles les entreprises peuvent cotiser.

En France, avec la réforme de 2003, on a introduit les plans d’épargne de retraite collectif (PERCO) qui peuvent être souscrit en tant que salarié dans une entreprise.

Spécificité française = on peut alimenter ce PERCO par de l’intéressement et les primes de participation avec des avantages fiscaux spécifiques.

Côté capitalisation, certains pays ont développé cela de façon contrôlées, ce qu’ils gagnent c’est surtout des plans d’épargnes individuels de nature particulière (produit d’épargne spécifique, règles spécifiques, contribution de salariés, d’entreprise et d’état sous forme d’exonération fiscale).

**Chapitre III : L’indemnisation du chômage**

***Introduction***

* Présentation du risque lui-même et de ses spécificités
* Comment les différents pays organisent l’indemnisation du chômage et quelles sont les systèmes d’assurance chômage (France, USA, UK)
1. **Les spécificités du risque chômage**

Quand on parle de chômage, qui subit le risque ?

Il est avant tout pour les travailleurs, c’est le risque d’avoir été licencié, etc. mais c’est aussi un risque pour l’employeur, celui de devoir licencier.

Il faut tenir compte du côté employeur, car l’assurance-chômage est quelque chose qui assure en partie l’employeur.

* 1. **L’assurance du coté des travailleurs**
		1. *Définir le risque*

Dans beaucoup de pays on n’indemnise pas les gens qui n’ont jamais travaillé et qui entrent sur le marché du travail. Le risque chômage est définit par rapport au fait de perdre son emploi.
Pour la question des indépendants = pas le droit aux indemnisations même si ils arrêtent leur travail indépendant et qu’ils entre sur le marché du travail.
D’une façon générale, le risque chômage est défini par rapport à un statut d’emploi particulier, mécanisme de l’emploi salarié.

Double dimension du risque côté travailleur :

* Le risque de se retrouver au chômage, c’est un risque de perdre son emploi. Quand on a jamais travaillé et qu’on rentre sur le marché du travail, le risque est plus difficile à définir car on passe de l’inactivité à l’activité. Ici le risque est mesuré par la « vulnérabilité » qui permet de mesurer une probabilité qui est celle du risque.
* Symétriquement, le risque chômage est de rester longtemps au chômage qui est mesuré par « l’employabilité ».
	+ 1. *Les questions d’efficience*
1. Principe du double alea moral

Alea moral « ex ante » = c’est avant que le risque dans sa première dimension intervient, la question que l’on doit se poser : Le fait d’être assuré peut-il accroître le risque ? Au niveau pratique, ce risque est limité, c’est pas parce que on a une assurance chômage que l’on peut perdre son emploi, etc.

Cependant, il y a quand même certaines pratiques qui peuvent relever de comportement renvoyant à l’aléa moral.

Alea moral « ex post » = être assuré, une fois au chômage, moindre incitation à retourner rapidement en emploi.

1. Quelle réalité ?

Alea moral « ex ante » : Peu de travaux empiriques, mais du fait de notre propre comportement mais aussi de celui de l’employeur.

Illustration ; déguiser des démissions en licenciement.

Alea moral « ex post » : Beaucoup de travaux empiriques sur effets « désincitatifs » de l’indemnisation du chômage sur la reprise d’emploi.

Définir la « générosité » du système d’indemnisation ; au niveau global, dépend notamment de 3 paramètres :

1. Le taux de couverture = % des chômeurs qui reçoivent une indeminisation
2. Le taux de remplacement = le montant de l’indemnisation comparé au salaire
3. La durée d’indemnisation

Constats empiriques :

Au niveau macro

1. Problème 1 : Difficile de comparer générosité des systèmes à un niveau très global, ici on prenait les différents systèmes d’indemnisation en regardant certains paramètres (taux d’indemnisation, etc.) et l’on regardait le chômage.
2. Problème 2 : Corrélation entre la durée d’indemnisation et la durée moyenne du chômage. Elle est positive selon certains travaux, quand les systèmes sont trop généreux, cela désincite les individus à trouver du travail, etc.
Quel est le sens de cette causalité ? car c’est parce qu’il y a du chômage élevé qu’on a un système relativement généreux, la corrélation peut être inverse en allant du chômage vers la durée d’indemnisation.

Pareil pour les taux de remplacement, dans la France des années 70 pour la première crise les pouvoirs publics augmenter les durées d’indemnisation, c’est une conséquence de l’augmentation du chômage.

Pensez qu’une indemnisation généreuse peut avoir des effets pervers est remise en question depuis une dizaine d’années avec des travaux qui ont montré d’autres types d’effets potentiels à un niveau macro de l’indemnisation du chômage qui disent que c’est plutôt l’inverse.

On aurait donc des indemnisations qui peuvent accélérer les individus au retour à l’emploi, mais ici il faudrait obliger les individus à prendre le premier emploi qui se présente.

On assiste à des mauvais appareillements (association de travailleur à l’emploi), un bon appareillement c’est quand le travailleur et l’emploi sont en bonne adéquation et inversement.

Cela entraîne des pertes de productivité pour l’économie, etc.

* On augmenterait donc la récurrence du chômage en baissant l’indemnisation du chômage.

Au niveau micro

1. En « coupe » dans un pays donné : Corrélation plutôt négative entre le montant indemnisation et la durée du chômage. Les mieux indemnisés sont en moyenne les plus employables.
2. La durée d’indemnisation du chômage joue : les taux de sortie du chômage augmentent quand fin de l’indemnisation s’approche mais différemment selon le niveau de qualification
3. Complémentarité assurance chomage / protection de l’emploi / politiques de l’emploi

Réglementation de protection de l’emploi (RPE)