## 1.1 Les finalités de la protection sociale: de la protection face au risque à la satisfaction des besoins sociaux

### Risques sociaux versus besoins: Bismarck et Beveridge (deux fondateurs de la protection sociale

**Bismarck** : fin XIX, chancelier allemand va mettre en place le premier système d'assurance sociale. Cela couvre les accidents du travail et maladies puis retraite et plus tard chômage et autres risques sociaux.

La protection sociale est un système d'assurance sociale qui couvre un certain nombre de risques considérés comme risques sociaux. Le risque social couvert est le risque de perte de revenu lié à une interruption d'activité professionnelle (soit provisoire, soit définitive). La figure de référence sont les travailleurs.

Dans cette logique, c'est le travailleur qui va cotiser et s'assurer; le mode de financement est fondé sur le travail et plus spécifiquement sur le salaire à travers les cotisations, elles-mêmes assises sur le salaire.

Acceptée dans beaucoup de pays européens.

1ere grande loi d'assurance sociale en 1898 concernant les accidents du travail er véritablement fondée après la seconde guerre mondiale.

**Beveridge** : britannique qui commence comme travailleur social, il s'intéresse à la pauvreté. Il commence au début du XXème siècle et s'intéresse à la protection sociale après la seconde guerre mondiale.

En 1942, il publie un rapport pour le gouvernement britannique sur la sécurité sociale. Il parle d'assurance sociale, il va beaucoup plus loin que Bismarck car il parle de « welfare state ». C'est à dire un état de bien être, l'Etat providence.

1911: 1er système d'assurance chômage en G.B.

Il propose une conception élargie de la protection sociale et ne se réduit pas à assurer les risques sociaux mais beaucoup plus largement, la protection sociale a pour objectif de libérer l'homme du besoin et à la poursuite d'un état du bien être.

Dans cette conception, il y a donc double objectifs: assurer les risques sociaux ainsi que la lutte contre la pauvreté, i-e, compléter la logique assurantielle par la logique assistancielle (assurer les aides sociales en fonction de leur revenu pour lutter contre la faiblesse des revenus, donc redistribuer le revenu).

Beveridge propose un système qui prend comme figure de référence non plus le travailleur mais la figure de référence est le citoyen. Droit à des prestations si le revenu est insuffisant. Cela doit être financé par l'impôt et pas seulement par les cotisations sociales.

## 1.2 Une approche économique

### Différentes approches économiques (marxiste, keynésienne, néo-classique)

**Approche marxiste**: approche macro économique qui resitue la protection sociale dans la dynamique du capitalisme. Il analyse l'évolution du système de la protection sociale en lien avec le capitalisme, s'interroge sur le système de protection sociale dans le capitalisme.

Marx, fin XIX (meurt en 1883), critique par rapport à Bismarck car il (Bismarck) souhaite acheter la paix sociale.

La révolution industrielle s'est vécue différemment entre la France et l’Allemagne.

France: La révolution industrielle a pris du temps.

Allemagne: plus rapide, émergence de grandes entreprises, grosses entreprises avec une forte concentration d'ouvriers. C'est un terrain propice au développement du socialisme, d'où la recherche de la paix sociale. Bismarck, pour éviter que le socialisme ne se répande essaye de se rallier en installant un système d'assurance sociale.

Vision marxiste: défense de la protection sociale, insiste sur l'aspect d'assurance sociale et redistributif. Vision qui articule une dimension sociale, économique et politique.

**Approche Keynésienne**: approche économique avec une conjoncture économique à court terme. L'approche de la protection sociale est une approche macro économique qui s'interroge sur les effets de la protection sociale sur la consommation, l'épargne et la croissance.

**Approche Néo** classique: se situe au départ dans une perspective micro économique, on part des comportements des individus et on s'intéresse aux problèmes qui se posent aux individus en terme de risque.

Certains risques sont considérés comme des risques sociaux, d'autres non. Cela a un effet sur le comportement des individus.

Le fait d'être assuré, ne rend-t-il pas moins prudent ou plus dépensier?

### 1.2.2 Un fil directeur: comment concilier efficience et équité?

**Efficience**: plus que l'efficacité (quelque chose qui est adapté, un objectif que l'on s'est donné, renvois au degré d'adaptation des moyens aux objectifs que l'on s'est donné).

Moyens plus ou moins efficaces, renvois au rapport qualité/prix, renvois à un rapport coût/bénéfice.

La solution efficience renvois au meilleur rapport coût/bénéfice.

Par exemple: par rapport aux objectifs que l'ont se donnent, qu'elle est le meilleur moyen?

Au niveau de l'individu: le protéger.

Au niveau de la société: le protéger mais au moindre coût.

**Equité**: renvois à une notion de justice sociale.

Plusieurs conceptions possibles: qu'est ce qui est juste ou à égalité?

Cela peut se traduire par l'égalité d'accès aux soins, l'égalité d'indemnité chômage avec revenus différents.

On touche l'organisation sociale et la conception sociale. Il n' y a pas un critère unique de justice sociale. Il y a une existence de conflit potentiel entre efficience et équité.

Keynes veut réduire les inégalités, il va dans le sens de la justice sociale mais aussi dans le sens de l'efficience de l'économie. Si distribution des riches vers les pauvres, la consommation va augmenter car la propension marginale à consommer est plus forte chez les bas revenus.

## 2. La couverture des risques sociaux: un premier aperçu

### 2.1 La couverture du risque: quelques problèmes fondamentaux

Le risque, « riesco », XV en Italie écueil, rocher contre lequel le navire risque de s'échouer. En même temps sont nés des mécanismes assurantiels dans le domaine maritime contre le risque de perdre des cargaisons.

### 2.1.1 La nature du risque

Se caractérise par sa nature. Renvois à l'aléa, un évènement aléatoire qui affecte la situation d'un individu.

**- Distinction entre risque de nature endogène et exogène.**

Risque exogène: si il ne dépend pas du tout du comportement de l'individu (n'existe pratiquement pas par exemple, ouragan avec activité humaine).

Risque endogène: en partie dépend de l'attitude de l'individu.

Le risque est-t-il problématique ou non?

Renvois à la distinction entre le risque stricto sensu et risque lié à l'incertitude qui renvoie à un aléa non probabilisable. Il est plus facile d'assurer un risque probabilisable.

**- Distinction entre risques indépendants et risques corrélés.**

Du point de vue de l'individu, est ce que le risque que subit l'individu A dépend du risque que subit l'individu B?

Exemple: prendre le risque d'attraper la grippe augmente-t-elle la probabilité que d'autres aient la grippe? (Risques corrélés). Le chômage est un risque corrélé.

### 2.1.2 Le comportement des agents: le problème du risque moral

Dans quelle mesure le risque dépend du comportement des agents?

Dans quelle mesure, une fois que les agents sont assurés, ne vont-t-ils pas modifier leur comportement ou modification du risque pour l'assureur?

1ère modification de comportement:

* être plus prudent car l'on est assuré
* si on est assuré, on a tendance à faire des sur-réclamations.

Le coût du risque dépend du comportement de la personne.

* Il s'agit d'un problème d'aléa moral, problème qui se développe lorsque les personnes sont assurées.

Le fait d'être assuré nous rend-t-il moins prudent?

Assurance chômage: ne va t-on pas rester plus longtemps au chômage?

### 2.1.3 Les problèmes de sélection et d'anti -sélection

On se place du côté de l'assureur. Le risque subit par les agents (supposons exogènes), l'assureur doit estimer. Prime d’assurances proportionnelles aux risques.

Il faut connaître les probabilités ainsi que connaître une estimation des risques individuels.

PB de la sélection: si l'agent connaît trop bien les risques individuels, il risque de sélectionner les personnes en fonction de leur risque. L'assureur peut refuser d'assurer les personnes, ou bien la prime d'assurance sera trop élevée. L'assureur a une information imparfaite sur le risque individuel, on suppose que les individus eux-mêmes ont un degré d'information du risque supérieur par rapport à l'assureur.

Il risque de se produire un phénomène d'anti- sélection (les individus eux-mêmes vont s'auto sélectionner), c’est à dire, vont choisir de s'assurer ou non, en fonction du prix et de leur risque individuel.

Les personnes qui ont les risques les plus faibles vont choisir de ne pas s'assurer. (exemple :un jeune bien portant). Pour les assureurs, le problème est qu'ils auront des personnes avec des risques très élevés.

## 2.2 Assurances privées/ assurances publiques

Qu’elle est la mieux?

### Les assurances privées

Repose sur deux principes:

* Principe de mutualisation: tout le monde paye, celui qui subit le risque reçoit une partie de la prime.
* Loi des grands nombres: en moyenne probabilité de 10% d'avoir un accident, si il assure qu'une personne il est difficile de savoir si il va avoir un accident donc il faut qu'il assure un grand nombre de personnes. (Plus ils sont nombreux, plus l'estimation s'affine).

Si l'on assure un petit nombre d’individus, l'assureur aura plus de mal à estimer le coût.

On fixe la prime qui dépendra de l'ampleur du risque.

Mais tout le monde n'a pas le même risque, l'assurance module, si possible façon groupée.

L'assurance fixe la prime en fonction des risques des individus. De la dépense moyenne des individus et la prime qu'on lui fait payer = **Principe de la prime actuarielle.**

La prime individuelle dépend de la dépense moyenne que va subir l'employeur.

* Une assurance privée: il faut que le risque soit probabilisable pour que cela fonctionne d'autant mieux. Quand les risques sont corrélés sur une année, les prix augmentent.

Il vaut mieux:

* Des risques probabilisables
* Non corrélés
* Risques exogènes
* L'aléa moral doit être le plus faible possible.

- Le degré d'information sur les risques individuels doit être aussi bon que celui des individus.

### 2.2.2 Les assurances publiques

Avantage comparatif par rapport à l'assurance privée, mieux à même de faire face par rapport à l'assurance privée.

L'assurance publique peut recouvrir à des instruments, des moyens que les assurances privées ne peuvent recourir.

L'assurance publique peut obliger les individus à s'assurer.

L'avantage est qu'il y a une surface financière plus importante aux assurances privées. Ils peuvent se permettrent d'assurer des risques relativement incertains.

Dans certains cas, l'Etat intervient directement, de même pour les risques corrélés. Face aux problèmes d'assurance (risque et problème d'information) l'assurance publique peut avoir un avantage par rapport à l'assurance privée.

## 3. L'enjeu de l'équité et de la solidarité

### Fonction d'assurance et fonction de redistribution

Problème d'égalité d'accès à l'assurance. Renvoie à la redistribution.

3.1.1 La fonction d'assurance « pure »: mutualisation et neutralité actuarielle

Dans la logique reposant sur mutualisation et neutralité actuarielle, la fonction assurance ne s'accompagne pas de redistribution.

Redistribution: toute mesure qui entraîne une modification de la répartition des revenus ou des richesses au sein de la société. Toute mesure qui entraîne baisse ou augmentation du revenu.

Si logique d'assurance pure: il n'y a pas de redistribution car chaque individu va payer proportionnellement à son risque. Il y a égalité en moyenne entre ce que va verser les individus et les primes reversées.

### 3.1.2 Redistribution horizontale, verticale

Deux types de redistribution:

* Redistribution verticale: mesure qui entraîne un transfert de revenu, soit de haut en bas, soit de bas en haut. Elle modifie la hiérarchie des revenus.
* Redistribution horizontale: par rapport à la hiérarchie des revenus, mesures qui vont se traduirent par une modification de la répartition au sein de personnes qui peuvent avoir le même niveau de revenu (au départ).

Il y a pratiquement aucune stratégie d'assurance.

**3.2 Assurance, assistance et prestations universelles**

Soit 3 formes de prestations.

3.2.1 Les prestations assurantielles

Délivrées par les systèmes d’assurances sociales ? Pour y avoir droit il faut avoir contribué, elles sont soumises à une contribution préalable. Le droit à une prestation est proportionnel à la contribution. Ici nous sommes dans une logique contributive.

Les prestations assurantielles sont les prestations maladies, retraite, de chômage. Qui reposent sur une logique contributive, pour y avoir doit il faut avoir cotisé. Ce qui ne veut pas dire que ces prestations répondant à une logique d’assurance pure. Elles impliquent en générale une redistribution horizontale et verticale.

3.2.2 Les prestations assistancielles

Comment l’assistance se distingue de l’assurance ? Elles se distinguent du faite qu’elle ne repose pas sur une logique contributive, ce n’est pas le fait d’avoir cotisé qui nous ouvre droit à une prestation assistancielle. On y a droit en fonction d’une situation, en fonction du revenu en général. C’est une prestation sous condition de ressources. En France : il s’agit du RMI, aide aux parents isolés, aide aux adultes handicapés. Leur objectif est de redistribuer de façon verticale, c'est-à-dire vers ceux qui n’ont pas de revenu élevé.

3.2.3 Les prestations universelles

Contrairement aux prestations assurancielle, les prestations universelles ne sont pas soumises aux cotisations. C’est le faite d’appartenir à une communauté qui donne droit aux prestations.

De plus elle n’est pas soumise à une condition de revenu, tout le monde y a le droit, mais il peut y avoir certains critères. Exemple : les allocations familiales qui dépendant seulement du nombre d’enfant.

Références : Elbaum (M) 2008 , *Economie politique de la protection sociale*, PUF, Quadrige

 [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

**Chapitre 1 : La gestion du risque santé**

**Introduction :**

**1.1 La santé de quoi parle-t-on ?**

La santé : définition de l’organisation mondiale de la santé, «  un état complet de bien être physique mental et social ne consistant pas seulement à une absence de maladie ou d’infirmité, en ce sens répond à l’une des aspirations des plus profondes des individus. »

En tant qu’économiste qu’elle approche va-t-on avoir de la santé ? D’un point de vue économique, on peut définir la santé comme un bien au sens économique du terme. Ce bien est particulier, car ce bien c’est un capital au niveau individuel.

C’est une composante du capital humain : qui renvoi à toutes les capacités acquise par l’individu et qui détermine sa productivité. C’est un capital car ses capacité on été investie et elle génère des gains de productivité par la suite. Cela renvoi aussi à la formation et à l’éducation. Au niveau individuel, la santé peut être conçue comme un bien capital.

Ce qui rend ce bien aussi particuliers est qu’il conditionne la jouissance des autres biens, pour profiter de la jouissance de tous les biens et services, par exemple : il vaut mieux être en bonne santé pour profiter des biens, la santé conditionne la jouissance des biens et services.

Au niveau collectif, la santé est un bien particulier, car au niveau collectif elle a les caractéristiques d’un bien public. Car la santé produit des externalités, c'est-à-dire que le fait que le soit en bonne santé affecte nous même mais aussi les autres et à l’inverse, car notre mauvaise santé peut avoir des effets sur la santé des autres (exemple : contagions des maladies). L’état gère la dimension public de ce bien, il a commencé a intervenir de façon importante à la fin du 19e siècle avec les recherches de pasteurs, qui a découvert que les épidémies existaient. Donc à partir de ce moment entretenir la santé des individus devenait non plus une question individuelle mais collective.

La santé est capital plus ou moins important au niveau individuel, mais aussi au niveau collectif car notre santé au niveau individuelle à un impact sur notre santé au niveau collectif.

La question du risque santé est une question centrale et pour les individus et pour la collectivité.

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

Comment éviter que le risque santé se traduise par des dépenses trop importantes ? Comment assurer un meilleur rapport coût / Bénéfice ?

1.2.1 Les dépenses de santé et leurs déterminants.

- Quelques définitions

En France on mesure ce que l’on appel la dépense courante de santé : qui regroupe différentes rubriques, soit les montants (206,59 milliards en 2007), la structure et les montants par personnes (3248 euros en 2007). Cette notion est très proche des dépenses nationales de santé de l’OCDE.

Le montant est relativement important, pour 90% c’est une dépense pour les malades et en 2007 par tête d’habitant on a dépensé 3250 euros en France. Cela regroupe les dépenses de l’état (hôpitaux) mais aussi des assurances complémentaires et ce que payent les individus directement de leur poche.

Les dépenses de santé ont eu tendance à croître et notamment dans la part du PIB au cours des 20 dernières années. Elles sont de l’ordre de 11% de la part du PIB.

* Les déterminants des dépenses de santé

Certains facteurs jouent sur le système de santé : l’offre et la demande.

Du côté de la demande : le déterminant renvoi à la **loi d’Engel**,dans la consommation des ménages la part des services, et notamment la part de la santé s’accroît. Donc il est normal que quand les pays s’enrichissent il est normal que la part des dépenses en santé augmente.

Il y a un effet de structure ou de composition, la part des personnes âgées augmentent dans la population et comme la population âgée à une consommation par tête plus élevé.

Avec les progrès de la médecine on prolonge l’espérance de vie, et on maintien des personnes en vie à des prix très élevés.

Dans quelle mesure au-delà de ces grands facteurs, le système de couverture du risque santé lui même n’explique pas l’augmentation des dépenses de santé ?

Oui le fait de couvrir le risque santé, augmente les dépenses de santé. La question doit être plutôt posée en termes d’efficience (rapport coût / Bénéfice). Est-ce que l’on peut faire aussi bien en dépensant moins ? Ou faire mieux en dépensant autant ? Ou a-t-on des systèmes efficients ? y a-t-il des gaspillages éventuels ? Dans quelles mesures l’organisation de la couverture du risque santé peut provoquer certains gaspillages ?

1.1.2 Les enjeux de la maîtrise des dépenses de santé.

1. Attention aux comparaisons internationales.

On peut comparer des montants de dépenses de santé dans le PIB, que l’on compare à des indicateurs de performance en terme sanitaire, de santé. Il faut faire attention, car on peut comparer des pays qui peuvent être très différents. Si l’on compare un pays dont la moyenne d’âge est plus âgé que dans un autre pays on aura forcement des dépenses de santé plus grande. Il faudrait comparer à structure de comparaison égale.

Exemple : les pays de l’est, on a des indicateurs sanitaires mauvais. La santé de la population a été affectée à cause de la dégradation du système de santé.

Si on compare des pays à peu près comparable, qui ont le même niveau de développement, une structure démographique équivalente les indicateurs de la part des dépenses de santé sont différentes.

La question en termes d’efficience, les considérations en termes d’efficience ne doivent pas nous faire oublier la notion d’équité.

1. Efficience et équité.

Dans quelle mesure les systèmes de couverture du risque de santé ils participent aux faits que l’on puisse avoir de plus ou moins bonne performance en termes de coût bénéfice ?

La question d’efficience est très complexe. Un bon rapport coût/ Bénéfice ? On débouche vite sur des questions complexes car il faut définir le bénéfice ? Quel est l’objectif en termes de bénéfice ?

Efficience et équité ne font pas toujours bon ménage. La question très globale qui se pose en termes de santé, est l’égalité de l’accès au soin.

Le rationnement en terme d’organe par exemple : on a un très fort rationnement pour certains organe, on appel cela les dotations en ressources rares. Il existe des critères en termes d’efficience et d’équité ?

Exemple : vaut il mieux greffer quelqu’un qui est malade et vieux ou quelqu’un qui est en bonne santé ?

**2. L’organisation du système de santé.**

2.1 Une vue d’ensemble

Le système de santé : l’ensemble des acteurs et institutions, qui participent à la gestion du risque santé.

De façon traditionnelle, on distingue trois grands acteurs principaux : les patients ou les assurés, les offreurs de soin (système de médecine, hôpitaux..), l’assureur (qui va prendre en charge au moins une partie des dépenses de santé avec le tiers payant).

* + 1. Les trois acteurs
1. (2)

(3)

Au niveau de chacune de ces relations peuvent surgir des problèmes

* + 1. Les problèmes de régulation
1. Les problèmes d’aléa moral

Il se pose entre un assuré et son assureur. , relation (1). Une fois le contrat signé avec un niveau de risque fixé à priori, l’assuré peut modifier par son comportement l’aléa du risque. Avant que le risque intervienne par son comportement, l’assuré peut accroître le risque en étant moins prudent. (Aléa moral « ex ante »). Aléa moral « ex post » : une fois que le risque soit survenue par son comportement l’assuré va entrainer des dépenses supplémentaires par l’assureur par rapport à ce qui était prévu par le contrat. Cela renvoi toujours à un problème d’asymétrie d’information. Il existe un second aléa ex post, qui met en jeu la relation (3) entre offreur de soin et assureur. Et aléa moral du côté de l’offre de soin : le fait que dans un pays comme la France ou assureur et offreur de soin sont séparés, c’est l’offreur qui détermine le montant des soins et l’assurance rembourse. Le fait que l’offreur de soin sait que le patient est assuré va peut être surproduire du soin du fait qu’il existe un tiers payant et que l’individu ne paie pas directement.

1. Les problèmes de sélection et d’anti sélection

Au niveau de la relation (1), un patient à faible risque peut vouloir refuser de s’assurer (anti-sélection). Cela pose un problème pour l’assureur dans le cas ou il y a asymétrie d’information entre l’assureur et ses assurés car ce qu’essaie de faire l’assureur est de fixer les prix de l’assurance en fonction des risques des individus. S’il ne connait pas suffisamment les risques individuels, et fixe ses primes en fonction des risques moyens, ceux qui ont un risque faible estimeront que pour eux ce n’est pas nécessaire de s’assurer donc les primes seront élevés car il ne restera que les personnes à risques élevés. C’est au contraire l’assureur qui peut refuser d’assurer certains individus (sélection) ou accepter de les assurer en leur imposant des primes très élevées qui de fait va exclure les individus à haut risque, ici cela suppose que l’assureur est une bonne information sur les risques individuels des individus, car il peut fixer sa prime de façon fine. La relation (2) entre offreur de soin et le patient, dans certaine configuration, peut surgir un problème de sélection : par le fait que les offreurs de soin refusent de soigner certains patients car cela dépend de la rémunération de l’offreur de soin. Si le patient n’est pas assuré l’offreur de soin peut refuser des patients pour non financement, si l’offreur de soin est payé non pas à la consultation mais par capitation (ils ne sont pas payé à l’acte, le médecin reçoit une somme en fonction du nombre de malade qu’il a et non pas par consultation mais par tête).

* 1. **La régulation de la demande**

On regarde du côté du comportement du demandeur de soin et de l’assuré.

* + 1. Les mécanismes

Les problèmes peuvent se poser : au niveau des prix, des volumes et de la qualité.

L’effet pervers possible du fait d’être assuré : cela fait que nous ne sommes pas inciter à choisir les soins les moins coûteux à qualité égale, on ne minimise pas le coût. De plus, nous allons avoir tendance à choisir des soins de meilleure qualité sans que cette qualité agisse sur notre état de santé.

* + 1. Les études empiriques

Les connaissances de ces comportements viennent d’enquête qui on été faite dans certains pays sur les comportements des assurés, par rapport aux conditions d’assurances et plus précisément on va essayer de déterminer dans quel mesure le coût pour l’assurer à un impact sur son comportement de consommation de soin ? La consommation de soin toute chose égal par ailleurs, toute caractéristiques socio démographique qui influe sur la consommation de soin égale par ailleurs. On s’aperçoit que les individus remboursé à 50% consomment moins que ceux remboursés à 100%. Le problème qui se pose : il y a une corrélation, les gens mieux assurés consomment plus. Les gens qui sont mieux assurés qui paie moins de leur poche ont tendance à consommer plus avec les phénomènes d’effets pervers. Qu’est ce qui fait que les gens moins assurés consomment moins que les mieux assurés ? Si on pense à l’anti sélection, les individus qui ont des risques moindres, prennent un système d’assurance moins favorable car cela leur coûtera moins cher.

L’expérience de la Rand corporation : Sur un échantillon de 8000 individus, suivis sur 7 ans. Chaque individu tire au sort un contrat d’assurance pour être sûre qu’il ne prenne pas une assurance par rapport à leur dépense, pour chaque plan : Taux de participation (« co-paiement ») aux dépenses (0%,25%,50% ; ou 95%). Un plafond P de dépense maximum à la charge de l’individu, au-delà de P : prise en charge à 100%. Chaque individu reçoit la somme P en début d’expérience.

Résultat de ce type d’étude :

* Un effet prix sur la médecine ambulatoire (médecine générale) : prix qui in fine reste à notre charge, selon Rand, quand taux de participation passe de 0% à 25%, la dépende baisse de 30%
* Pas d’effet sur l’hospitalisation
* Effets de revenu important : courbe en U, 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.
* Facteurs socioculturels

Effet prix : impact de la modification d’un prix sur la consommation

Effet revenu : impact d’une modification du revenu sur la consommation

Dans cette expérience ils contrôlaient aussi l’impact sur l’état de santé des individus.

* + 1. Conséquences en termes de régulation
1. Régulation des prix (contribution des patients)

Ex : Le ticket modérateur ou franchise.

Cela introduit une participation de la poche de l’individu au soin.

Cela a un effet désincitatif sur les soins ambulatoires et moins sur l’hôpital. Si l’effet est faible ou nul, le simple résultat de l’introduction du ticket ou de la franchise est de transférer une partie du financement de l’assureur par le patient. Sera changera le mode de financement de ces dépenses, transfert de dépense si l’effet désincitatif est faible ou nul.

Si leur montant est trop élevé : on va attaquer la consommation, c’est à dire que notre objectif est de réduire la surconsommation or si les montants sont trop élevés on exclu des personnes de soins, et donc problème d’équité d’accès aux soins.

Si les assurances complémentaires prennent en charge au moins le ticket modérateur ou la franchise, l’effet désincitatif risque d’être annulé mais cela se traduira par un transfert entre assureur principal et assureur complémentaire sans que ça change quelque chose pour l’assuré.

Leur différence : un ticket modérateur c’est une participation, à chaque acte ou soin. Une franchise est un montant maximum calculé au cours de l’année de dépenses de santé qui sont à la charge du patient. Ou le niveau de dépense à partir duquel on commence à nous rembourser.

Ticket modérateur : porte aussi sur les dépenses hospitalières, il est inefficace en termes d’incitation et injuste en termes d’accès au soin car pénalise les bas revenus.

La franchise : plus efficace et plus juste ? Car dépend du revenu. Si un plafond de dépense subsiste au-delà de la franchise, il faudrait fixer un plafond maximum de dépenses maximales (pouvant aussi dépendre du revenu) : au-delà du plafond cela pourrait être pris en charge intégralement.

1. Régulation directe par le rationnement de l’accès au soin.

On va directement agir sur le volume et la qualité des soins par le rationnement. Et ce type de régulation existe dans beaucoup de pays (Anglos saxon, de droit (on passe par le médecin référent « gate keeper » pour aller chez un spécialiste ou de fait).

* 1. **La régulation de l’offre**

But d’éviter la surconsommation induite par la « surproduction ». En évitant que si on limite trop les offreurs de soin en voulant éviter qu’ils ne poussent à la surconsommation, mais sans pousser trop loin les restrictions et mettre en péril la santé des individus en limitant trop l’offre de soin.

* + 1. Les enjeux de la régulation

Faire en sorte que du fait des modalités de financement des dépenses de santé, éviter que les offreurs de soin poussent à la surconsommation par rapport à l’état de santé.

* + 1. Les modes de régulations

Ils passent par plusieurs canaux : soit par des contraintes portant directement sur les quantités c'est-à-dire par le rationnement de soins. Ou par des mécanismes qui reposent plus sur des prix c'est-à-dire des mécanismes de marché qui font intervenir les prix comme mode de régulation de la demande.

1. *L’enveloppe budgétaire globale fixée*

L’assureur, acteur qui finance les dépenses de santé, suppose qu’il est un contrôle relativement important des offreurs de soin. L’assureur public (état) ou assureur privé. Le système consiste a rationner les soins, on fixe une enveloppe budgétaire à ne pas dépassée en cours d’année. En France on a beaucoup fonctionné comme cela avec des effets pervers avec des opérations reportées à l’année d’après ou le reste en trop de l’enveloppe est dépensé avant la fin de l’année pour montrer qu’on en avait bien besoin, ou on peut être tenter de renier sur la qualité pour diminuer les coûts quand on a une enveloppe ; et des aménagements.

Les offreurs sont incités à accroîtrent les dépenses de santé et leur offre de soins. A un système d’offre de soins on accorde tel montant de l’enveloppe budgétaire. Cela peut poser des problèmes.

###  b*) Contrôle direct du prix par fixation du mode de rémunération/paiement*

* Côté hôpital : l’assureur, qu’il soit public ou privé peut imposer à l’offreur de soins une tarification forfaitaire par pathologie, on commence à établir une nomenclature de pathologie, on fixe un prix à l’hôpital qui revient à la somme qu’il recevra en guise de remboursement (pour « groupes homogènes de patients ») au coût moyen => concurrence fictive par les prix. Quel que soit le coût pour l’hôpital, tous les hôpitaux recevront la même somme au titre de rémunération forfaitaire. Calculé comme étant le coût moyen de cette opération. Ce coût sert de référence, de tarif imposé à tous les hôpitaux. A certain hôpitaux cela coûte plus cher, d’autres moins. Les hôpitaux qui ont des coûts supérieurs vont y perdre. Système très incitatif. Ceux qui ont des coûts inférieurs y gagnent. Ceux qui ont des coûts supérieurs vont faire en sorte de faire des gains de productivité pour réduire le coût, soit vont se retirer de certaines activités.

Dans un système qui peut rester public, on instaure un mécanisme de marché car on introduit un système qui revient à faire de la concurrence entre les hôpitaux.

On instaure un **mécanisme de concurrence fictif par les prix**.

Pour telle type d’opération je distingue le type de patient (plus coûteux ou non). D’où l’existence du groupe homogène de patients.

Si l’hôpital a un coût inférieur au tarif proposé, il peut faire un bénéfice.

Avantage : incitation à faire des économies : si pour traitement de pathologie (x) : son coût<à coût moyen de l’ensemble des hôpitaux => fait un bénéfice

Inconvénients : risque d’une incitation de refuser « les cas lourds » au sein des « groupes homogènes de patients » = sélection.

Si l’on n’a pas de nomenclature de groupe homogène de patient suffisamment détaillé, les hôpitaux seront tentés de garder les cas les plus légers, ceux qui coûteront le moins.

* Côté médecine ambulatoire : tarification non plus à l’acte mais **« tarification par capitation** ».

En France, le médecin généraliste est rémunéré à l’acte. Le système par capitation : le médecin est rémunéré en fonction d’un portefeuille de client, i-e, chaque médecin a une clientèle qui lui est attachée, on est dans le cadre du « médecin référent ». En fonction du nombre de clients qui lui sont attachés et en fonction des caractéristiques sociodémographique, l’assureur va fixer une rémunération du médecin. D’autant plus élevée, quand le médecin a un nombre élevé de clients.

On va moduler en fonction des caractéristiques sociodémographiques : si on a plus de vieux on touchera plus. On pondère les patients par leur caractéristique sociodémographique corrélé avec leur état de santé.

Avantage : aucune incitation à multiplier les actes.

Inconvénients : risque d’une incitation de refuser les « cas lourds »= sélection.

Au sein d’une catégorie donnée, on a tendance à sélectionner et se débarrasser des cas lourds.

### *Mise en concurrence des offreurs*

* Concurrence effective : **appel d’offre**

Difficulté : difficulté de déterminer des cahiers des charges => risque sur la qualité

Difficulté 2 : nécessité d’offre excédentaire pour qu’il puisse y avoir vraiment plusieurs concurrents pour répondre à l’appel d’offre

Exemple : j’ai tel nombre de patients, selon les statistiques il va y avoir tant de cancers. Je fais un appel d’offre : combien vous m’offrez pour telle pathologie ? Des offreurs de soins vont répondre, on va sélectionner le meilleur offreur qualité-prix. Ensuite on envoi les patients dans l’hôpital avec qui ont a un contrat. Il s’agit un peu du système aux Etats-Unis. Système assez proche qui a été mis en place pendant une période au Royaume Unis, il s’agit d’un système public de santé. On a essayé de mettre en place ce système à l’intérieur du système public : système de quasi marché. On dit à tout le monde, faites moi des propositions de prix et je choisirais le meilleur qualité/prix.

C’est mis en place dans un système entièrement public, mécanisme entièrement marchand. Quels sont les avantages et inconvénients ?

On pousse les médecins libéraux à offrir le meilleur qualité/prix, bon pour la réduction des coûts mais le problème est que l’on a des exigences minimales en termes de qualité.

On a besoin d’avoir des modes de contrôle précis pour que la mise en concurrence se traduise par une baisse de la qualité.

Pour qu’il y ait véritablement appel d’offre, et donc véritablement concurrence, il faut qu’il y ait suffisamment d’offreurs. Au premier coup, il risque d’y avoir plusieurs offres, mais quand on va relancer l’appel d’offre si au moment de renouveler la concession si on a sélectionné qu’un hôpital, on risque d’éliminer de façon durable un certain nombre de concurrent. Il faut prendre plusieurs concurrents avec des modalités plus subtiles.

## 2.4 Assurance publique, assurance privée

Comment du côté des offreurs de soin, ils abordent le meilleur comportement ? Comment atteindre l’efficience en limitant les effets pervers ? Est-ce que le fait que l’assureur soit public ou privé, est ce que cela peut avoir une différence ?

### 2.4.1 Les problèmes du recours à l’assurance privée

Si dans le système de santé, il y a des assurances privées. L’assureur privé va essayer de limiter les coûts. Une fois que le risque est survenu, l’assureur privé va faire en sorte que la couverture de ce risque coûte le moins cher possible. Le problème qui peut se poser aussi : il peut ne pas vouloir assurer tous les risques en amont de cela. Les assureurs privés vont essayer d’appliquer la neutralité actuarielle : prix soit le plus proportionnel possible par rapport aux dépenses que l’on va causer. Les assurances privées peuvent refuser d’assurer ou fixer des prix tellement hauts que les personnes ne pourront plus être assurées. Inversement, les individus qui ont les risques les plus faibles peuvent refuser de s’assurer. Certains assureurs, pour éviter l’anti-sélection proposent différents types de contrats.

Un contrat où l’on est très bien remboursé mais on paye très cher, ou alors la franchise est très élevée mais le taux de remboursement est faible. Pour éviter d’être victime de l’anti-sélection, l’assureur va offrir différents types de contrat pour discriminer. Il va offrir les contrats et c’est les assurés qui choisissent les contrats. Si l’on propose ces deux types de contrat, les personne qui pensent avoir des risques important vont choisir le contrat : je paye cher mais je serais bien assuré et inversement.

L’assureur peut offrir un panel de contrat pur au final discriminé : moyen de moduler en faisant révéler aux individus les individus. Sélection soit directe soit indirecte.

Pour éviter ces effets pervers, il y a des modes de régulation publique.

### 2.4.2 Les modes de régulation publique

Si on suppose que l’assureur public ne va pas faire de sélection, mais rend le système obligatoire. (Pour des rasions d’équité et quel que soit le risque oblige l’individu à cotiser). Il y a des systèmes où l’on est obligé de cotiser imposé par un assureur public. Des modes régulation public peuvent être imposés aux acteurs qui restent privé. Pour éviter l’anti-sélection, l’employeur public peut obliger d’être assuré.

Pour éviter la sélection (de plus en plus avec les progrès de la médecine on est à même de profiler individus, de connaître leur risque santé), le régulateur public peut intervenir dans la règlementation des contrats d’assurance. Il peut interdire aux assurances de demander des renseignements aux individus, il peut interdire aux assureurs de faire des contrats différents selon certaines caractéristiques. La loi interdit de faire des contrats qui différencient les individus de façon très fine. Pas le droit d’aller au-delà. Les contrats peuvent tenir compte de caractéristique très générales : le sexe, la localisation.

On peut interdire des clauses de renégociation des contrats en fonction des informations révélées au cours du temps (découverte de la séropositivité, donc augmentation d’attraper un tas de maladie, donc fortes dépenses de santé à venir). L’assureur n’a pas le droit de modifier le contrat lors d’une nouvelle information. On peut limiter la pratique de « **l’expérience rating** » (fixation d’un taux ou d’une prime en fonction de l’expérience du malade). Cela renvoi à l’aléa moral, on estime que si on a un risque supérieur d’accident on suppose que l’on est moins prudent. Dans ce cas là, cela peut avoir un sens d’intégrer un bonus/malus.

Pour lutter cette dimension « aléa moral » cela peut amener à sectionner ex-post pour que l’individu soit plus prudent. Au niveau de la survenance du risque cela peut amener à la notion d’imprudence.

Au lieu de l’expérience rating, l’assureur peut faire une « community rating », i-e, on peut fixer des tarifs en fonction de groupe sociodémographique. En fonction des caractéristiques en fonction de la « communauté ».

Malgré la règlementation, les assureurs privés essayeront toujours de contourner la règlementation pour essayer de sélectionner.

Dans la modulation de leur contrat, certaines compagnies d’assurance proposent des bons remboursements pour des frais médicaux car elles ciblent un certain nombre de personnes : les cadres. Ils essayent d’attirer des personnes qui, à priori, on des états de santé meilleur. Modalité des techniques au sein d’une régulation donnée.

Au-delà de la règlementation des contrats, le régulateur public, face aux assureurs publics, l’Etat (notamment en Suisse et Pays-Bas), peut déconnecter les primes d’assurance de la fonction d’assurance et de remboursement. L’Etat ne laisse pas les assureurs privés à assurer librement. Les individus s’affilient à des assureurs privés, l’Etat fixe les primes d’assurance (car prélève les cotisations), et reverse aux assureurs privés une somme en fonction de leur portefeuille de clients. L’assureur privé n’est plus en contact direct avec l’assuré, il y a dépossession. Il n’y a plus de liberté des contrats.

**3. L’organisation des systèmes de santé : quelques exemples**

On peut faire une distinction entre trois types de systèmes, des systèmes de type bismarckien, Beveridgien et d’assurance privée.

Le système Beveridgien est un système de santé publique universelle financé par l’impôt. La rémunération des médecins se fait généralement par capitation c'est-à-dire en fonction de leur clientèle et non par rapport au nombre d’acte.

Le système de type Bismarckien : l’assurance sociale, financement par les cotisations sociales (en tant que salarié). L’offre de soin peut ici être publique ou privée.

Le système d’assurance privé : assurance facultative auprès d’offreur de soin privé.

Dans la réalité les systèmes de santé nationaux de santé mêlent ces trois modes d’organisation pures. Les systèmes sont tous pratiquement hybride même si certains ont des modes plus ou moins dominant.

La logique à dominance Beveridgienne : concerne les pays Anglos saxons et les pays scandinaves, d’Europe du sud (Italie, Espagne)

La logique à dominance Bismarkienne : concerne les pays d’Europe continentale comme la France, l’Allemagne et les pays bas.

Là ou les assurances jouent un rôle important : aux USA.

Au total, les niveaux de dépenses sont relativement différents même sur des pays comparables. Le champion en dépense son les USA avec 15,3 % du PIB avec une grande part de dépenses privée. La France elle dépense 11, 1 % de son PIB dans les dépenses de santé avec beaucoup plus de dépenses publiques (environ 9% contre 2% de dépenses privée).

On constate au sein de l’OCDE, depuis les années 2006 que le taux de croissance en moyenne dans tous les pays des dépenses de santé est en baisse.

**3.1 Le cas de la France**

3.1.1 Un système hybride

Un système à dominance bismarckienne. Le model Laroch de 1945 (création de la sécurité sociale) était plutôt le model recherché était un model Beveridgien. Mais le model s’est développer plutôt sur l’existence donc à tendance Bismarckienne.

Ce système va s’organiser autour de 3 étages, avec celui de la sécurité sociale de base. Au deuxième étage ce sont les assurances complémentaires qui sont généralement des mutuelles, elles aussi sur des bases professionnelles. Et au troisième étage est celui des assurances privées qui occupent en France une place très réduite.

En France les assurances complémentaires viennent compléter les remboursements de la sécurité sociale pour les mêmes soins.

Une assurance supplémentaire est quand on a une assurance de base qui rembourse certains soins mais pas d’autre et donc ces assurances à titre supplémentaires viennent rembourser des soins supplémentaires.

Une logique alternative : dans certains pays l’assurance sociale peut être réservée à certains assurés et pour les autres ils doivent recourir à d’autres types d’assurance comme mode alternative de couverture (pas en France).

C’est un système hybride ou les approches se rapprochent de la logique Beveridgienne :

* Au niveau des modes de financement : place croissante de l’impôt
* Avec la couverture maladie universelle instaurée en 1999, pour les gens mal couverts ou pas par des mutuelles, s’instaure un droit d’accès universel.
* L’état joue un rôle croissant dans la gestion du système. Dans le model Bismarckien le système est plutôt géré par les partenaires sociaux, en France la place de l’état est croissante surtout à partir de l’instauration des lois de financement de la sécurité sociale de 1996. La dépense de santé au sein de cette loi est fixée par le parlement, un objectif national des dépenses d’assurance maladie est fixé chaque année. Or chaque année il y a un dépassement mais en même temps cela instaure une volonté de l’état de contrôle de la dépense de l’assurance maladie.

Comment sont financées les dépenses principales de santé (soin et besoin médicaux) ?

La sécurité sociale de base, couvre plus des ¾ des dépenses. L’état et les collectivités locales à travers la CMU représentent 1,5%, les mutuelles 7,4%, les assurances privée 3%, ce qui reste à la charge des ménages est égal à un peu moins de 9% cette part n’a pas eu tendance à croître au cours de ces 10 dernières années. Ce qui est pris massivement en charge par la sécurité sociale de base sont les soins hospitaliers (91,1%), puis les soins ambulatoires (65,5%), et pour les biens médicaux (62,2%).

3.1.2 La difficile régulation

Au cours de 50 dernières années, on a des dépenses de santé qui ont augmentées beaucoup plus vite que le PIB. Donc les part des dépenses de santé dans le PIB a cru. L’augmentation des dépenses de : part du PIB des dépenses x3 entre 1960 et 2005 (de 3,5% à 11%).

Face à cette augmentation des dépenses on a assisté à des tentatives de réformes, entre 1976 et 2004 (+2007) on a eu 24 plans ou réformes depuis le premier plan Barre de 1976.

Jusque dans les années 1980, le mode de régulation que l’on a tenté d’instaurer était un mode de régulation des tarifs des médecins libéraux et des spécialistes pour que l’assurance maladie n’est pas trop à rembourser. A partir de 1984, on ajoute un autre mode de régulation avec un mécanisme d’enveloppe budgétaire, notamment pour les hôpitaux et clinique. A partir des années 2000 on régule plus à partir de la demande de soin : la mise à contribution des assurés devient plus importante et aussi pour les mutuelles, on note un désengagement de la sécurité sociale.

**La réforme de 2004 (et plan hôpital 2007**) :

* Elle va agir du côté de l’offre et de la demande. Pour l’offre : au lieu des enveloppes fixées on va vers une tarification par pathologie. En revanche, on ne franchi pas le pas pour la médecine de ville, on n’instaure pas la rémunération par capitation.
* Côté de la demande : on instaure le système du médecin référant, la baisse des remboursements des médicaments, le ticket modérateur de 1 euro par consultation, 18 euros pour dépenses, 91 ou plus à l’hôpital. On bascule les dépenses vers les mutuelles.

**Réforme annoncée fin 2007 :**

- Du côté de la demande, les franchises sont instaurées de 0,50 euros par boîte de médicaments.

- Un plafond de franchise : 50 euros par an et par assuré social (s’ajoutent aux forfait de 1 euros plafonnés aussi à 50 euros)

- Exonération dans le cas des enfants, femmes enceintes et bénéficiaires de la CMU.

**3.2 D’autres exemples nationaux**

3.2.1 Les Etats-Unis

- Une place importante des assurances privées : Aux USA, les assurances privées jouent un rôle important, beaucoup de gens ont recours aux assurances privées mais cela ne veut pas dire que le public ne joue aucun rôle : Ce système couvre deux type de population (84% des américains sont couvert : 67,7% par des assurances privées, et 27,3% par des assurances publiques). Les plus de 65 ans et les invalides avec le système « Medicare » sont couverts (couvre environ 15% de la population), et les pauvres avec le système de « Medicaid » (couvre environ 13% de la population). Pour avoir accès à Medicaid il ne faut pas avoir atteins un certains seuil relativement bas, et le système est géré par état. Les hôpitaux aux états unis, 1/3 sont publics et 56% sont privés mais sans but lucratif et donc la proportion d’hôpitaux privé à but lucratif et aux alentours des 11%. Il y a 15,9% des personnes qui ne sont pas assurés, mais les hôpitaux ne leur refuse pas les soins, ils sont donc souvent endettés. Les assurances privées jouent un rôle important car 2/3 de la population n’est couvert que par le privé. Ces assurances privées, on y est souvent affiliées via notre employeur, l’employeur souscrit auprès d’une compagnie privée un plan de santé qui est négocié pour l’ensemble de ses salariés. Les coûts pour les entreprises à donc augmenté depuis ces 10 dernières années, mouvement lié à la conjoncture. Au cours des années 1990, la conjoncture était favorable avec un chômage bas les entreprises faisaient face à la pénurie de main d’œuvre donc la générosité des plan de santé ont eu tendance à croître. Aujourd’hui l’offre de plan de santé des entreprises diminue. Quand on passe par l’entreprise, il y a une tarification globale en fonction de la structure des entreprises et non par rapport aux risques des individus, en revanche quand on souscrit à une assurance privée on regarde le risque de l’individu.

La population non assurée concerne souvent des personnes qui n’ont pas l’âge ou qui sont au dessus du seuil, ou des personne qui refusent de s’assurer car elles sont jeunes et en bonne santé et si elles ne bénéficient pas de plan d’entreprise de santé cela leur coûteraient trop cher de passer par une assurance privée.

* Le « managed care » : la gestion des soins.

*Les assurances traditionnelles* à eu tendance à décliner dans les années 1980, et en 2000 cela représentait moins de 5% des assurés. Ce système a perdu à cause du système des HMO

*Healt Maintenance Organizations* : mis en place pour réguler l’offre de soin de la part des assureurs. Cela consiste à fusionner l’assureur er l’offreur de soin. L’assureur prend le contrôle des offreurs de soin. C’est une compagnie qui nous assure et offre les soins (elle a son propre réseau de médecin, d’hôpitaux..). Système contraignant qui revient de fait à fusionner l’assureur et l’offreur de soin. Les médecins sont tarifés par capitation et les hôpitaux par pathologie. La compagnie contracte avec un réseau d’hôpitaux et de médecins avec pour obligation d’aller dans ce réseau d’HMO. C’est un système contraignant, il a été efficace pendant un temps mais un système s’est développer ces dernières années pour occuper 60%.

Développements des *Prefered Provider Organizations* : rembourse avec des tarifs préférentiels si on va chez des offreurs de soins qui ont un contrat avec eux. Les compagnies d’assurance lance des appels d’offre et pour les différents type de pathologie elle signe un contrat et elle encourage pour tel type de pathologie à aller dans cet hôpital.

* Les limites du système :

Le HMO et PPO ont eu des impacts positifs sur la politique de prévention. Cela c’est traduit par une baisse des primes d’assurances dans le cadre de ces systèmes, on a donc assisté à un ralentissement des dépenses. En revanche, il y a eu beaucoup de critiques sur la qualité des soins et sur les pratiques de sélection (les médecins des compagnies d’assurance autorisent ou non l’accès et le financement à certains soins. Mais aussi par une pratique de sélection des soins que l’assurance décide de remboursement ou non). La part de dépenses de santé dans le PIB = 15% pour des performances médiocres (27e rang mondial pour mortalité infantile).

Les évolutions les plus récentes sont d’encourager les plans d’épargne santé individuelle à franchise relativement élevée.

B.Obama : Tous les enfants soient couverts, que tout le monde s’assure en recourant à une assurance publique ou privée en allant dans le sens d’accorder des crédits d’impôts pour financer ses assurances en fonction du revenu, pour que tout le monde s’affilie à un système d’assurance. Il est prévu d’instaurer des crédits d’impôt pour les petites entreprises pour les inciter et les aider à offrir des plans d’assurance santé aux salariés.

3.2.2 Le Royaume Uni

En 1948 : s’instaure le National **Health System** :

Système à dominance beveridgienne, pratiquement toute l’offre de soin est publique et pratiquement gratuite, ce système est financé par l’impôt et donne le droit d’accès est lié à la citoyenneté. Toute l’offre hospitalière est publique, on a une médecine généraliste dont la rémunération se fait par capitation.

Avec le gouvernement Tatcher : Va introduire une mise en concurrence des offres de soins par appel d’offre. Tous les acteurs qui interviennent sont des acteurs publics, mais on introduit des mécanismes de concurrence avec des agences étatiques au niveau régionale qui se transforme en acheteur de soin, et en face les hôpitaux et les médecins généralistes qui eux vont offrir des soins à cette autorité.

Création de «  General Practitionner Fundholders » : regroupement de médecins qui proposent de prendre en charge un portefeuille de patient pour un prix donné (pour une clientèle de plus de 7 000 patients). Et ces médecins négocient directement avec les hôpitaux le prix des soins pour les patients qu’ils ont en charge.

Résultat de ce type de régulation : il y a une mise en concurrence pour offrir les meilleures prestations au meilleurs prix.

A partir de la fin des années 1990 : on a un retour en arrière, il y a des limites à ce système : sur la qualité des soins (de part les coûts) et la sélection des assurés. Le problème est aussi que l’état britannique mettait très peu d’argent dans le système, donc si la dotation des hôpitaux est faible on instaure de la concurrence dans des systèmes sous doté ce qui entraînait des listes d’attente très importante. La faible part des dépenses de santé dans le PIB au Royaume Uni s’explique par le fait que l’état ne donne pas d’argent.

3.2.3 Les Pays Bas

Un système à dominance Bismarckienne : logique d’assurance sociale. A la fin des années 1980, il y a eu une réforme importante qui au sein de ce système à instauré un système à plusieurs étages. Pour tous les assurés sociaux il y a une assurance obligatoire qui est restreinte aux risques catastrophiques que les assurances ne veulent pas assurer. C’est une logique de panier de soin, l’assurance publique joue pour un panier de soin.

Deux autres étages dépendent du revenu des ménages : pour ceux dont le revenu du ménage de 30 000€ annuel en plus de l’assurance obligatoire ils ont une assurance complémentaire obligatoire pour les soins non pris en charge dans le panier, auprès de caisse mutuelle sans but lucratif. Cette assurance complémentaire ne vient pas seulement compléter l’assurance obligatoire, mais c’est une assurance qui couvre des soins non couverts par la première assurance, elle est de type « supplémentaire ».

Pour ceux dont le revenu du ménage est supérieur à 30 000€ : ils peuvent prendre une assurance complémentaire mais ils ne sont pas obligés, ils peuvent s’assurer auprès d’assureur privés (mais règles pour éviter la sélection). Pour éviter la sélection, les règles portent sur le type de contrat que l’on peut faire, seul l’âge et le sexe peuvent être demandé et non le dossier maladie etc.

Au total les pays bas ont des performances bonnes à un coût inférieur à la France, puisqu’en 2006, la part des dépenses de santé aux pays bas dans le PIB est de 9,6%.

Pour l’assurance obligatoire : c’est l’état qui prélève des cotisations sociales, mais les individus sont rattachés à des assureurs privés. C’est l’état qui fixe les primes et cotisations en fonction des salaires et qui reversent aux assureurs privés les primes en fonction de leur portefeuille d’assuré dont il dispose. On ne laisse pas les assureurs privés directement négocier avec les individus. Les assureurs privés eux ont leur demande de négocier avec des hôpitaux, des filières de soin les meilleurs tarifs pour leur clientèle. On fait jouer de la concurrence en passant par les assureurs privés.

3.2.4 La Suisse

Des assureurs privés interviennent avec une forte mobilisation étatique, l’état fixe les primes et cotisation, ils les prélèvent en fonction des salaires et non des risques des individus (entraîne une péréquation). Les assurés ont le choix différent types de contrats :

Une franchise (montant F) et un Co-paiement (l’assuré va payer un pourcentage de sa poche), et un plafond (montant P= environ 4 000€).

Liberté de choix dans le type de contrat et le montant F de la franchise.

Une étude à été faite en 2007, sur le canton de Vaux et sur lés dépenses annuelles de santé selon le type de contrat. Ici les contrats varient selon la franchise en franc suisse. Par exemple : la franchise minimale est de 230€ et la maximale de 1500€. Selon que l’on choisi tel ou tel contrat les primes d’assurances que l’on paie sont proportionnel. Plus la franchise est élevé moins les personnes dépenses et inversement, cela renvoi à l’aléa c'est-à-dire qu’un fois qu’on est assuré on va dépenser plus et inversement, mais cela est aussi lié à l’auto sélection c'est-à-dire que les gens en moins bonnes santé qui vont prendre le premier type de contrat qui remboursent mieux, et quand on est en meilleure santé on choisira le type de contrat qui rembourse moins bien.

**Les retraites**

**Introduction :**

Dans un pays comme la France les retraites sont considérées comme un dossier explosif, 1980 marquent les premières préoccupations à ce sujet. Et en même temps c’est un problème dont les données sont cernable car la données fondamentale est la données démographique qui est relativement prévisible, ce problème pourrait être géré dans le temps. La France à une démographie très dynamique, mais ce problème se pose de façon cruciale dans les pays capitalistes, en émergents, et en voies de développement. Par exemple la chine à une situation démographique catastrophiques avec la politique de l’enfant unique et cela va influer le monde entier. En Europe, l’Italie, certains pays de l’est ou la natalité c’est complètement effondrée.

1. **Quel système de retraite ? Répartition Versus le système de capitalisation**
	1. Deux systèmes (plus un)
		1. La répartition

En France nous sommes dans un système de répartition, cette logique repose sur un principe : les actifs cotisent pour les retraités d’aujourd’hui. On cotise pour nos droits de demain. On cotise pour acquérir des droits futurs. On a une solidarité inter générationnelle, au sens ou la génération d’actif d’aujourd’hui paient pour les retraités d’aujourd’hui et acquiert des droits pour eux même.

Régime assuranciel : Le risque ici, est d’être sans ressource une fois que l’on a arrêté de travailler. Le risque est proportionnel à la durée d’absence de ressource d’activité, le risque est d’autant plus important que l’espérance de vie est importante. On est dans une logique contributive, les droits à indemnisation sont proportionnels à notre contribution.

Notre contribution sera définie en fonction : des annuités (de nos cotisations), et d’un taux de remplacement prédéfinit. Notre droit sera définie proportionnel aux salaires, aux annuités versées, et il sera définit par un taux de remplacement qui est X % de notre salaire.

Des droits sont définis en fonction de points cumulés. Cette valeur du point dépendra de l’équilibre démographique du système.

Dans ce système il y a aussi des pensions de reversion (logique bismarckienne des droits dérivés). Pour certains systèmes de répartition, et notamment lors de la mort du conjoint la conjointe à droit à une partie de la retraite. C’est le ménage qui s’assure et pas seulement l’individu.

* + 1. La capitalisation

Principe de base : les actifs d’aujourd’hui cotisent pour les retraités de demain (pour eux même). On cumule un capital que l’on retrouvera lors de notre départ en retraite. Notre retraite dépendra de la valeur de notre capital cumulé.

Cette accumulation de capital se fait dans un cadre collectif mais non transmissible, à travers des fonds de pensions, des organismes collectifs dédiés à la retraite avec des règles de gestion spécifiques (règle prudentielle). Et il y a une différence fondamentale avec l’épargne privée car ce capital n’est pas transmissible. Ce que l’on accumule dans un fond de pension on l’utilise pour notre retraite et non pour autre chose (acheter une maison par exemple).

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 indexée 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 ont 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 à cotiser et plus on devrait toucher dans une exacte proportion et on calcul 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.
* Chaque génération doit avoir la même durée moyenne de retraite, ici on repousse l’âge de la retraite avec l’augmentation de l’espérance de vie.
* Symétriquement, tout critère désavantage une catégorie pour une autre.

**II] 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 privé.

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.

**2.1 Une vue d’ensemble**

2.1.1 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 ne 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 systèmes mixtes Beveridge-Bismarck

Il y avait un régime de base qui était beveridgienne (= prestation universelle forfaitaire. L’Etat 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.

A coté de ce pilier, il ya un régime de répartition bismarckien, s’ajoute 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).

*2.1.2*

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 acquiert 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.

**2.2. Réformes des systèmes par répartition**

2.2.1 Les déterminants de l’équilibre financier

On est dans un système par répartition, on a des cotisations qui rentre 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 construis 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. Coté 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 retraité (= 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.)

2.2.2 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 a prestation « indéfinies ». Cela signifie qu’on verse des cotisations, et 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 connait 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).

La minimum vieillesse est une prestation assistancielle, avec un seuil de revenu annuel 638e par moi pour une personne seule et 1127€ pour un couple en 2008

1. La crise à venir : le difficile diagnostic

Pour diagnostiquer la crise à venir, il faut construire des scénarios a partir d’hypothèse fondamentale, en faisant intervenir des variables qui impacteront sur les dépenses et les recettes du système.

* Le taux de fécondité
* Le taux de mortalité (et d’espérance de vie)
* Le solde migratoire
* Le taux d’activité

Ces hypothèses sont donc sociodémographiques. On attribut des scénarios avec ces différentes variables. Le scenario de base est construit avec les hypothèses les plus vraisemblables au moment de la construction du scénario. Ainsi, on peut devinez quel sera l’impact sur les dépenses à règles inchangées. A partir de ce scénario de base, on fait des variantes = on change la valeur des variable et on regarde l’impact engendré.

Rapport du Conseil d’Orientation des Retraites (COR). Ce conseil regroupe les partenaires sociaux, les experts et les administrations. Il essaie de faire des études sur la retraite et de dégagé un diagnostic partagé.  Le COR a fait un scénario de base (ou central) relativement pessimiste, en 2001

2007 : Nouvelles prévisions de l’INSEE qui sont moins pessimiste que le rapport du COR. Le taux de fécondité ont été revenus à la hausse. L’espérance de vie a été revue à la baisse, et le solde migratoire a été revu à la hausse, et taux d’activité a été revu à la hausse.

Après avoir fait des hypothèses, on en déduit des prévisions pour les retraites.

Avec la révision de 2007, quels sont les résultats de cette révision, par rapport au scenario de base, qui avait été fait au début des années 2000 ? La population active augmente de 2 millions à horizon de 2050, au lieu d’une diminution de 2 millions comme il avait été prévu dans le scénario de 2001.

Par ailleurs, le besoin de financement atteint -1,5% du PIB, avec le scénario de base, au lieu de -4,3% prévu dans le scénario initial.

Le ratio de dépensent démographique correspond aux personnes d’âge actif (de 16 à 60 ans) / les plus de 60 ans. On arrive à un ratio de 1,4, au lieu de 1,1 dans les projections initiale.

Si on prend le ratio de dépensent d’économique (nombre de cotisant / nombre de retraités) => 1,2 en 2050, contre 0,9 prévu dans le scénario de base de 2001. On prévoyait qu’en 2050, il y aurait plus de retraités que de cotisant (puisqu’on a un chiffre inférieur a 1).

Les scénarios de base dépendent énormément des hypothèses faites, y compris si on prend les hypothèses les plus vraisemblables à un moment donné. Ces hypothèses peuvent, en effet, être révisée dans un lapse de tps relativement court.

1. Les réformes mises en œuvre à partir de 1993

Réforme du Régime Général :

1. Une première réforme apparait en 1993. On allonge les annuités. C’est à dire qu’on allonge la durée minimale de cotisation pour avoir le droit au taux plein de retraite. Elle était de 37 ,5 ans, et passe de 40 ans en 1993.
2. Le salaire annuel moyen est calculé sur les 25 meilleures années, et non plus sur les 10 meilleures années.
3. Ce salaire de référence et la pension seront indexés sur les prix et non plus sur les s alaires. Ainsi, la pension progressera selon l’indice des prix et non plus selon la progression des salaires moyens de l’économie.

***Conséquences***: Selon certaines estimations, toutes choses égales par ailleurs, cela devrait entrainer une baisse du niveau des retraite de ¼ pour la génération qui est née en 1990.

Il y a des réformes des régimes complémentaire (1994, 1996, et 2003). Elles sont également allé dans le sens d’une moindre générosité.

*La réformé de 2003 :*

1. L’alignement du public sur le privé. Ainsi, les salarié du public qui sont resté a 37,5 ans ont basculé dans le système commun (40 ans de cotisations).
2. Pour tout le monde, il est prévu un allongement progressif de la durée des cotisations, pour atteindre 41 ans en 2012.

Au-delà de 2012, le principe 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. La règle est qu’on aura 1/3 pour la durée de retraite et 2/3 pour la durée d’activité. Donc 1 an d’allongement d’espérance de vie, engendre 2/3 d’année de plus en terme d’activité. Cela permet de maintenir constant le rapport entre la durée de la retraite et l adurée d’activité. Ce principe général étant adopté. Régulièrement il faut ajuster le système de retraite en ajustant la durée de cotisation.

1. Instauration de surcote et décote : Pour ceux qui ont atteint leur nombre d’annuités, on veut les inciter à aller au-delà (à rester le plus longtemps possible actif). Pour chaque année cotisée en plus de leur nombre d’annuités ils auront une retraite plus élevée de 3%. Mais si un individu part avant l’atteinte du nombre d’annuités nécessaire, le calcul de la retraite se fera en prenant en considération une décote de 5% par an (1,25% par trimestre).
2. Pour les personnes qui était entrées tôt sur le marché du travail, elles étaient autorisées, de façon transitoire (on a de moins en moins de gens qui commencent à cotiser à 14 ans), à partir à la retraite avant 60 ans. Ce qu’il faut comprendre c’est qu’on a un système avec une double contrainte = Age légal de départ à la retraite, mais il faut aussi atteindre le nombre d’annuité pour avoir le droit à une retraite à taux plein. Mais pour les gens qui sont rentrés très tôt sur le marché du travail peuvent quitter le marché du travail plus tôt.

Le déficit actuel s’explique ne partie par ces préretraites.

1. Rachat de cotisations et point de possible. On peut se racheter des annuités, si on n’a pas assez travaillé.
2. Pour les salariés payés au smic à plein temps et qui ont toutes leur annuités, la réforme prévoit que ces personnes devraient avoir une pension (y compris complétive à égale à 86% du smic.

Selon certaines estimations => baisse du niveau des retraite de 7% en moyenne (pour la génération 1965-1970)

Concernant les réformes en cours

* Procédure d’ajustement des régimes spéciaux.
* En 2012 il faudra avoir 41 ans de cotisation.
1. Quel bilan en termes d’équité ?

Quels étaient les problèmes d’équités avant la réforme.

* La durée de cotisation était différente pour le public et pour le privé. Qu’est-ce qui peut justifier cela ? La pénibilité du travail est-elle plus importante dans le secteur public.
* Non prise en compte des différences d’espérance de vie et âge légal à 60 ans pour avoir droit à un taux plein. Les moins qualifiés entrés jeunes sur le marché du travail sont pénalisés.

**Après les réformes** :

* On aligne le public sur le privé.
* On allonge les durées de cotisations. Cela pénalise les jeunes générations qui rentrent plus tard sur le marché du travail (mais est-ce inéquitable ?). Cela peut également pénaliser les femmes qui font plus d’interruption de carrière.
* Instauration des surcotes et décotes. Va dans le sens de l’équité « actuarielle ».
* L’indexation des retraites sur les prix plutôt que sur le taux de croissance du salaire annuel moyen => Les retraités ne profiteront plus des gains de croissance et de productivité de l’économie. (c’est moins avantageux parce que les salaires annuels moyens augmentent plus vite que les prix).

C’était une réforme paramétrique parce qu’on a maintenu le système de répartition dans sa grande logique. On a simplement changé certain cursus. On a modifié le nombre d’annuité, l’indexation etc. Donc on a joué sur certains paramètres, mais on n’a pas changé la logique du système.

2.2.3 Une réforme structurelle : L’exemple de la Suède

Qu’est-ce qui caractérise la réforme ? C’est un système qui reposait sur un pilier de base, qui était le pilier beveridgien (financer par l’impôt et tout le monde recevait une somme forfaitaire) et un pilier qui complétait bismarckien (cotisation assise sur les salaires et on recevait des prestations en fonction des cotisations).

On remplace le système de répartition par deux piliers publics par répartition par capitalisation.

Coté répartition : Au sein du système du pilier par répartition, on se rapproche d’une logique par capitalisation. (Thomas Piquetti et Antoine Bosio). Cela reste de la répartition !! Cela signifie qu’à chaque moment du tps, ce sont les cotisants d’aujourd’hui qui cotisent pour les retraités d’aujourd’hui. En revanche, chaque individu a un compte, « le compte notionnels ». L’individu cotise dans un compte théorique et il accumule des points. Quand il arrive à l’âge où il désir prendre sa retraite, chaque génération qui part à la retraite, on calcul son espérance de vie, et c’est en calculant l’espérance de vie de la génération actuelle quand il part à le retraite, qu’on détermine la valeur du point ! On ajuste le niveau de retraite estimé en fonction de son espérance de vie (par rapport à la génération). A chaque moment donné du temps, le système recalcule les droits, donc l’individu choisit de partir à la retraite ou d’attendre encore une année ou deux.

Les périodes d’inactivités sont validées.

Les taux de cotisations sont constants d’une génération à l’autre. Les nouvelles générations ne verront pas leur taux de cotisations augmenté à cause des vieux actuels. Le montant de la retraite est calculé en fonction du nombre de cotisant et de l’espérance de vie de la génération au moment où on veut partir à la retraite. On se refuse de jouer sur le taux de cotisation. Ils ne veulent pas que les jeunes supportent les coûts de l’allongement de l’espérance de vie des vieux.

En termes d’équité, de quel type d’équité on se rapproche. D’un coté on se rapproche d’une équité actuarielle (il y aune plus forte proportionnalité entre ce à quoi on a le droit pendant la retraite et le montant de ce qu’on a cotisé). La somme total qu’on touchera pendant la retraite est plus proportionnel à la somme totale de ce qu’on a cotisé, parce qu’on tient compte de l’espérance de vie.

Mais, cette espérance de vie n’est pas calculée au niveau individuel. Elle est calculée au niveau de la génération, et notamment elle n’est pas calculée au niveau de la catégorie sociodémographique. (pareil pour les hommes et les femmes). On ne descend pas dans le détail du calcul de l’espérance de vie, parce qu’on veut maintenir un certain niveau d’équité horizontale. On en veut pas pénaliser les gens qu ont une espérance de vie plus longue.

Ce qui diminue l’équité actuarielle, est le fait qu’on prend en compte les périodes d’activité.

Dans ce système le taux de remplacement est plus important pour les hauts revenus que pour les bas revenus.

**2.3 Quelle place pour la capitalisation ?**

*2.3.1 La difficulté des systèmes de capitalisation d’entreprise* (ex UK)

Les systèmes sont toujours hybride, ils ne sont jamais purement des systèmes par capitalisation.

1. Défauts du système

Quels sont les problèmes de ce type de système ? Les petites et moyennes entreprises négocient avec les fonds de pension un plan de retraite.

Les entreprises avaient leur propre plan de pension en interne. Cette argent est suppose être mis sur un compte et donner un certain droit à la retraite. Les méchants dirigeants peuvent carotter les salariés !! (Enron et Maxwell) Les plans de retraite entreprise, les gens se retrouvent avec des plans de pension a payé énormément de retraite, avec beaucoup moins de cotisants dans le plan de pension, ce qui pose problème. (j’ai merdé en prenant le cours)

Le problème qui se pose est que quand on change d’entreprise, souvent, notamment si l’entreprise n’est pas dans le même secteur, il faut clôturer le compte de l’ancienne entreprise et ouvrir dans la nouvelle entreprise. Dans le système traditionnel, pour pouvoir toucher la retraite du premier fonds d’entreprise, il fallait avoir cotisé un minimum un certain nombre d’année, sinon on avait le droit à rien.

**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 chômage / protection de l’emploi / politiques de l’emploi

Réglementation de protection de l’emploi (RPE) :

* Joue sur la dimension « vulnérabilité » c'est-à-dire la probabilité de perdre son emploi plus faible dans les pays ou la RPE est plus forte.
* Joue sur dimension « employabilité » : plus de réticence à embaucher si la RPE est plus forte.

Politique active de l’emploi (voir EPI)

* + 1. Les questions d’équité

Les cotisations sont non proportionnelles à la vulnérabilité ni à l’employabilité.

Le système va-t-il dans le sens de l’équité actuarielle ?

On s’y rapproche quand on tient compte de notre risque individuel pour fixer notre cotisation. Plus le risque individuel est important plus on nous demande de cotiser.

Généralement les systèmes d’assurance chômage ne vont pas dans ce sens, on ne tient pas compte du risque pour fixer notre cotisation, on tient compte que de notre salaire. On ne nous impose pas une cotisation plus élevée parce que notre risque de tomber au chômage est plus élevé CF. Vulnérabilité, ni en fonction de notre employabilité.

**Equité horizontale** : A revenu donné on ne tient pas compte du risque. Deux personnes qui ont un même niveau de revenu, paieront le même montant de cotisation. Deux personnes qui ont des risque chômage différent mais qui ont le même salaire paieront les mêmes cotisations. Les personnes qui ont des risque faibles sur cotisent et les personnes à risque élevé sous cotisent. Certains subventionnent les autres.

**Equité verticale** : on compare les individus selon leur niveau de revenu, le système d’indemnisation du chômage se traduit il d’une redistribution des pauvres vers les riches et inversement ?

Cela dépend des caractéristiques du système d’assurance chômage : si proportionnalité des indemnisations du chômage au salaire (système Bismarckien) en montant les riches vont payer plus que les pauvres mais comme leur probabilité de tomber au chômage est plus faible cela reviens à dire que les plus riches sont ceux qui ont les risques les plus faibles. Les plus riches paient pour les plus pauvre car les risques sont inégalement répartis (pauvres ont plus de risque).

Cela est contre carré par le fait que une fois au chômage notre indemnisation dépend de notre salaire préalable, donc si on a un salaire élevé on a une indemnisation du chômage élevé et inversement.

Dans les systèmes Beveridgien : on ne paie pas directement des cotisations, mais on paie un système financé par l’impôt qui est progressif, donc en proportion de leur salaire les riches paient plus que les pauvres. C’est encore plus redistributif. L’indemnisation du chômage ne dépend pas du salaire préalable, c’est la même somme pour tout le monde qui est modulé en fonction de la taille du ménage.

**Conditions pour accéder à l’allocation du chômage** : on a des conditions de durée de cotisation pour accéder à l’allocation (effet anti redistributif) ce qui pénalise ceux qui sont en bas de la hiérarchie des salaires.

La redistributivité dépend des paramètres su système !

* + 1. Une assurance privée est elle possible ?

Les problèmes en termes d’efficacité si on voulait faire une assurance privé pour le chômage :

* Quand les **risques sont corrélés** cela peut poser problème, à certaine période les risque augmentent pour tous les individus et inversement. Pour le risque chômage, il augmente selon les périodes, pour le risque santé cela dépend des épidémies, pour le chômage les risques sont corrélés du fait de la conjoncture (conjoncture se dégrade = vulnérabilité baisse et employabilité augmente).

L’assureur public peut lui plus facilement lisser, et anticiper ces problèmes.

* **Les problèmes d’aléa moral** : le fait d’être indemnisé peut inciter certaines personnes à rester au chômage, c’est un problème pour tout type d’assureur. Mais un assureur public a des moyens de contrôle que n’a pas forcément un assureur privé.
* **Le problème d’anti sélection** : sélection quand l’assureur sélectionne ses assurés, si les assurés s’auto sélectionnent ceux qui ont des risques faibles peuvent ne pas vouloir s’assurer donc les assureurs se retrouvent avec que des risque forts et ne peuvent compenser cela qu’avec des cotisations. L’assureur public lui peut obliger tout le monde à s’assurer.
* Problème de **la complémentarité avec la RPE et politique active de l’emploi**, il y a forte complémentarité il est plus facile à l’assureur public de le gérer car c’est lui qui les met en œuvre.

Des considérations en termes d’équité :

* Principe de neutralité actuarielle, le fait de poursuivre la neutralité cela va à l’encontre de l’équité horizontale et verticale.
	1. **L’assurance du côté des employeurs**

Le risque implique des comportements de deux partis : le salarié et l’employeur car l’employeur est celui qui réalise le risque, c’est celui qui licencie. Pour la santé le médecin peut nous prescrire plus de soins car il s’est qu’on est assuré.

1.2.1 Aléa moral côté employeur

**Aléa Moral sur la dimension de la vulnérabilité** : Par le comportement des employeurs et du fait que ses salariés sont assurés cela peut accroître le risque des employés, leur vulnérabilité. Quand dans un monde ou les salariés sont indemnisés l’employeur à moins de réticence à licencier. L’existence de l’assurance modifie les comportements qui accroît le risque.

La France en 1950, les employeurs étaient eux même favorable à l’allocation chômage avec la création de l’UNEDIC, les employeurs y trouvaient leur compte. A partir de 1950 on met en place la communauté européenne la concurrence s’accroît, il va y avoir plus de réallocation de travail dans l’économie et pour favoriser les réallocations c’est plus facile à faire quand il existe une indemnisation chômage.

**Aléa Moral sur la dimension de l’employabilité :** l’employabilité est la probabilité de retrouver un emploi sur une période donnée. Cette employabilité est variable selon différents éléments : formation etc. Les employeurs peuvent jouer sur l’employabilité : le fait qu’il y ai une indemnisation chômage peut inciter les employeur à faire moins d’effort de formation, pour moins développer l’employabilité de leur salarié pendant qu’ils sont salariés. Quand il y a indemnisation du chômage le reclassement n’est plus du ressort de l’employeur donc cela peut aussi jouer.

**Au total, Problème du passager clandestin** : faire supporter le coût par la collectivité.

* + 1. Lier les cotisations employeurs aux licenciements ?

Pour limiter les comportements d’aléa moral de l’employeur il faut lier le coût au pratique, en instaurant une pratique de pollueur payeur, quand on licencie cela a un coût pour la collectivité, c’est une externalité négative. Donc but de rapprocher le coût privé pour l’employeur du licenciement de son coût social (pour la société).

Les propositions du **rapport Blanchard Tirole**: Principe de l’experience rating, aux USA la cotisation employeur auprès du système d’indemnisation du chômage dépend de ses pratiques de licenciement. Elle tient un compte de revenu pour chaque entreprise, fait le totale des cotisations versées d’une entreprise à une certaine période et les dépenses de la caisse d’assurance chômage. Pour les entreprises qui ont un déficit, qui ont versé moins de cotisations que de dépenses engendrées ont augmente pour la période suivante leur cotisation. Pour les entreprises qui ont peu licencié, on leur baisse leur cotisation.

Avantages : peu avoir un effet dissuasif sur les entreprises pour qu’elles ne licencient pas trop.

Inconvénient : la double peine, si on licencie parce que l’on est en difficulté économique, les systèmes vont augmenter les cotisations sociales donc double peine. Si le système lie de façon très stricte la durée que son rester les gens au chômage et les cotisations, les entreprises seront amenées à sélectionner de façon forte les gens qu’ils estiment les plus employable (donc n’embaucheront pas les séniors).

Propositions du **rapport Cahuc et Kramarz** : Principe de la taxe sur les licenciements. On taxe les licenciements et cette taxe alimentera à la fois l’indemnisation du chômage et les intuitions publiques l’emploi. Problème : on taxe une entreprise car elle licencie pour cause de difficulté économique.

Globalement les employeurs étaient contre, et ont réaffirmé le problème d’équité horizontale entre les entreprises de différentes branches. Si certaines licencient beaucoup c’est qu’elles sont mal en point par rapport à d’autre et il n’y a donc pas de raison qu’elles paient plus que les autres.

L’idée est que l’on applique cette taxe que pour les contrats temporaires pour dissuader les entreprises à embaucher trop de contrats temporaires car cela coûte cher à l’assurance chômage en termes d’indemnisation. Car les cotisations des entreprises sont loin de compenser les indemnités que l’on verse aux personnes licenciées en CDD.

1. **Les systèmes nationaux d’indemnisation chômage**
	1. **La France**
		1. L’évolution du système

AU 19 e siècle apparaissent les premières formes d’indemnisation du chômage, avec des fonds municipaux et les caisses de secours mutuel. Ces caisses indemnisait aussi en cas d’arrêt de travail, dans le cadre de la grève ce qui arrangeait l’employeur.

1958 : création de l’UNEDIC : Union Nationale des Employeurs de l’Industrie et du Commerce, association paritaire gérée par les partenaires sociaux, qui va se décliner en branche ASSEDIC. Le système est de type Bismarckien, ils sont financés par des cotisations sociales côté salarié et employeur, l’indemnisation est proportionnelle au salaire.

Grandes réformes :

* 1982 : introduction de filières d’indemnisation, l’indemnisation va se référer à un historique d’emploi (durée des cotisations etc.)
* 1984 : Séparation assurance / assistance, l’assurance on reste dans le cadre d’une assurance sociale, pour être indemnisé il faut avoir cotisé selon une certaine période, le taux d’indemnisation sera proportionnel au salaire. Assurance gérée par l’UNEDIC./ Assistance : ceux indemniser à ce titre sont indemnisés en tant que citoyen, l’état accorde une aide. Normalement l’assistance n’est pas liée à une contribution préalable. Elle est financée par tout le monde via l’impôt. Pour y avoir droit il faut remplir des conditions de revenus. Ces prestations assistancielles dépend du revenu et compense pour atteindre un seuil de revenu.
* 1992 : introduction de la dégressivité, on va introduire une allocation dont le montant diminue au cours du temps pour nous inciter à recouvrer un emploi
* 2001 : réforme PARE et introduction ARE, Allocation de recherche d’emploi ou on supprime la dégressivité mais reste limitée dans le temps, et Plan d’Aide de retour à l’Emploi.
	+ 1. Le système aujourd’hui

On a un système assurantiel bismarckien avec filière d’indemnisation + assistance (ASS, mais sous condition de cotisation préalable)

Filière / durée minimum d’activité salariée pour accéder à la filière /Durée indemnisation :

* A (6 mois au cours des 22 derniers mois, durée 7 mois),
* A+ (12 mois au cours des 20 derniers mois, durée 12 mois),
* B (16 mois au cours des 26 derniers mois, durée 23 mois),
* C (27 mois au cours des 36 derniers mois, durée 36 mois).

Seulement 48% des demandeurs d’emploi étaient indemnisés par l’assurance chômage en 2006. Et 8% au titre de l’ASS.