

Chapitre 2

Quel est l'impact des variables économiques et démographiques sur le financement de la protection sociale ?

1 Quelles variables affectent le financement de la protection sociale ?

Deux modèles ont inspiré les systèmes de protection sociale en Europe :

- le modèle "*bismarckien*" fondé sur une logique d'assurance. Le paiement d'une cotisation permet à l'assuré de se protéger contre les risques sociaux. Le financement est donc constitué par des cotisations sociales des salariés et des employeurs. Les prestations sont contributives.
- le modèle "*beveridgien*" fondé sur une logique d'assistance. Le financement est assuré par l'impôt et les prestations sont versées en référence à un état de besoin et uniformes. Les prestations débouchent sur une garantie de ressources minimales, assurés à chacun quel que soit son effort contributif.

En France, les dispositifs de protection sociale sont hybrides. Ils mélangent les deux approches.

Depuis le début des années 1990, on assiste d'une part à une fiscalisation croissante en lien avec la montée de la logique d'assistance, et d'autre part, à une politique d'exonération ou d'allègement des charges sociales sur les bas salaires pour baisser le coût du travail (notamment peu qualifié) afin de lutter contre le chômage.

Le financement de la Sécurité sociale provient essentiellement de cotisations prélevées sur les revenus de l'activité salariée (régime général) et de contributions prélevées sur l'ensemble des revenus.

La base de calcul des cotisations (l'assiette des cotisations) comprend toutes les sommes versées au salarié. Des exonérations ou des allègements de cotisations concernent différentes catégories de salariés. Les cotisations sont calculées en pourcentage du salaire brut dans la limite ou non d'un salaire plafonné fixé par décret au premier janvier de chaque année.

Pour couvrir l'augmentation des dépenses, deux voies existent : augmenter les taux, élargir l'assiette. Or un prélèvement est d'autant plus efficace qu'il repose sur une assiette large, permettant des taux peu élevés. Si les taux ont progressivement augmenté, l'accent a surtout été mis sur l'élargissement de l'assiette. Cet élargissement se matérialise par un déplafonnement des cotisations de Sécurité sociale. Il s'agit d'une logique d'**assurance**. La **contribution sociale généralisée** est un prélèvement de nature fiscale sur l'ensemble des revenus issus du travail et du capital (logique d'assistance). Il en est de même avec la **contribution au remboursement de la dette sociale** (CRDS).

La **CSG** a été créée par la loi de finances du 29 décembre 1990. Elle finance près de 40 % des dépenses de santé.

Le déficit de la protection sociale est dû à la hausse importante des dépenses alors que les recettes ont tendance à stagner.

"Le dérapage des dépenses résulte d'évolutions structurelles et conjoncturelles.

Le vieillissement de la population alourdit les dépenses sociales ; les personnes âgées consomment plus de soins que les jeunes. Mais surtout, le vieillissement de la population creuse le déficit des retraites.

La croissance du nombre de demandeurs d'emploi provoque de fortes augmentations des dépenses de l'assurance chômage...

La protection sociale reste essentiellement financée par des cotisations patronales et salariales. Ce mode de financement est très sensible à la conjoncture économique car dès que la croissance ralentit, l'emploi stagne ou diminue, ce qui a un effet dépressif important sur les recettes.

La crise économique ralentit fortement la croissance des cotisations : les chômeurs représentent un manque à gagner très important et la faible progression des salaires représente un frein supplémentaire à la croissance des cotisations"

(50 fiches pour comprendre les débats économiques actuels Bréal).

2 Quels sont les principaux régimes de retraite ?

La pension vieillesse a pour but d'assurer des ressources à l'assuré qui ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite ne désire plus exercer son activité professionnelle.

Le départ en retraite est un droit mais non une obligation. Le salarié peut travailler jusqu'à 70 ans, âge à compter duquel l'employeur peut décider unilatéralement de le mettre à la retraite.

Pour avoir droit à une pension de vieillesse, il faut avoir cotisé et avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite.

Les retraites complémentaires ont pour but d'assurer un complément de ressources qui s'ajoute à la pension vieillesse du régime général.

L'affiliation à un régime complémentaire de retraite est obligatoire pour tout salarié assujéti à l'assurance vieillesse du régime général.

Il existe 2 régimes de retraites complémentaires :

- l'association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (**ARRCO**)
- l'association générale des institutions de retraite des cadres (**AGIRC**).

En France, le système est financé presque exclusivement en **répartition** : les actifs d'aujourd'hui financent les pensions des retraités actuels. Ce système repose sur la solidarité entre les générations : les générations actives-les adultes-renoncent à une partie de leurs revenus pour les distribuer aux générations inactives - les retraités - en escomptant que les générations encore inactives - les jeunes - feront de même pour eux ensuite.

Les régimes de base (Sécurité sociale) versent une pension qui dépend du nombre de trimestres cotisés et du revenu de référence (moyenne des vingt-cinq meilleures années dans le secteur privé, indice de traitement des six derniers mois dans la fonction publique). Quant aux régimes complémentaires, ils fonctionnent par

points : les cotisations proportionnelles au salaire, sont converties en points, accumulés au fil des ans. Au moment du départ en retraite, la pension est calculée en fonction du nombre de points acquis et de la valeur du point.

Dans un système par **capitalisation** : le capital constitué par l'épargne de chaque futur retraité est placé sur les marchés financiers par des organismes comme les fonds de pension qui verseront ultérieurement au retraité un capital ou une rente. Le montant est déterminé par deux éléments : d'une part, l'effort d'épargne, d'autre part, le rendement des actifs acquis. Les fonds de pension sont des organismes qui gèrent l'épargne dans les pays où le financement des retraites est fondé sur un régime par capitalisation. La capitalisation repose sur une logique individualiste puisque chacun épargne en vue de sa propre retraite. Ce système comporte des risques : inflation qui dévalorise l'épargne et instabilité des marchés financiers qui crée des risques de moins-values.

3 Comment expliquer les problèmes de financement du système par répartition ?

Moins d'actifs et plus de retraités, le financement des retraites ne semble pas avoir d'autre issue que la réforme du système. Déjà au début des années 1970 on parlait du futur "*retournement de 2005*". C'est-à-dire du moment où les générations abondantes de l'après-guerre, les "*baby-boomers*", quitteraient le marché du travail pour partir à la retraite, et seraient remplacées par des générations réduites, en raison du recul du nombre des naissances et d'un allongement de la durée des études. Le vieillissement démographique fait baisser le rapport démographique, c'est-à-dire le rapport entre la population en âge d'être active et la population de plus de 60 ans.

Le vieillissement démographique est accentué par l'élévation de l'espérance de vie qui conduit à l'augmentation de la durée moyenne de la retraite.

Plus de retraités et une durée de retraite plus longue risquent donc d'entraîner une crise des régimes de financement.

Le **ratio de dépendance économique** est le rapport des retraités aux actifs occupés. En 1960, il y avait 4 actifs cotisants pour 1 retraité ; en 2010 1,8 actif cotisant et en 2050 il y en aurait 1,2.

L'objectif est aussi d'accroître le taux d'emploi des travailleurs âgés (55-64ans) afin d'augmenter le montant des prélèvements obligatoires et de limiter les dépenses (chômage).

Les difficultés financières des caisses de retraite sont réelles. Elles ne sont pas dues uniquement à l'augmentation du nombre de retraités, elles résultent aussi du chômage.

Il faut comprendre que ce qui fixe le nombre de cotisants n'est pas une variable essentiellement démographique, le nombre d'actifs, mais une variable économique, le niveau de l'emploi.

4 Comment résorber le déficit des retraites ?

Le régime principal des retraites en France est le régime par répartition appelé aussi régime par redistribution. Le principe de ce système est basé sur la solidarité : les actifs cotisent pour les retraités.

Le système par répartition a bien fonctionné après guerre ; le rapport démographique était favorable et l'activité croissante des femmes et l'immigration ont permis d'augmenter le nombre de cotisants. Mais la dégradation du rapport démographique semble mettre en cause ce système : le nombre de prestataires devient trop important par rapport au nombre de cotisants.

Face à cette situation, plusieurs pistes sont envisageables : **retarder** l'âge du départ à la retraite, **augmenter** la durée de cotisations, **élever** les taux de cotisation, **baisser** le niveau des retraites (**taux de remplacement**). D'autres encore préconisent une substitution partielle d'un nouveau régime de retraite par capitalisation au régime par répartition.

Créé en 2000, le **conseil d'orientation des retraites** (COR) est une structure pluraliste qui associe parlementaires, représentants des partenaires sociaux, experts et représentants de l'État. Il fait des propositions.

Depuis trente ans les réformes ont été nombreuses.

En 1993, la réforme **Balladur** allonge la durée de cotisation à 40 ans pour le secteur privé. Le niveau de la retraite de base des salariés du secteur privé, reposant jusque-là sur le salaire des dix meilleures années, est désormais calculé sur les vingt-cinq meilleures années.

La loi de 2003 (réforme **Fillon**) pose le principe d'un allongement de la durée de cotisation proportionnel à celui de la durée moyenne de vie à la retraite. Elle instaure une transition progressive vers 42 ans de la durée de cotisation.

La réforme **Woerth** (2010) relève progressivement l'âge légal du départ à la retraite, de 60 à 62 ans et l'âge auquel ne s'applique plus le mécanisme de décote, de 65 à 67 ans.

Les personnes nées en 1953 doivent cotiser 165 trimestres, soit 41 ans et un trimestre, celles nées depuis 1973 doivent cotiser 172 trimestres, soit 43 ans pour avoir une retraite à taux plein ; l'âge légal du départ est 62 ans.

Les enjeux ne sont pas uniquement financiers, mais aussi sociaux. Les différences très fortes d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles ont en effet pour conséquence que les cadres bénéficient bien plus longtemps de leur pension que les ouvriers. L'allongement de la durée d'activité peut paraître injuste à l'égard des salariés dont la capacité de travail est limitée par un état de santé dégradé à la suite d'expositions à des facteurs de pénibilité. Les femmes touchent une retraite moins importante que les hommes.

5 Quel est le poids des dépenses de santé ?

Le système français de Sécurité sociale a été mis en place en 1945. Depuis le début des années 80, le financement de la protection sociale se heurte à des difficultés. La Sécurité sociale souffre d'un déficit récurrent depuis 1989. Le déficit est dû à la hausse importante des dépenses alors que les recettes ont tendance à stagner.

La croissance des prestations s'explique en partie par l'amélioration de la couverture des besoins, mais elle résulte également d'évolutions structurelles. Le vieillissement de la population alourdit les dépenses.

La protection sociale reste essentiellement financée par des cotisations assises sur les salaires. Ce mode de financement est très sensible à la conjoncture économique car dès que la croissance ralentit, l'emploi stagne ou diminue, ce qui a un effet dépressif important sur les recettes.

La crise économique ralentit la croissance des cotisations.

La protection sociale subit un effet de ciseaux. Alors que les recettes plafonnent, les dépenses augmentent.

Les dépenses courantes de santé s'élevèrent en 2010 à 12,1% du P.I.B : la consommation de soins et de biens médicaux en représente les trois quarts et le reste est constitué d'autres dépenses, comme les indemnités journalières.

Les médicaments à vignette blanche barrée sont remboursés à 100 %, mais les médicaments à vignette orange ne le sont qu'à 15 %.

L'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie) est le montant prévisionnel annuel des dépenses de l'assurance maladie. L'ondam est voté par le parlement pour l'année à venir, dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

Pour limiter les dépenses, on a instauré le ticket modérateur et la franchise. Faut-il responsabiliser le patient ?

Le ticket modérateur est un pourcentage de la dépense de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de la Sécurité sociale. La franchise est une somme forfaitaire qui est déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale.

De nombreux dispositifs de participation financière des patients ont été mis en place pour les responsabiliser : franchise ou ticket modérateur. Le montant des franchises est plafonné pour éviter un coût excessif aux patients qui doivent subir des soins fréquents et acheter de nombreuses boîtes de médicaments.

La prise en charge par l'assurance maladie n'est en principe pas complète, une part du coût des soins est laissée à la charge du patient. Dès lors, il existe une demande pour des assurances complémentaires facultatives via le recours à des organismes privés (assurances privées, mutuelles ...).

6 Pourquoi est-il si difficile de maîtriser les dépenses de santé ?

Le progrès technique et dans une moindre mesure le vieillissement de la population expliquent l'augmentation des dépenses de santé. En effet, si le progrès technique peut accroître l'efficacité (introduction de nouvelles techniques plus économes, évitant parfois de lourdes opérations par exemple), l'innovation introduit aussi de nouveaux soins qui augmentent les dépenses (nouveaux médicaments, nouveaux procédés plus coûteux, nouvelles thérapies qui permettent de soigner des pathologies auparavant sans solution...). *"La plupart des économistes de la santé considèrent que durant les cinquante dernières années, plus de la moitié de la croissance des dépenses de santé est imputable à un effet progrès technologique"* (Chambaretaud et Hartmann ; *Économie de la santé*)

Pour le vieillissement, si le niveau des dépenses est corrélé à l'âge, l'ampleur de l'effet du vieillissement sur les dépenses est discutable. L'allongement de l'espérance de vie se traduit par un allongement de la durée de vie en bonne santé et une amélioration de l'état de santé à chaque âge. L'effet du vieillissement sur les dépenses est limité par la modification de la consommation médicale par âge.

Cependant il faut s'interroger sur les comportements des offreurs et des demandeurs de soins : le personnel médical et les patients.

La demande de soins est largement dépendante de l'offre. Le patient ne dispose pas de connaissances suffisantes pour porter un jugement sur les soins qui lui sont prodigués. L'incertitude pesant sur la demande de soins renvoie aussi au

rôle de l'Assurance maladie et notamment à ses effets sur le comportement du patient assuré.

Pour illustrer ces propos, il faut définir **asymétries d'information, aléa moral (ou hasard moral) et sélection adverse (ou anti sélection)**.

Akerlof, économiste américain né en 1940 a étudié les conséquences des asymétries d'information entre offreurs et demandeurs.

Asymétrie d'information : situation où, sur un marché, l'un des deux acteurs dispose d'une meilleure information. Cette asymétrie, fréquente, risque de compromettre le fonctionnement efficace du marché et risque d'engendrer des phénomènes de sélection adverse ou d'aléa moral.

Relation d'agence : contrat par lequel une ou plusieurs personnes (le principal) engage(nt) une autre personne (l'agent) pour accomplir une tâche, impliquant la délégation d'une partie de l'autorité de prise de décision à l'agent. C'est le mandant (le patient) qui est le principal et qui requiert pour ses compétences, les services d'un agent (le médecin) qui est donc mandataire. Cette relation d'agence est marquée par des distorsions qui reposent pour l'essentiel sur une information imparfaite (asymétrie d'information).

Aléa moral : situation où un agent, non ou mal informé, ne peut pas contrôler l'action d'un partenaire qui peut en profiter (par exemple, dans un contrat d'assurance, le client, une fois assuré, peut être incité à prendre plus de risques). Un des agents dissimule au principal mandataire une information concernant ses actions (on parle aussi de **risque moral**). Il y a un risque (ou hasard) moral d'assurance quand l'assuré n'est pas incité à un comportement de prévention (puisque je suis bien assuré...).

Sélection adverse : dans une situation d'asymétrie d'information, les agents économiques sont conduits à prendre des décisions contraires à ce qu'ils recherchaient initialement. Un des agents dissimule au principal mandataire une information concernant ses caractéristiques.

Illustrons !

Il existe un contrat implicite (relation d'agence) entre le patient et le médecin dans lequel le patient (le principal) délègue son pouvoir au médecin (l'agent) et peut difficilement évaluer l'opportunité et la qualité de l'action du médecin.

Cette situation résulte d'asymétrie d'information liée à l'expertise des professions de santé. Le nomadisme médical peut ainsi s'expliquer par le souhait de réduire cette asymétrie. Par ailleurs, le médecin est à la fois offreur et prescripteur : son diagnostic est supposé objectif, mais sa rémunération dépend de ce diagnostic. Cette situation peut générer des phénomènes de **demande induite**, par lesquels c'est l'offre de soins médicaux qui suscite la demande de consommation médicale. L'asymétrie d'information peut ainsi conduire à une surconsommation. Le marché de l'assurance santé est un cas typique des mécanismes de sélection adverse : en l'absence d'obligation d'assurance, si les cotisations maladies étaient uniformes, les personnes bien portantes jugeraient le prix moyen du marché excessif et n'auraient pas intérêt à être assurées, ce qui conduirait le marché à sélectionner les catégories à risques les plus élevés et rendrait donc ce marché non viable.

Il peut y avoir un aléa moral **ex ante** lorsque le fait d'être assuré conduit à des comportements à risque. L'assuré peut se montrer moins prudent en ne prenant pas les précautions nécessaires, voire en s'exposant délibérément à des risques (tabac, alcool, drogues...) parce qu'il sait qu'il sera pris en charge financièrement

en cas de maladie. Il existe aussi un aléa moral **ex post** lorsque le fait d'être assuré génère une surconsommation médicale liée au fait que les dépenses sont remboursées.

L'existence d'un contrat d'assurance entre le patient et l'assurance maladie pousse les offreurs de soins à adopter des procédures innovantes sans tenir compte du coût de ces innovations. Il existe ainsi un aléa moral du côté des offreurs de soins (extension de la notion d'aléa moral pour souligner une forme de déresponsabilisation des offreurs de soins liée à la prise en charge de la dépense par l'assurance maladie).

Il faut responsabiliser les patients. La loi Douste Blazy du 13 août 2004 incite à choisir un médecin traitant (parcours de soins coordonnés) et des dispositifs de participation financière sont mis en place pour responsabiliser (franchises). Mais les mécanismes de responsabilisation de la demande présentent des inconvénients : ils affectent les personnes les plus démunies pour qui la contrainte financière est la plus forte. La franchise est une participation financière forfaitaire faisant l'objet d'un plafonnement.

La France a introduit en 2005 un système de tarification à l'activité (**T2A**) pour financer les établissements de santé. Avant, l'hôpital recevait une dotation financière globale chaque année, quels que soient ses résultats. Désormais, son financement dépend des actes réalisés. La logique est d'allouer les ressources en fonction de l'activité effective des établissements afin d'inciter ces derniers à accroître leur efficacité. C'est une forme d'incitations pécuniaires destinée à modifier le comportement des offreurs de soins que sont les hôpitaux publics. Effet pervers, cette réforme a pu conduire à réaliser des soins non pertinents mais lucratifs. Elle conduit à une course à la rentabilité qui pousse les établissements à privilégier les activités lucratives au détriment des autres.

La loi Hôpital, patients, santé et territoire (2009) a créé les **Agences régionales de santé (ARS)** qui doivent permettre de mieux coordonner les relations entre le milieu hospitalier et la médecine de ville. Les ARS remplacent en fait les ARH (Agences régionales hospitalières).

En France, le paiement à l'acte pour les médecins de ville représente la norme et entraîne une dépense plus élevée (demande induite).

7 Quelle régulation pour le système de santé ?

Deux modèles ont inspiré les systèmes de protection sociale en Europe : le modèle **bismarckien** et le modèle **beveridgien**.

C'est en Allemagne que sont apparus les premiers éléments de politique sociale ouvrant la voie de l'État-providence moderne dans les années 1880. **Bismarck (1815-1898)** visait exclusivement la classe ouvrière salariée. Les cotisations étaient pour deux tiers à la charge des ouvriers et pour un tiers à la charge des employeurs. Ce modèle repose sur une logique **d'assurance**. Les prestations sont contributives.

Beveridge (1879-1963) pense que la sécurité sociale a pour but de "*libérer l'homme du besoin*" en garantissant une sécurité de revenu. Son modèle est fondé sur une logique **d'assistance** : le financement est assuré par l'impôt et les prestations sont versées en référence à un état de besoin et uniformes. Les prestations débouchent donc sur une garantie de ressources nominales, assurés à chacun quel que soit son effort contributif.

Quatre principes définissent le système beveridgien :

- **L'universalité** de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques sociaux ;
- **L'uniformité** des prestations en espèces, fondées plus sur les besoins que sur les revenus ;
- **Le financement** par l'impôt ;
- **L'unicité**, avec la gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale.

Le principe d'uniformité témoigne du refus d'introduire dans le domaine de la protection sociale les disparités de revenu. L'objectif principal du système de sécurité sociale est de garantir une protection égalitaire de base, et non de garantir le niveau de vie antérieur. L'amélioration éventuelle du niveau de protection est laissée à l'initiative des intéressés et relève de l'assurance privée (plus le niveau de protection "égalitaire" est bas plus cela renforce le poids des assurances et donc des inégalités).

En France, les dispositifs de protection sociale sont désormais hybrides. Ils mélangent les deux approches. Ainsi si le financement est largement fondé sur l'assurance, l'existence de nombreux minima sociaux financés par l'impôt comme le RSA renvoie à des principes beveridgiens.

Rejeter la protection sociale publique reviendrait à mettre en cause la fonction solidarité de l'État. Dans ce cas, l'État perdrait sa fonction de garant de l'intérêt général ; son désengagement du domaine social risquerait d'avoir de nombreux effets pervers, dont l'appauvrissement des plus démunis et l'affaiblissement de la cohésion sociale.

Cependant le dérapage des dépenses doit être pris en considération.

La protection sociale risque de se segmenter en trois niveaux :

- celui de la solidarité minimum envers les plus démunis ;
- celui de l'assurance sociale apportant une protection minimale aux salariés stables
- celui de l'assurance complémentaire (compagnies d'assurance ou mutuelles) qui garantit une protection supérieure à ceux qui en ont les moyens.

8 Sujet : Quels sont les fondements et les différences des régimes de retraite ?

A Fondements

Présentez le régime par capitalisation et le régime par répartition

B Différences

Le système par répartition correspond à une mutualisation collective des risques par rapport à la vieillesse et l'espérance de vie ; le système par capitalisation s'inscrit dans une logique individualiste.

L'épargne dépendant du revenu (optique keynésienne), les ménages aisés peuvent davantage capitaliser.

La capitalisation encourage l'épargne . . . qui finance l'investissement ce qui profite à l'économie, mais elle favorise la spéculation des fonds de placement, parfois responsables des krachs boursiers.

9 Sujet : Vous analyserez l'impact des variables démographiques sur le financement du système des retraites en France ?

⚠ On ne parle pas dans l'intitulé des variables économiques (chômage, masse salariale) ; on ne parle pas du financement de l'assurance maladie. Variables démographiques : natalité, mortalité, mouvements migratoires, structures démographiques.

Financement en France : par répartition.

A Le vieillissement de la population met en danger le financement du régime par répartition.

Expliquez la notion de vieillissement (par le haut et par le bas).

Les dépenses augmentent : hausse du nombre des personnes âgées ayant cotisé, augmentation de l'espérance de vie.

Les recettes stagnent : faible augmentation du nombre de cotisants, hausse du chômage, faible taux d'emploi des seniors.

Les déficits s'aggravent : crise des ciseaux.

B Cependant il faut prendre en considération d'autres facteurs

On peut agir sur plusieurs leviers : retarder l'âge du départ à la retraite, augmenter la durée de cotisations, augmenter les cotisations, diminuer le taux de remplacement. On peut par des incitations pécuniaires encourager une épargne privée. On peut espérer une amélioration de la situation sur le marché du travail, recourir à une immigration se composant d'actifs jeunes et qualifiés.