

Document 1 : deux régimes de financement des retraites

Deux systèmes existent pour financer les retraites: celui de la répartition et celui de la capitalisation. Dans le premier, l'ensemble des cotisants à un même régime verse dans un « pot commun », qui sert à financer les pensions de ceux qui sont retraités. Le montant des pensions à un moment donné dépend donc du montant des cotisations et du nombre de cotisants au même moment, ce qui crée une solidarité de fait entre pensionnés et cotisants. Mais le système repose sur un pari: cette solidarité que j'accepte en tant que cotisant aujourd'hui, il faut que la génération à venir, qui versera les cotisations à partir desquelles sera financée ma pension, accepte de la poursuivre. À défaut, si elle décidait par exemple de réduire le montant de ses cotisations, mes droits à pension seraient réduits d'autant.

Dans le système par capitalisation, le mécanisme est tout autre: les droits à pension sont individualisés. Les cotisations sont versées à un fonds de pension, organisme financier dont le rôle est de placer ces ressources, puis de capitaliser les revenus issus de ces placements. De sorte que, lorsque le moment de la retraite sera venu, je bénéficierai d'une pension dont le montant sera déterminé par les cotisations que j'ai versées, les revenus capitalisés... et mon espérance de vie. Certes, comme dans le cas de la répartition, ma pension se traduira par un prélèvement sur la richesse produite par ceux qui, à ce moment-là, produiront – ce qui, de ce fait, réduira leur pouvoir d'achat. Mais les droits à pension que j'aurai acquis seront déterminés par les cotisations que j'aurai capitalisées, et par elles seulement: la solidarité qui liait les générations aura disparu, mais aussi la solidarité entre pensionnés, puisque la capitalisation ne laisse subsister

1. Complétez le tableau afin de mettre en évidence les caractéristiques des systèmes par répartition et des systèmes par capitalisation.

	Système par répartition	Système par capitalisation
D'où provient la retraite perçue par les retraités ?		
Quel principe sert-il à légitimer le système ?		
Quels sont les acteurs qui organisent le transfert de richesse dans le temps ?		
Quel est le point commun aux deux systèmes ?		

Document 2 : pourquoi réformer ?

Regardez la vidéo suivante qui présente les causes des difficultés de financement de la sécurité sociale : http://www.la-retraite-en-clair.fr/pid2091/webtv.html?categ_id=17&vid=3194361 (jusqu'à 1'20).

1. Quelles sont les causes démographiques des difficultés de financement du système de retraite par répartition ?
2. Quelles sont les causes économiques des difficultés de financement du système de retraite par répartition ?

Document 3 : comment réformer ?

Écoutez les explications de Bruno Palier sur les paramètres pouvant être modifiés pour remédier aux difficultés de financement du système de retraite par répartition : http://www.dailymotion.com/video/xcv4kk_reforme-des-retraites-b-palier-3_news (jusqu'à 10'23).

1. Quels sont les quatre paramètres sur lesquels un gouvernement peut agir pour remédier aux difficultés de financement du système de retraite par répartition ?
2. Pourquoi convient-il de distinguer l'âge légal de départ en retraite, l'âge effectif de départ en retraite et l'âge couperet ?
3. Quels arguments les économistes mettent-ils en avant pour relever l'âge de départ en retraite ?
4. Quelle solution a-t-elle été mise en place en Suède en cas de récession ?

Document 4 : les réformes des retraites des années 2000

	Réformes Fillon de 2003 et 2010	Réforme Ayrault de 2013
Durée de cotisation	41 ans (public comme privé), puis augmentation en fonction de l'espérance de vie	
Age légal de départ en retraite	62 ans (contre 60 ans auparavant)	
Décote	Décote de 5 % à partir de 2013 par année de cotisation manquante	
Âge de départ à taux plein (sans décote)	67 ans (auparavant 65 ans)	
Taux de cotisation	Alignement du taux de cotisation du public sur le privé (de 7,85 % à 10,55 %)	
Invalidité / pénibilité	Possibilité de partir en retraite à 60 ans si invalidité reconnue par certificat médical	

1. À partir de la vidéo suivante, http://www.dailymotion.com/video/x13yvtb_la-reforme-des-retraites-expliquee-en-patates_news, complétez la dernière colonne du tableau.
2. Joëlle finit ses études à 23 ans. À quel âge pourra-t-elle percevoir une pension de retraite complète si elle travaille sans interruption de carrière ?
3. Supposons que Joëlle décide finalement de prendre sa retraite à 63 ans. Calculez la pension qu'elle percevra sachant qu'elle aurait eu le droit à une pension de 1 500€ euros par mois si elle avait cotisé 43 ans.

Document 5 : les systèmes de soin dans les pays avancés en 2005

	Part de l'État dans les dépenses de soins de santé	Dépenses de soins de santé par tête (en \$ PPA)	Espérance de vie à la naissance (en années)	Mortalité infantile (morts pour 1000 naissances vivantes)
États-Unis	45,1 %	6 401 \$	77,8	6,8
Canada	70,3 %	3 326 \$	80,2	5,3
France	79,8 %	3 374 \$	80,3	3,6
Angleterre	87,1 %	2 724 \$	79,0	5,1

D'après P. Krugman & R. Wells, *Microéconomie*, De Boeck, 2009.

1. Rédigez une phrase avec les données soulignées afin d'en expliciter le sens.
2. Quelles différences-vous entre le système de santé américain et le système de santé français ?

Document 6 : le problème de la sélection adverse

L'expression de sélection adverse a été inventée pour désigner l'effet négatif d'une hausse des primes sur les caractéristiques moyennes de ceux qui souscrivent un contrat d'assurance.

Les personnes qui se savent présenter des risques inférieurs à la moyenne sur laquelle la prime a été calculée seront dissuadées de souscrire un contrat, ou s'adresseront à une compagnie concurrente qui leur propose un contrat plus avantageux car mieux adapté à leur risque réel. À l'inverse, celles dont le risque tend à être supérieur à la moyenne auront intérêt à persister dans leur contrat.

Le phénomène de sélection adverse conduit à l'augmentation inéluctable de la moyenne des risques assurés par un contrat donné, et menace à terme la rentabilité financière du mécanisme d'assurance si la hausse de la moyenne des risques est supérieure à la hausse des primes.

L'assureur peut s'efforcer de contrecarrer les conséquences de la sélection adverse, négatives sur son activité, en pratiquant « l'écrémage des risques », c'est-à-dire en s'efforçant d'attirer les personnes à faible risque et d'exclure celles qui présentent un risque élevé et qui sont donc les plus coûteuses à assurer. En matière de risque de maladie, une telle pratique est couramment observée dans les pays où il n'existe pas de couverture maladie obligatoire universelle, et où l'assurance privée ne se limite donc pas à offrir une couverture « complémentaire » du système public.

D'après J.-P. Moatti, « Économie de la santé », in *Encyclopédie Universalis*, 2011.

1. Quelle définition l'auteur donne-t-il au principe de la sélection adverse ?
2. Quelle conséquence la sélection adverse peut-elle avoir ? Pourquoi ?
3. Qu'est-ce que l' « écrémage des risques » ? Quelle conséquence cette pratique a-t-elle dans les pays sans couverture maladie obligatoire ?

Document 7 : la sécurité sociale et le financement de l'hôpital

Jusqu'en 1983, les établissements étaient financés en fonction du nombre de journées d'hospitalisation dispensées. Ce système, qui définissait un tarif à la journée, n'entravait pas le développement de l'activité mais incitait les hôpitaux à gonfler le nombre de journées d'hospitalisation pour augmenter leur financement.

Le législateur a alors cherché à contrôler le volume par un budget global. Un budget annuel était attribué à chaque établissement, charge à chacun de répartir ses ressources comme il l'entendait. Ce type de financement permet une gestion autonome de chaque hôpital tout en limitant *a priori* le niveau des dépenses. En revanche, il ne valorise pas les initiatives visant à une utilisation plus efficiente des financements alloués. [...]

La tarification à l'activité (dite T2A), introduite progressivement depuis 2003, modifie en profondeur les modes de financement des hôpitaux publics. Elle vise à régler au plus juste l'allocation de leurs ressources financières sur la nature et le volume effectif de leurs activités. [...] Le principe en est assez simple : les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique sont regroupées en groupes homogènes de malades, lesquels sont eux-mêmes codés [...]. À chaque code est associé un tarif, indiqué par une échelle nationale des coûts (ENC), qui constitue la base de paiement de l'assurance maladie à l'établissement hospitalier. [...] En théorie, ce système doit inciter les établissements qui présentent des tarifs plus élevés que ceux indiqués par l'ENC à améliorer leur gestion pour s'y conformer.

D. Belliard, « L'hôpital, malade de la T2A », in *Alternatives Économiques* n° 296, nov. 2010.

1. Comment l'hôpital était-il financé jusqu'en 1983 ? Quelle était la limite de ce mode de financement ?
2. Quel est le principe du budget global ? Quel était l'objectif d'un tel mode de financement ?
3. Quel est le principe de la tarification à l'activité. Expliquez en quoi cette tarification doit inciter les hôpitaux à améliorer leur gestion.