

DOSSIER

SILVER ECONOMY

MASTER 2 ÉCONOMIE APPLIQUÉE PARCOURS
INGÉNIERIE DES DONNÉES ET ÉVALUATIONS
ÉCONOMÉTRIQUES



Ce dossier à vocation, à travers ses différents chapitres, à explorer diverses thématiques ainsi que les tenants et aboutissants liés à l'avancée en âge de nos sociétés modernes.

Il sera notamment focalisé sur la comparaison entre deux pays : l'Espagne et la Suède.



TABLE DES MATIÈRES

<i>Chapitre 1</i>	Vieillesse et santé.....	2
<i>Chapitre 2</i>	Mortalité et démographie.....	36
<i>Chapitre 3</i>	Systèmes de retraite.....	56
<i>Chapitre 4</i>	Retraite et épargne.....	84
<i>Chapitre 5</i>	Innovation et numérique.....	101



CHAPITRE 1

Vieillesse et santé

DOSSIER SILVER ECONOMY

LAMON Océane
PEDROT Emma
SEZESTRE Emilien

Mme. Enareta KURTBEGU

Table des matières

I.	Introduction	4
II.	Dépendance.....	5
III.	Santé physique	8
IV.	Santé mentale	13
V.	Accès aux soins.....	19
VI.	Dépenses de santé	21
VII.	Conclusion	27
VIII.	Bibliographie.....	29
IX.	Annexes	30

I. Introduction

Le vieillissement à proprement parler va de pair avec une dégénérescence physique, mentale, ou bien liée à l'indépendance des personnes âgées, propre à chaque individu et souvent indépendante d'un âge défini. Il est donc essentiel de s'intéresser à toutes les problématiques liées à la santé lorsque l'on se préoccupe du vieillissement, d'autant plus dans un contexte de population vieillissante inhérent à certaines régions du monde. Le vieillissement se caractérise par une dégradation des capacités physiques et cognitives, mais beaucoup d'autres problématiques gravitent autour de ces transitions biologiques et sont à prendre en considération, parmi lesquelles les habitudes de vie et la difficulté à réaliser des gestes quotidiens, la proximité de la famille et l'implication des pairs dans la vie de la personne âgée, ou encore les thématiques d'accès aux soins et de dépenses publiques et privées de santé. Tous ces questionnements constituent des causes ou des conséquences en étroite relation avec le statut physique et mental de la personne âgée, et sont donc à prendre en compte au même titre que les capacités physiques et cognitives. En définitive, s'intéresser au lien entre vieillesse et santé ne s'arrête pas à étudier les symptômes et affections liées à la dégradation du corps et de l'esprit, mais également à prendre en compte dans l'analyse l'environnement dans lequel évoluent —ou ont évolué au cours de leur vie— les personnes âgées, dans la mesure où la santé est un sujet dont l'on doit se préoccuper tout au long de la vie (alimentation, consommation de tabac et d'alcool, activité physique régulière) pour prévenir de certaines maladies liées aux facteurs environnementaux —opposées à celles liées aux facteurs génétiques—.

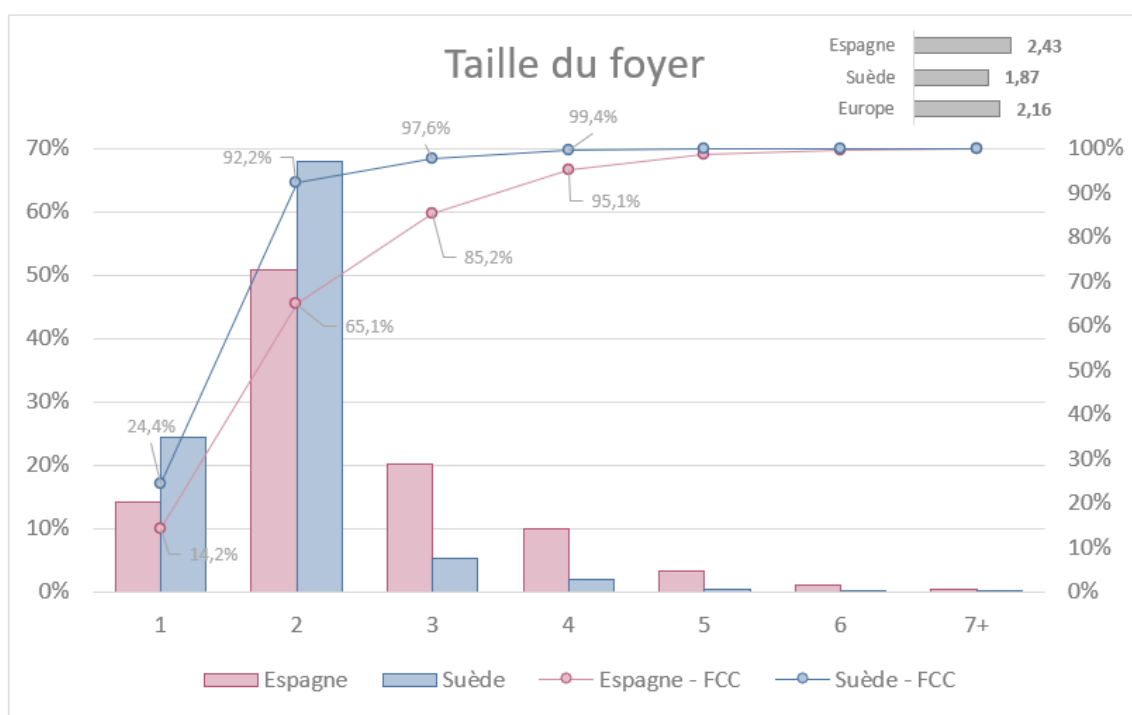
Ainsi, cette partie aura vocation à explorer différents aspects de la santé chez les personnes âgées, regroupés en cinq sphères : dépendance, santé physique, santé mentale, accès aux soins et dépenses de santé. Cette étude statistique nous permettra d'une part d'offrir une vue d'ensemble du statut des personnes âgées à l'échelle d'une nation et de l'environnement dans lequel elles évoluent, puis de recourir à des comparaisons internationales entre nos deux pays et le standard européen.



II. Dépendance

La dépendance d'une personne âgée peut être associée à un état durable au sein duquel l'individu n'est plus capable de réaliser les diverses activités de la vie quotidienne sans recourir à de l'aide ou de l'assistance de la part d'autrui. Cela implique dans certains cas une proximité entre personnes âgées et aidants (pouvant provenir de l'intérieur comme de l'extérieur du foyer), ce qui nous amène à explorer un possible lien entre les caractéristiques du foyer et la dépendance des personnes âgées au sein d'une société.

De ce fait, après avoir étudié les différences dans la taille et la composition des foyers des répondants, nous établirons un lien avec l'aide sollicitée en dehors du foyer et nous nous intéresserons plus spécifiquement à la nature et l'intensité des difficultés rencontrées par les personnes âgées dans leurs activités quotidiennes.

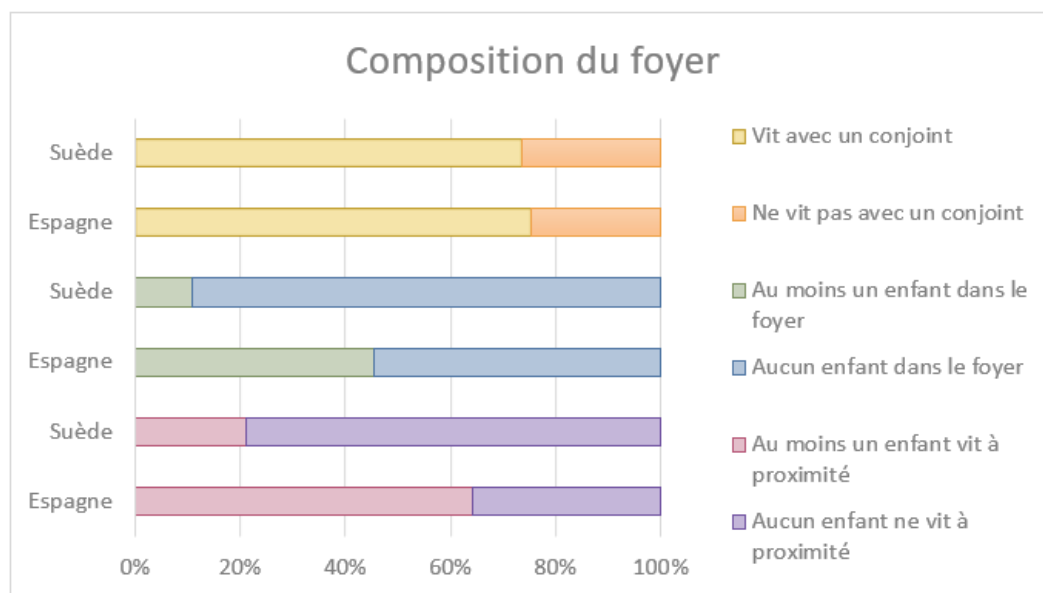


Le graphique ci-dessus représente la répartition de la taille des ménages dans lesquels résident les personnes interrogées, ainsi que la valeur moyenne associée par pays et pour l'Europe.

Nous pouvons constater que dans l'ensemble, les personnes âgées espagnoles ont tendance à cohabiter avec davantage de personnes que les personnes âgées suédoises. En effet, plus de 92% des répondants suédois vivent dans un ménage de deux personnes ou moins, tandis que cela ne concerne que 65,1% des ménages espagnols. Près de 15% des répondants espagnols cohabitent avec au moins trois autres personnes, contre seulement 2,4% des personnes âgées suédoises. Enfin, les foyers des répondants sont en moyenne composés de 2,16

personnes pour l'ensemble des pays européens, soit davantage que la taille moyenne des foyers suédois tout en restant plus faible que la moyenne espagnole.

Après avoir étudié la taille des foyers, nous pouvons à présent nous focaliser sur sa composition. Autrement dit, nous allons nous intéresser à la proximité entre les répondants et le reste de leur famille proche.

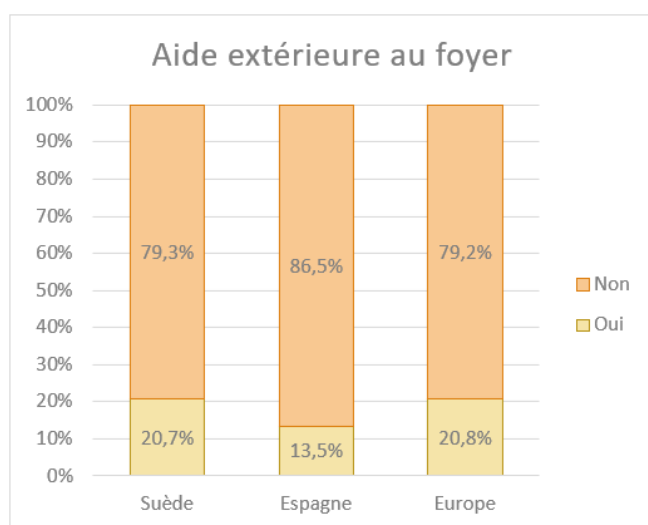


Ce graphique reflète les différences entre nos deux pays en termes de composition du ménage dans lequel réside le répondant.

Si la fréquence de présence d'un conjoint ou partenaire est relativement similaire entre la Suède et l'Espagne —respectivement à hauteur de 73,7% et 75,4%—, une différence fondamentale entre les deux pays réside dans la présence des enfants dans le foyer et/ou leur proximité avec ce dernier. En effet, si plus de 45% des répondants espagnols cohabitent avec au moins un enfant au sein de leur foyer, cela ne concerne que 10,7% des répondants suédois. Cela permet de confirmer et d'explicitier les résultats obtenus précédemment, la taille du foyer étant directement influencée par le nombre d'enfants qui y résident, sans toutefois exclure la possibilité qu'une cohabitation puisse se faire avec d'autres membres de la famille, notamment des frères et sœurs.

Enfin, si les répondants suédois vivent dans des ménages de taille relativement restreinte vis-à-vis de leurs homologues espagnols, très peu d'entre eux cohabitent avec leurs enfants, force est de constater que ces derniers ne vivent pour la plupart pas non plus à proximité du ménage de leurs parents âgés. En effet, 79,1% des répondants suédois déclarent n'avoir aucun enfant vivant à moins d'un kilomètre de leur lieu de résidence, quand cela ne concerne que 35,7% des personnes âgées espagnoles.

Les deux graphiques précédents semblent nous apprendre que dans l'ensemble, les personnes âgées suédoises ont tendance à être davantage isolées de leur famille par rapport aux personnes âgées espagnoles. Cependant, l'état de dépendance restant une problématique associée au vieillissement dans son ensemble, nous ne sommes pas en mesure de conclure que l'éloignement de la famille fait état d'une relative indépendance de la personne âgée. Il peut néanmoins être intéressant d'explorer la possibilité selon laquelle les personnes âgées n'ayant pas la possibilité de solliciter une assistance auprès de leur famille, car cette dernière ne réside pas à proximité immédiate, ont davantage tendance à recourir à une aide extérieure à leur foyer.



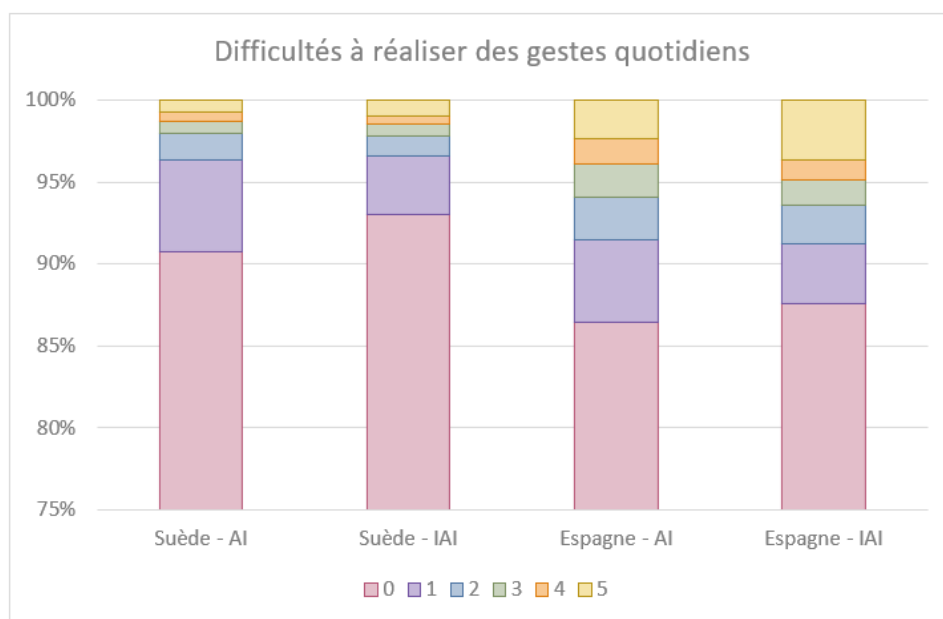
Ce graphique indique si les répondants ont reçu de l'aide provenant d'amis, de voisins, ou de famille ne résidant pas dans le même foyer. Par aide, l'on entend ici des soins personnels (toilette, habillage, nourriture), de l'assistance pour entretenir le foyer (ménage) ou encore pour remplir des formalités administratives.

Nous pouvons ainsi constater que les répondants suédois —au même titre que les répondants européens dans leur ensemble—, ont davantage tendance à solliciter une aide extérieure au foyer vis-à-vis des personnes âgées espagnoles.

À la lumière de nos observations précédentes, cela semble provenir du fait que les répondants espagnols n'ont pas nécessairement besoin de solliciter une aide extérieure au foyer dans la mesure où leur ménage est constitué d'individus —notamment leurs enfants— ayant la possibilité de les assister dans leurs tâches quotidiennes.

Enfin, nous sommes en mesure de nous intéresser plus précisément aux caractéristiques de la dépendance en elle-même, pour ainsi constater des possibles différences entre nos pays concernant sa nature ou son intensité. Pour ce faire, nous concentrons notre analyse sur deux indicateurs respectivement notés *AI* et *IAI*. L'indicateur *AI* (*Activities Index*) regroupe cinq gestes de la vie quotidienne (s'habiller, se laver, couper sa nourriture/manger, traverser une pièce et se mettre au lit/sortir du lit) dont la pénibilité est évaluée sur une échelle de 0 à 5 par les répondants.

De la même façon, les répondants sont invités à évaluer un deuxième indicateur *IAI* (*Instrumental Activities Index*) qui concerne cinq gestes plus techniques (passer un appel téléphonique, prendre des médicaments, gérer de l'argent, faire des courses alimentaires et préparer un repas chaud) dont la difficulté est également évaluée sur une échelle de 0 à 5.



Dans un premier temps, force est de constater que la grande majorité des répondants ne semblent pas sujet à une quelconque dépendance quant aux gestes quotidiens précédemment mentionnés. En effet, indépendamment du pays considéré, plus de 85% des répondants n'éprouvent aucune difficulté (niveau 0) à réaliser des gestes quotidiens, ce score excédant même les 90% —respectivement 90,8% et 93% pour l'AI et l'IAI— chez les répondants suédois.

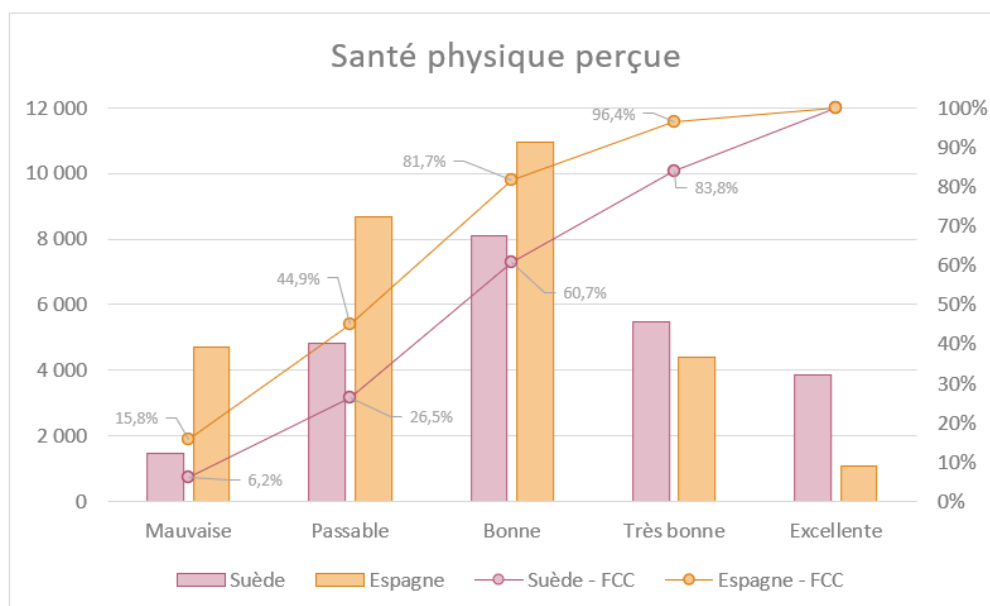
Néanmoins, lorsque l'on considère les plus hauts niveaux de dépendance, les personnes âgées espagnoles semblent davantage concernées que leurs homologues suédois, dans la mesure où 5,9% (AI) et 6,4% (IAI) des répondants espagnols éprouvent un niveau de difficulté supérieur ou égal à trois dans la réalisation de gestes quotidiens, contre seulement 2% et 2,2% des répondants suédois.

Enfin, nous pouvons constater que pour un niveau de pénibilité nul (Espagne) ou très faible à nul (Suède), les répondants éprouvent davantage de facilité à réaliser des tâches de type IAI comparativement à celles de type AI. Si ces dernières semblent à première vue moins complexes, elles impliquent toutefois pour la plupart un effort physique plus important que celui requis par les tâches IAI, quand ces dernières sollicitent pour leur part les capacités cognitives de l'individu. Cela nous amène ainsi à nous focaliser par la suite sur le lien entre vieillesse et santé physique ou encore santé mentale.

III. Santé physique

La santé physique est définie par l'OMS comme « l'état corporel d'un individu, prenant tout en considération, de l'absence de maladie jusqu'au niveau de condition physique ». Cette définition induit la nécessité de traiter cette notion sous différents angles pour en dégager une vue d'ensemble.

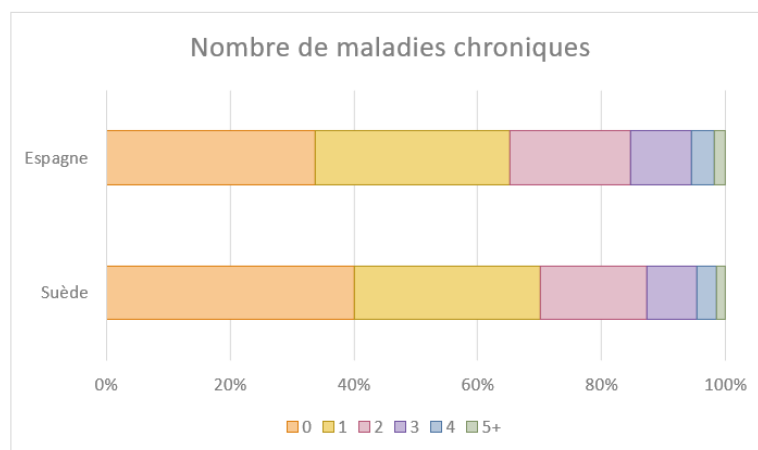
De ce fait, après avoir étudié la santé physique perçue des répondants, nous nous intéresserons à d'autres caractéristiques personnelles telles que la condition physique, les habitudes de consommation d'alcool et de tabac ou encore la fréquence d'activité physique.



Le graphique ci-dessus illustre les différences d'auto-évaluation de la santé physique des répondants. En effet, ces derniers étaient invités à évaluer leur propre santé physique parmi différentes modalités ordinales allant de « Mauvaise » à « Excellente ». Nous pouvons également renvoyer ces modalités à une échelle d'évaluation allant de 1 à 5.

Nous sommes en mesure de constater que dans l'ensemble, la santé perçue des répondants suédois est bien meilleure que celle de leurs homologues espagnols. La santé physique auto-évaluée moyenne des répondants suédois s'élève à 3,2/5 contre 2,6/5 pour les répondants espagnols, tandis que la moyenne européenne s'élève pour sa part à 2,8/5. De plus, quand près d'une personne âgée espagnole sur deux (44,9%) déclare avoir une santé physique passable ou mauvaise, cela ne concerne que 26,5% des répondants suédois. Au contraire, 16,2% de ces derniers attestent d'une excellente santé physique, contre seulement 3,6% des répondants espagnols.

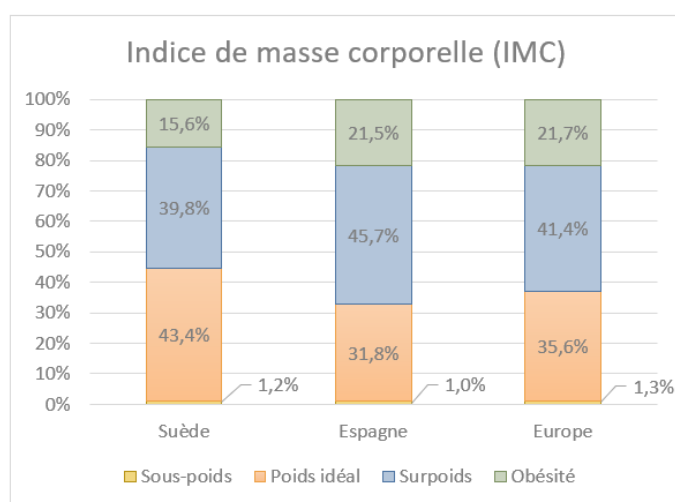
En complément à la santé auto-perçue, il peut également être pertinent de s'intéresser à d'autres caractéristiques personnelles, moins subjectives, qui une fois associées entre-elles permettent de témoigner du niveau global de santé physique d'une population. Les graphiques suivants seront ainsi focalisés sur des variables telles que les maladies chroniques, l'indice de masse corporelle ou encore les habitudes de vie.



Le graphique ci-dessus concerne le nombre de maladies chroniques. Il s'agit de maladies évolutives et de longue durée, leurs effets impactant la vie quotidienne de l'individu au-delà des seuls champs de la santé et des soins. Nous considérons ici des maladies uniquement diagnostiquées par des médecins, et telles que cancer, diabète, maladie de Parkinson, cataracte, AVC, hypertension, cholestérol, maladies pulmonaires chroniques, etc.

Nous sommes en mesure de constater que bien que davantage de répondants suédois ne déclarent souffrir d'aucune maladie chronique (40,1% contre 33,7% pour les répondants espagnols), les résultats apparaissent davantage similaires lorsque l'on considère les individus souffrant d'au moins une maladie chronique : 47,2% des personnes âgées suédoises et 50,9% de leurs homologues espagnols sont atteints d'une ou de deux maladies chroniques, tandis que respectivement 12,7% et 15,3% d'entre eux déclarent avoir plus de trois maladies chroniques simultanément.

Ainsi, ils semblerait tout de même que les répondants suédois soient un peu moins touchés par les maladies chroniques que les répondants espagnols. Certaines de ces maladies étant directement liées aux habitudes de vie des individus, c'est sous cet angle d'analyse que nous allons poursuivre notre étude.

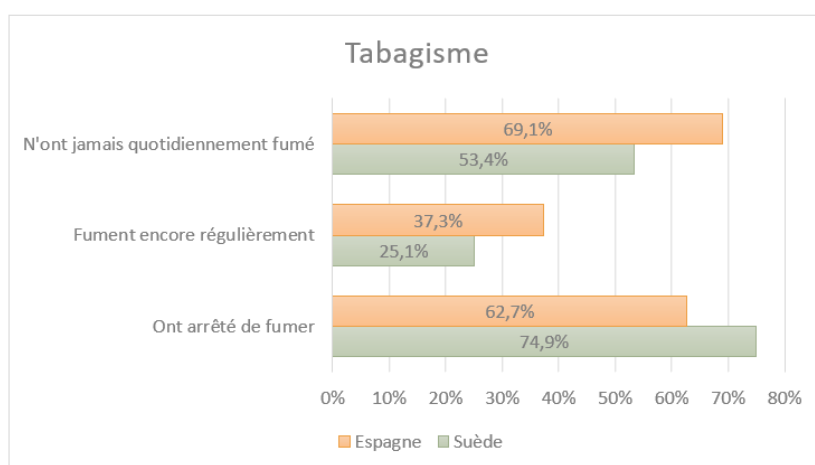


Ce graphique recense la répartition des quatre catégories d'indice de masse corporelle (IMC) en fonction du pays considéré ainsi que celle pour l'ensemble de l'Europe.

Cet indice pondéral faisant le lien entre taille et poids d'un individu est un bon indicateur de sa corpulence globale, ainsi que des risques associés aux problèmes de poids —notamment diabète et maladie cardiovasculaires—.

Dans un premier temps, nous pouvons constater qu'indépendamment de la nationalité considérée, la situation de sous poids est très peu répandue parmi les personnes âgées. En Suède, la modalité la plus représentée est « poids idéal » dont sont concernés 43,4% des répondants, tandis que respectivement 45,7% des répondants espagnols et 41,4% des répondants européens tous pays confondus sont catégorisés comme étant en surpoids.

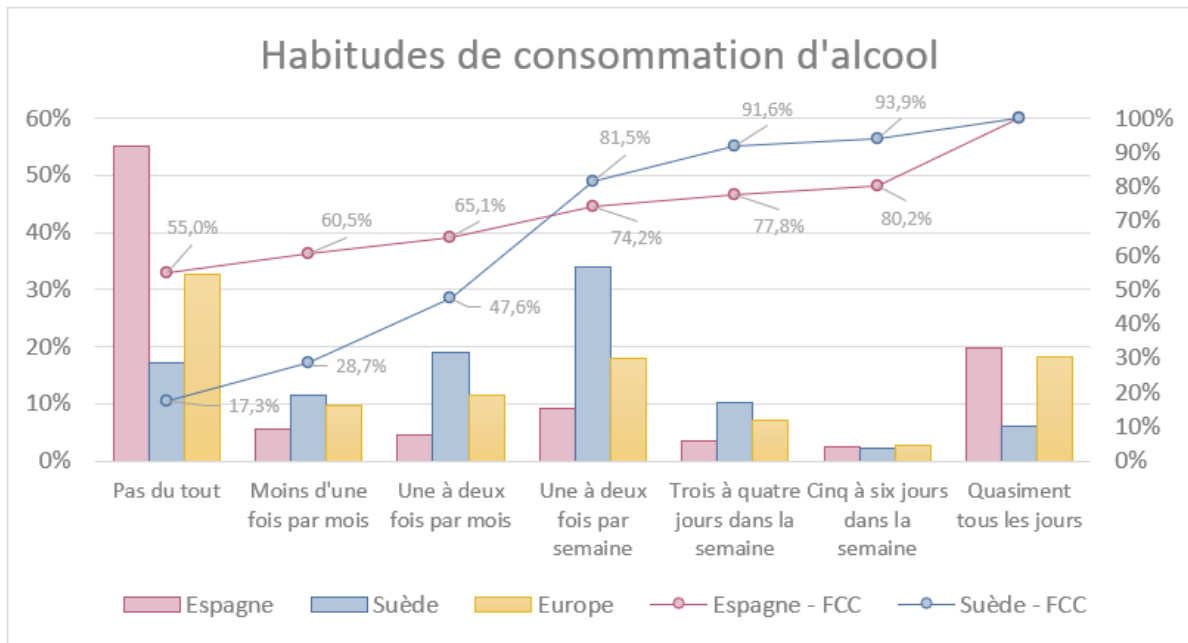
Ainsi, il semblerait que les personnes âgées suédoises aient une corpulence moins à risque que leurs homologues espagnols, dont la répartition étant par ailleurs relativement davantage similaire à celle de l'Europe dans sa globalité.



Si l'on s'intéresse à présent au tabagisme, qui peut notamment entraîner des maladies pulmonaires, ce graphique nous aiguille davantage sur les habitudes des répondants concernant la consommation de tabac.

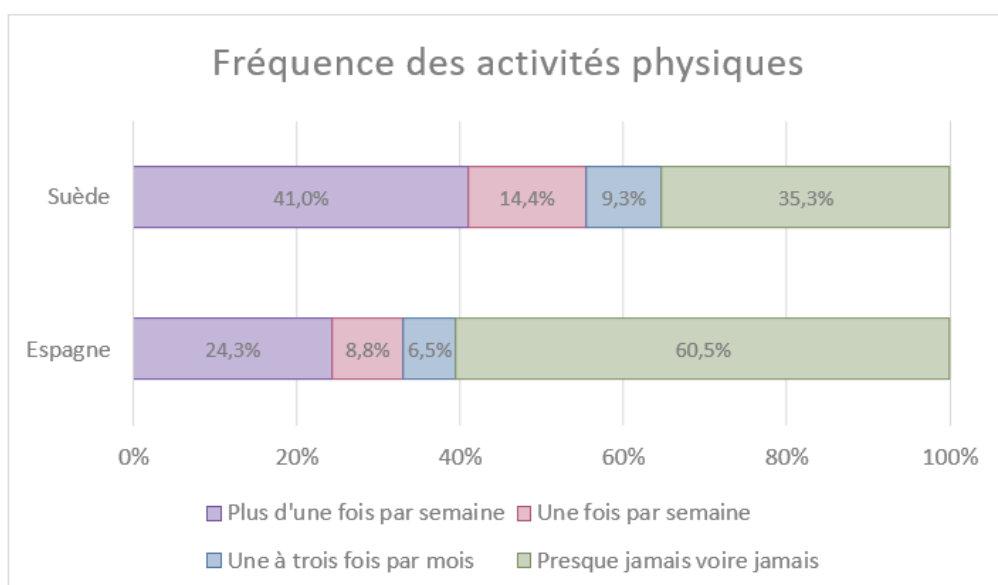
Nous pouvons dans un premier temps remarquer que la proportion des personnes âgées espagnoles n'ayant jamais quotidiennement fumé au cours de leur vie s'élève à 69,1% contre 53,4% des Suédois. Cependant, parmi les 46,6% des répondants suédois ayant déjà quotidiennement fumé, 74,9% d'entre eux ont néanmoins pris la décision d'arrêter de fumer et ne fumaient donc plus au moment où le sondage a été réalisé. D'un autre côté, seuls 62,7% des anciens fumeurs réguliers espagnols ont pour leur part arrêté de fumer.

Nous pouvons également nous intéresser à la consommation d'alcool des répondants, une consommation trop régulière et intensive sur le long terme étant susceptible de provoquer des maladies du foie ou du pancréas, de l'hypertension ou encore des troubles cardiovasculaires. Les répondants étaient invités à évaluer leur consommation d'alcool durant les trois (six pour la première vague) derniers mois, sur une base de sept modalités temporelles allant d'une consommation nulle à quasiment journalière.



Nous pouvons tout d'abord constater que plus de la moitié des répondants espagnols n'ont pas du tout consommé d'alcool durant les derniers mois, tandis que cela ne concerne que 17,3% de leurs homologues suédois. Cependant, la tendance s'inverse avec l'augmentation de la fréquence de consommation, dans la mesure où 81,5% des personnes âgées suédoises ne consomment de l'alcool qu'une ou deux fois toutes les semaines ou moins, quand cela ne concerne que 74,2% des répondants espagnols. D'autre part, 19,8% des personnes âgées espagnoles —soit près d'une sur cinq— consomment de l'alcool quasi quotidiennement, contre seulement 6,1% des Suédois.

Enfin, en considérant la moyenne européenne dans les cinq premières modalités, les comportements des deux nationalités de répondants considérées semblent constituer à chaque fois un extrême vis-à-vis du comportement des individus européens.



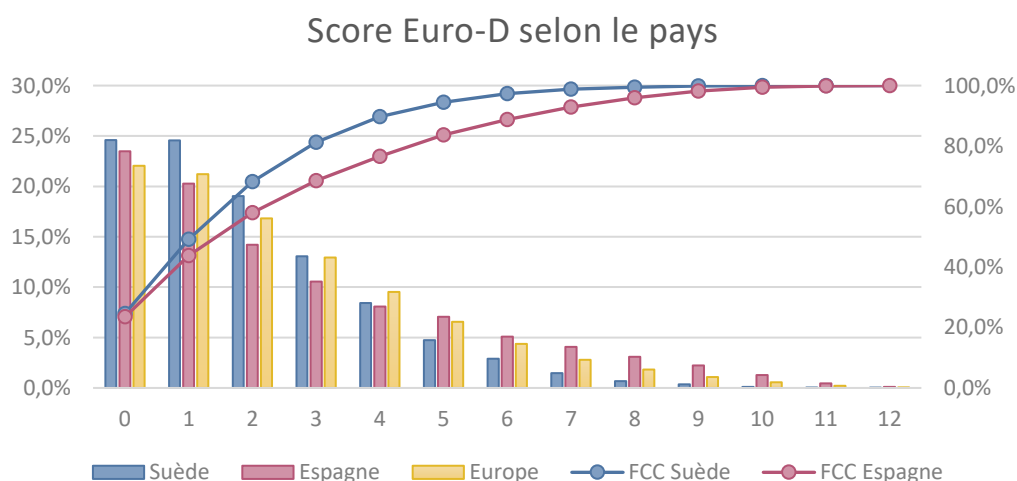
Pour conclure notre analyse sur la santé physique, nous pouvons enfin nous intéresser aux différences d'habitudes d'activité physique des répondants. En effet, une activité physique régulière, même si d'intensité modérée, est un des principaux facteurs de prévention des certaines pathologies chroniques. Dans le cadre de cette analyse, nous entendrons par activité physique du sport à proprement parler ainsi que toute activité (réalisée au domicile, au travail, etc.) entraînant un effort physique de la part de l'individu.

Ainsi, ce graphique nous permet aisément de constater que les habitudes d'activité physique régulière sont prédominantes chez les répondants suédois. En effet, plus de la moitié (55,4%) d'entre eux exercent une activité physique au moins une fois par semaine, contre seulement 33,1% de leurs homologues espagnols. De plus, 60,5% n'exercent très peu voire pas d'activité physique, à savoir moins d'une fois par mois, quand cela ne concerne que 35,3% des répondants suédois. Enfin, dans l'ensemble, ce graphique est révélateur dans nos deux pays d'un clivage important entre individus très actifs et individus sédentaires, les deux catégories intermédiaires étant les moins représentées dans les deux cas.

IV. Santé mentale

Nous allons désormais comparer la santé mentale en Espagne et en Suède en utilisant la base SHARE. Dans ce cadre nous utiliserons différentes variables que nous détaillerons pour chaque partie. Dans cette partie nous allons utiliser le score « EURO-D », qui représente une combinaison de 12 variables représentées par des questions posées à l'enquête, qui sont par exemple : « Avez-vous ressenti de la tristesse au cours du dernier mois ? ». Pour chaque réponse positive concernant les différents symptômes, le score augmente d'un point, l'échelle allant 0 (pas dépressif) à 12 (très dépressif car le répondant déclare être sujet à l'intégralité des symptômes considérés).

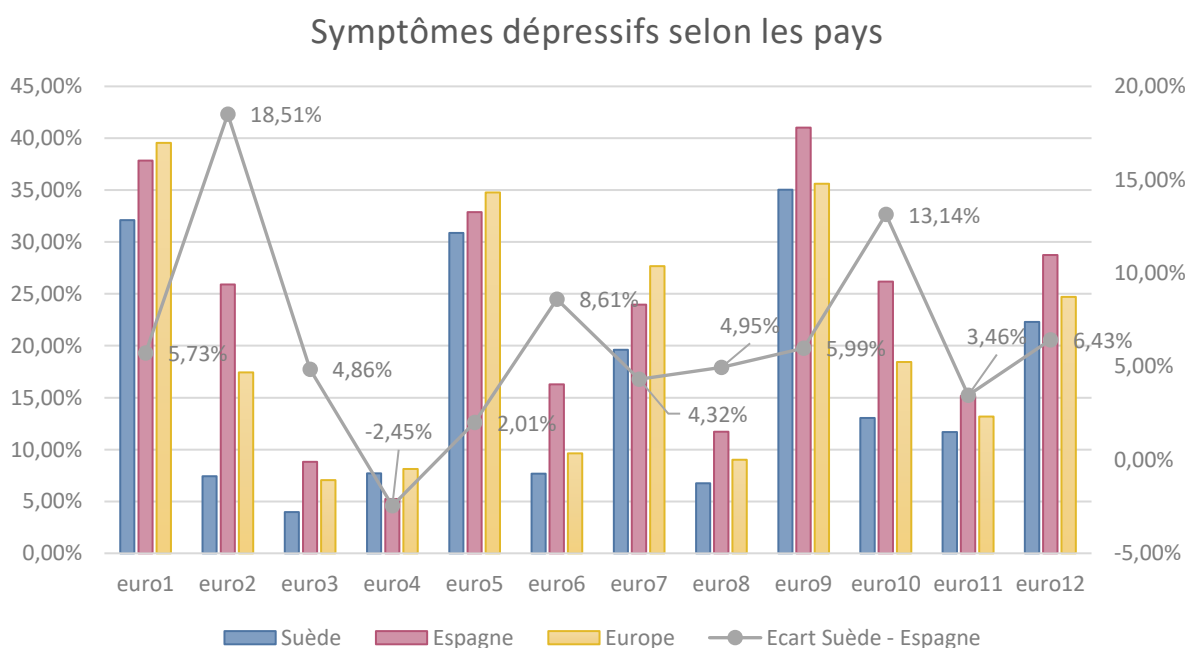
La seconde variable dont nous allons parler est le score CASP et il représente la qualité de vie et l'index de bien-être. Il se base sur 4 facteurs : le contrôle, l'autonomie, le plaisir et la réalisation de soi, ainsi le score est la somme de ces 4 facteurs. Ainsi, il varie de 12 à 48, plus le score est élevé, plus sa qualité de vie et son bien-être sont bons.



Pour commencer, nous avons ci-dessous le score euro-D selon le pays, avec la moyenne européenne. A gauche c'est la part d'individu ayant un score compris 0 et 12, parmi les gens de ce pays. A droite l'échelle représente les fréquences cumulées de l'Espagne et de la Suède. Ce graphique s'analyse de la manière suivante : « Parmi les Suédois, environ 25% d'entre eux ne présentait aucun symptôme dépressif ».

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la part de suédois est plus élevée que la part d'espagnole pour les scores faibles (de 1 à 4), mais qu'ensuite cette tendance s'inverse avec les scores supérieurs à 5. Les fréquences cumulées illustrent parfaitement cela, on peut voir que 90% des suédois ont un score compris entre 0 et 4, à l'instar des espagnols qui sont environ 70 % à avoir un score compris entre 0 et 4. Nous pouvons donc conclure que les espagnols, présentent, toutes choses égales par ailleurs, plus de symptômes de dépression que les suédois.

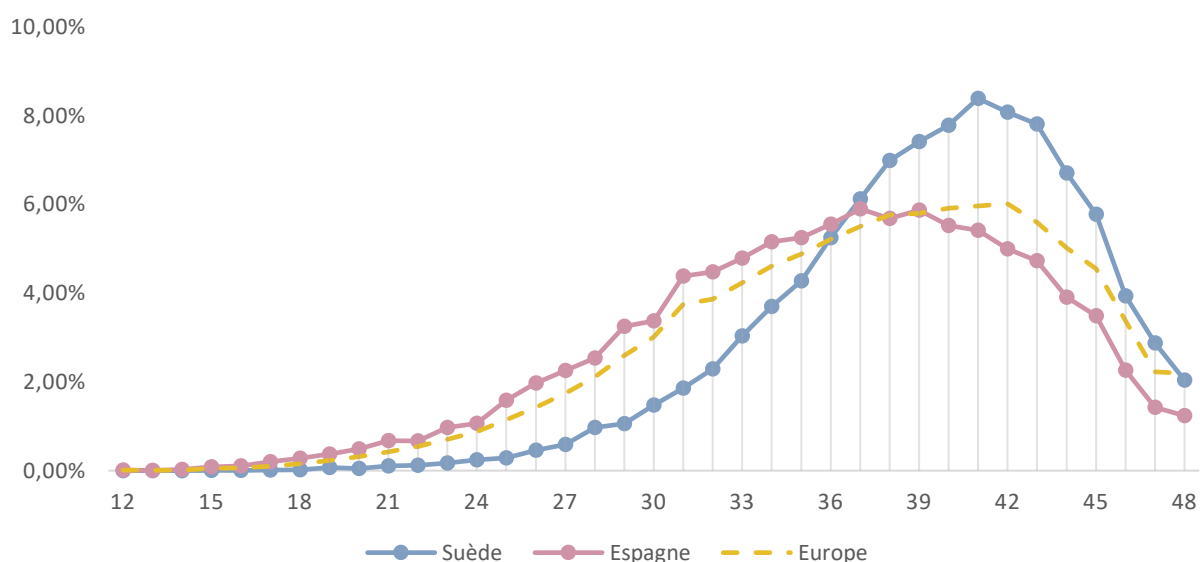
Dans un second temps, nous allons analyser le graphique ci-dessous, la gauche représente la part de personnes, parmi les répondants, ayant souffert d'un des symptômes dépressifs (liste disponible en annexe). A droite, nous avons la différence entre l'Espagne et la Suède, ce qui permettra de mettre en lumière les spécificités entre les pays.



Premièrement, nous pouvons remarquer que sur l'ensemble des symptômes dépressifs l'Espagne a une part de sa population touchée plus forte que la Suède, sauf pour « l'euro4 » qui concerne la responsabilité ou la culpabilité pour quelque chose. Dans un second temps, nous pouvons également remarquer que les 3 symptômes qui ont le plus d'écart sont : l'euro2, l'euro10 et l'euro6. Concernant l'euro2, cela représente l'espérance pour le futur, l'euro10 lui est l'incapacité à se concentrer sur un programme télévisuel, pour finir l'euro6 concerne l'intérêt général pour les choses. Pour finir, il est important de noter que l'Espagne a une part plus grande de la population qui est touchée par l'ensemble des symptômes (sauf pour le 1, 4, 5 et 7) comparé à la moyenne européenne.

Pour conclure, nous avons le graphique ci-dessous qui montre la part des individus selon le score CASP. Il se lit de la manière suivante : parmi les Suédois ayant répondu, environ 8% d'entre eux ont un score CASP de 41.

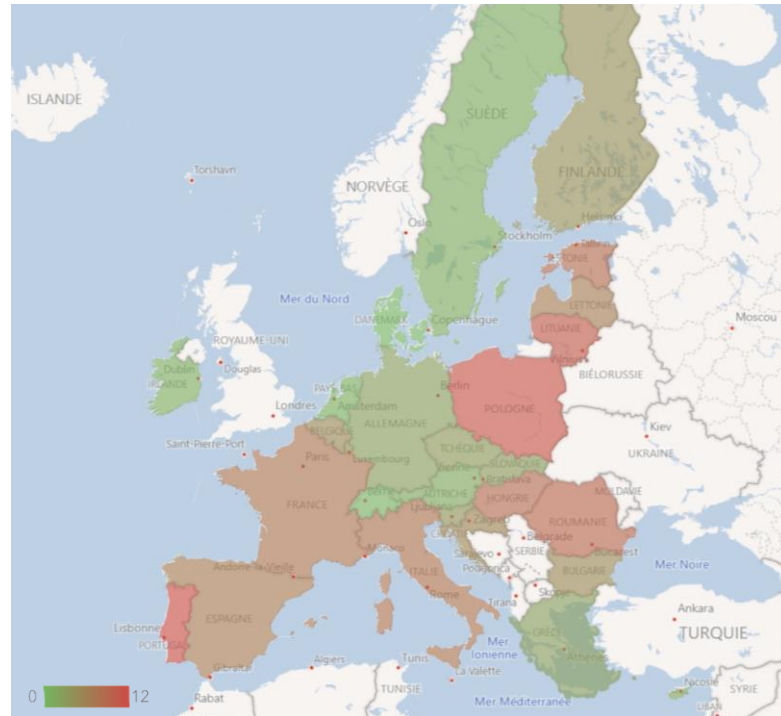
Score CASP selon les pays



Tout d'abord, nous pouvons remarquer que le score CASP est en moyenne plus élevé pour la Suède que pour l'Espagne, nous avons d'ailleurs réalisé un tableau ci-dessous montrant la moyenne du score CASP et de l'euro-d pour nos 2 pays et la moyenne européenne. Nous pouvons également remarquer que les courbes de l'Espagne et de l'Europe se croise à partir du score de 38, ainsi, nous pouvons dire que les Espagnols ont des scores plus faibles que la moyenne, parmi les scores CASP les plus élevés.

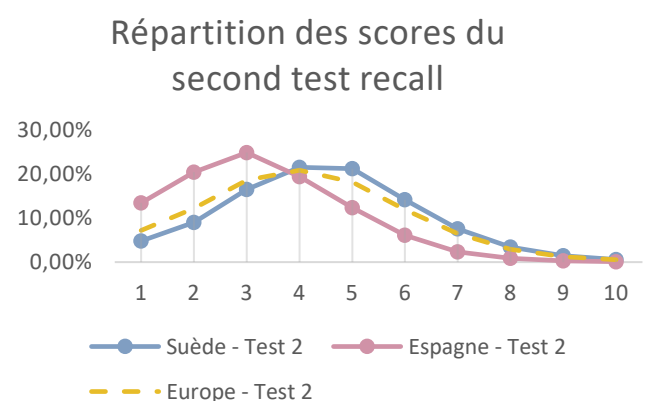
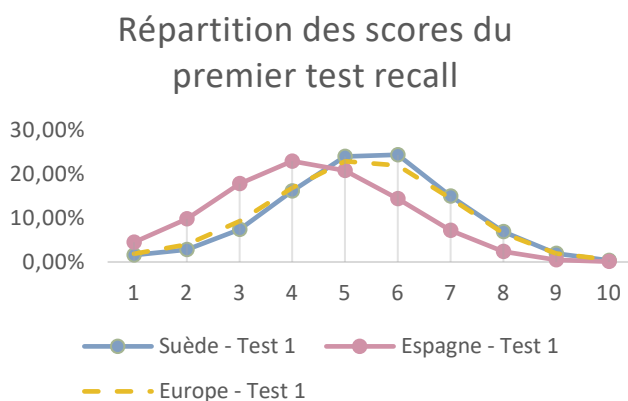
	SUEDE	ESPAGNE	EUROPE
MOYENNE CASP	39,33	36	37,22
MOYENNE EURO-D	1,965	2,71	2,433

Pour finir, si l'on se base sur le score EURO-D et le score CASP, la Suède à une population qui à une santé mentale meilleure que l'Espagne, et de l'ensemble de l'Europe, contrairement à l'Espagne. Pour rendre cela plus visuelle, nous avons réalisé la carte ci-dessous, nous permettant de représenter les scores Euro-D de l'ensemble des pays compris dans la base.



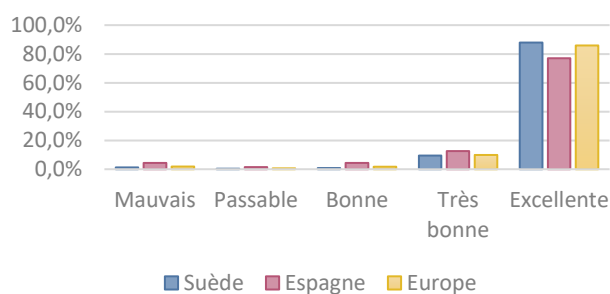
En [annexe](#), vous pourrez retrouver les scores associés au pays. Ainsi nous pouvons dire que les scores euro-D vont en moyenne de 1,807 pour le Danemark, à 3,859 pour la Lettonie, la Suède elle est en cinquième position et l'Espagne en vingt-deuxième position.

Pour évaluer la santé mentale, la base SHARE est aussi dotée de question autour des capacités cognitives des individus. Ces questions sont des tests, ils sont au nombre de 5 et en 3 catégories. Ainsi, il y a 2 tests « Recall » qui sont un test de de mémorisation des mots, le score est compris entre 0 et 10, plus le score est élevé, plus la personne à retenue de mot. Ensuite il y a le test « Orienti », qui est un test d'orientation vis-à-vis du temps, le score est compris entre 0 (bon) à 4 (mauvais). Pour finir, il a les 2 tests « Numeracy » qui sont des tests de mathématiques basique, les scores allant de 1 (mauvais) à 5 (bon). Les tests Recall et Numeracy, ne sont pas identique, pour plus d'information vous pouvez aller consulter la présentation des variables [ici](#).



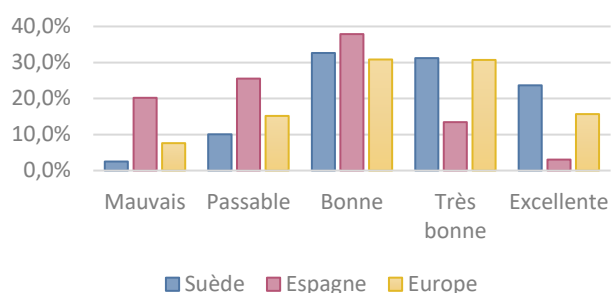
Pour commencer, nous avons ci-dessous la distribution des résultats pour les 2 tests recall. Nous pouvons voir que sur l'ensemble des tests la Suède a une moyenne supérieure à l'Espagne et très similaire à la moyenne européenne. Ensuite, nous avons ci-dessous, nous avons la répartition des individus au test Orienti.

Orientation par rapport au temps selon les pays

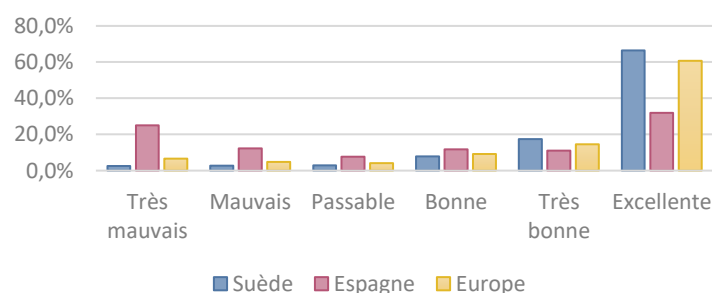


Nous remarquons que la majorité des individus ont d'excellente note à ce test, même si l'on remarque un léger retard de l'Espagne. Pour finir, nous avons les 2 graphiques ci-dessous montrant la distribution des résultats aux tests Numeracy.

Répartition des scores au premier test de mathématiques



Répartition des scores au second test de mathématiques



Dans un premier temps, nous pouvons remarquer que la note la plus commune au premier test pour les Espagnols et les Suédois était « Bonne », alors qu'elle était « Excellente » pour le second, il semble donc que le premier test était plus complexe que le second. Dans un second temps, on peut remarquer qu'il y a très peu de Suédois ayant une note mauvaise ou passable, contrairement aux Espagnols, de plus, nous remarquons la même tendance pour les notes très bonne ou excellente. Dans un troisième temps, on peut remarquer que sur le second test, le nombre d'Espagnols ayant une très mauvaise note est d'environ 22%, ce qui est très élevé, la différence de score entre les 2 pays est d'ailleurs d'autant plus forte sur ce second test. Pour finir, nous pouvons constater qu'encore une fois, la Suède est meilleure que l'Espagne sur ces tests, nous avons également réalisé le tableau, ci-dessous, récapitulant la moyenne pour les 2 pays ainsi que la moyenne européenne.

	SUEDE	ESPAGNE	EUROPE	ECART SUEDE - ESPAGNE
MOYENNE RECALL 1	5,39 /10	4,33 /10	5,26 /10	1,06
MOYENNE RECALL 2	4,47 /10	3,31 /10	4,18 /10	1,16
MOYENNE ORIENTI	4,83 /5	4,57 /5	4,77 /5	0,26
MOYENNE MATH 1	3,63 /5	2,54 /5	3,32 /5	1,09
MOYENNE MATH 2	4,45 /5	3,06 /5	4,19 /5	1,39

Ainsi, nous pouvons constater que la suède à des moyenne supérieur sur l'ensemble des tests cognitifs, avec une différence d'environ un point pour les tests mathématiques et de mémoire.

Pour finir, nous avons réalisé des statistiques descriptives pour tenter d'expliquer une part de la différence en terme niveau de santé mentale entre la Suède et l'Espagne. Pour cela nous avons dégagé 2 axes d'explication à cette différence qui sont d'une part, la différence de culture religieuse, et de l'autre la situation économique. Ainsi, nous nous sommes basés sur différentes sources, et il est important de noter qu'il pourrait y avoir d'autres axes d'explications et que nous avons sélectionner ceux-ci de manière partielle. Sur l'ensemble de cette partie, les graphiques auquel nous ferons références seront disponible en annexe.

Pour commencer, nous allons parler de la culture religieuse, pour cela nous nous sommes basés sur l'article de Aranda. L se nommant « Doubling up: A gift or a shame? Intergenerational households and parental depression of older Europeans » ou l'auteur conclu que « robust evidence of a positive effect of coresidence on the mental health of the older generation in those European countries historically marked by a Catholic tradition. »¹ Ici, l'auteur montre qu'il semble exister un effet positif à vivre en co-résidence si l'on est d'une certaine tradition religieuse. Nous nous sommes également basé sur l'ouvrage : « The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults »².

Pour commencer il est important de noter que la suède est un pays dont l'Eglise luthérienne (qui est une église protestante) fut une religion d'état jusque dans les années 2000, il y a donc une majorité de personne appartenant à cette église en Suède. Concernant l'Espagne, c'est un pays ayant une culture catholique, c'était la religion d'Etat jusqu'à la constitution de 1978 qui sépare officiellement l'église de l'Etat, c'est donc un pays de tradition catholique. Cela est constatable dans nos statistiques descriptives disponible [ici](#), avec des individus se déclarant majoritairement protestant en suède et majoritairement catholique en Espagne.

En partant de cette observation, nous avons comparé le protestantisme et le catholicisme pour voir si la santé mentale variait selon ces individus, afin de constater si oui ou non, il y avait un lien de corrélation entre la tradition religieuse et la santé mentale des individus. Pour cela, nous avons réalisé 3 graphiques qui sont disponible [ici](#), qui compare, les scores euro-d, les différents symptômes dépressifs et pour finir les scores CASP.

¹ L. Aranda, « Doubling up: A gift or a shame? Intergenerational households and parental depression of older Europeans », Social Science & Medicine, vol. 134, p. 12-22, juin 2015.

² C. L. M. Keyes et D. C. Reitzes, « The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults », Aging & Mental Health, vol. 11, no 4, p. 434-443, juill. 2007.

Concernant le score euro-d, nous constatons qu'en moyenne, les individus à culture protestante ont un score euro-d inférieur à ceux à culture catholique. Nous pouvons dire que 70,7% des individus à culture protestante ont des scores euro-d inférieur ou égale à 2 alors que ceux à culture catholique sont 61,3 %, la répartition est très similaire au tableau comparant les scores euro-d entre la Suède et l'Espagne. Ensuite, en comparant les différents symptômes, on constate que les personnes à culture catholique sont plus touchées par l'ensemble des symptômes, les différences les plus notables sont sur l'euro2 et l'euro10. Ces symptômes sont respectivement l'espoir dans le futur (pour l'euro2) et la capacité à se concentrer sur un programme audio, visuelle, télévisuelle. Pour finir, la répartition du score CASP est très similaire à celle vue précédemment (lorsque l'on comparait les 2 pays), avec les personnes à culture catholique ayant un score CASP inférieur à ceux étant de culture protestante. Ainsi, nous pouvons conclure qu'il semble exister une corrélation entre la culture religieuse et la santé mentale, cependant il faudrait faire une étude approfondie pour voir s'il existe un lien de causalité entre ces deux variables.

Nous allons désormais étudier le lien entre situation financière et santé mentale. Pour cela, nous nous sommes basés sur la variable « co007_ », qui est une réponse à la question « Quel est votre capacité à joindre les deux bouts ? », il y a 4 réponses possibles : grosses difficultés, quelques difficultés, facilement, très facilement. Ainsi, il est important de noter que les suédois semblent arriver plus facilement à joindre les 2 bouts avec 86,1 % qui ont au moins répondu « facilement », alors que seulement 55,3 % des espagnols y arrivent facilement.

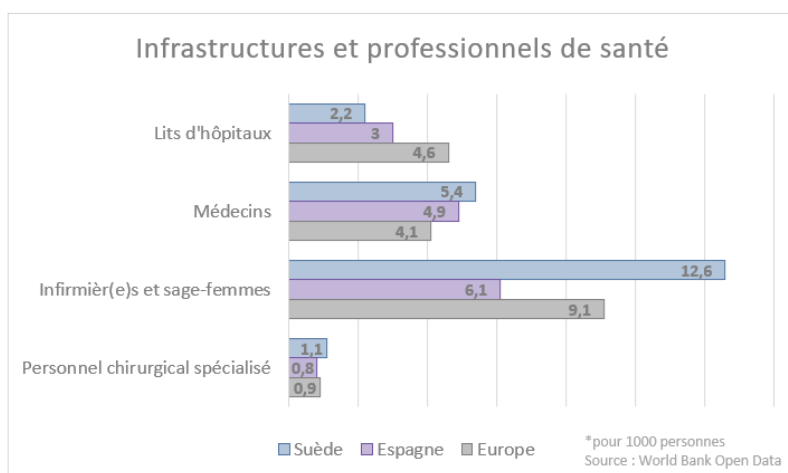
Ainsi, nous avons encore une fois comparé le score euro-d selon l'appartenance à l'un de ces 4 groupes, le graphique est disponible [ici](#). On remarque qu'il y a une relation presque symétrique, dans le sens où plus la situation économique est mauvaise, plus le score euro D sera élevé. Sur le second graphique comparant les symptômes, nous remarquons exactement la même tendance, plus la situation économique est mauvaise, plus la probabilité d'avoir le symptôme est forte pour l'ensemble des symptômes.

Pour conclure nous pouvons donc dire qu'il semble également exister un lien de corrélation entre la situation économique et la santé mentale, encore une fois, une étude approfondie serait nécessaire pour démontrer un lien de causalité.

V. Accès aux soins

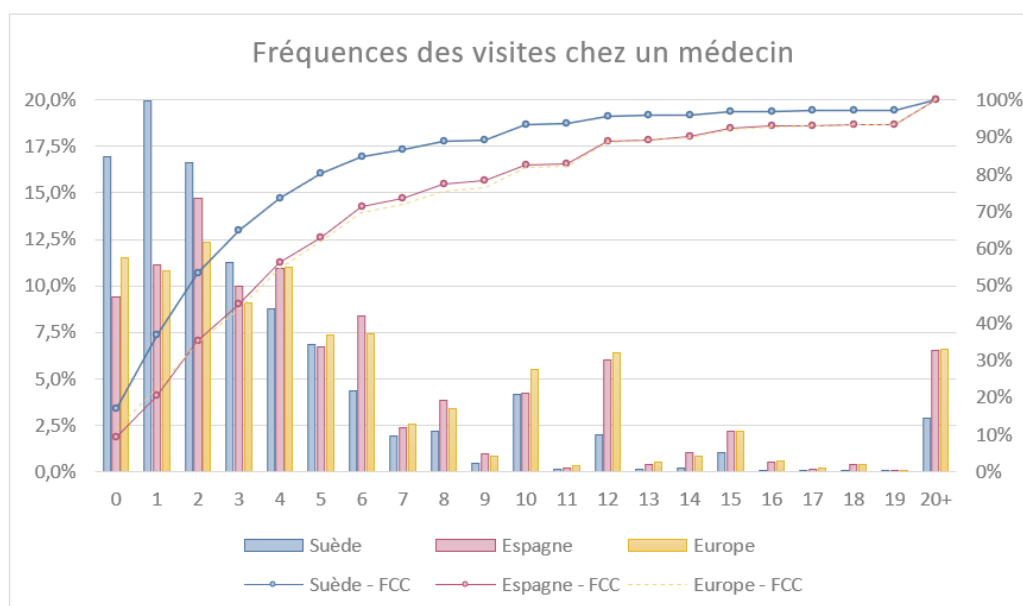
L'accès aux soins fait état d'une plus ou moins grande facilité d'une population à disposer et recevoir les soins qui lui sont nécessaires. La santé des individus ayant tendance à décliner avec l'âge, et l'espérance de vie à la naissance étant en constante augmentation ces dernières années, les personnes âgées sont une tranche d'âge de la population ayant nécessairement davantage recours aux soins.

Ainsi, pour traiter cette thématique, nous choisissons de nous intéresser d'une part aux moyens dont disposent nos deux pays en termes d'infrastructures et de personnels de santé, et d'autre part aux habitudes de fréquentations de médecins des individus.



Le graphique ci-dessus recense pour l'année 2018 la quantité d'infrastructures et de professionnels par tranche de 1000 habitants pour nos deux pays, ainsi que la moyenne européenne associée. Nous pouvons ainsi constater que si l'Espagne et la Suède disposent de moins de lits d'hôpitaux que la moyenne européenne, ils possèdent au contraire davantage de médecins que la moyenne des pays européens. Nous pouvons également remarquer que la Suède dispose de plus de deux fois plus d'infirmier(e)s et de sage-femmes par rapport à l'Espagne (12,6 pour 1000 contre 6,1 pour 1000). Enfin, les effectifs de personnel chirurgical spécialisés sont relativement proches de la moyenne européenne, la Suède en disposant de légèrement plus et l'Espagne légèrement moins que l'ensemble des pays européens.

Enfin, le nombre d'infrastructures et personnels sont directement liés à la fréquence de fréquentation des lieux de santé par les individus, dans la mesure où ces derniers pourront se permettre d'aller voir leur médecin plus régulièrement si celui-ci est sollicité par moins de patients et a donc davantage de créneaux disponibles —ce qui n'est possible qu'avec un nombre assez élevé de médecins pour un nombre d'habitants donné—.



Cela nous amène ainsi à nous intéresser aux fréquences annuelles des visites chez un médecin. Les répondants ont ainsi été sollicités pour indiquer combien de fois au cours des douze derniers mois ils ont été amenés à consulter un médecin pour parler de leur état de santé.

Nous pouvons ainsi constater que si le comportement des personnes âgées espagnoles est très similaire si ce n'est confondu avec les habitudes européennes en la matière de fréquentation de médecins, force est de constater que leurs homologues suédois ont un peu moins tendance à consulter des médecins. En effet, 64,8% des personnes âgées suédoises ont déclaré n'avoir consulté un médecin que 3 fois ou moins au cours de la dernière année, contre respectivement 45,2% et 43,7% de leurs homologues espagnols et européens. De plus, 6% des répondants espagnols ont été consulter un médecin en moyenne une fois par mois —soit 12 fois dans l'année au total— contre seulement 2% des répondants suédois. Enfin, nous pouvons remarquer que 6,5% des Espagnols attestent une fréquentation annuelle chez leur médecin de l'ordre de plus de 20 visites, quand cela ne concerne que 2,9% des Suédois.

VI. Dépenses de santé

Nous allons désormais comparer les différentes dépenses de santé selon les 2 pays. Pour cela nous nous sommes notamment intéressés à la couverture de l'assurance maladie des 2 pays.

Via le site de la CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale) nous pouvons avoir accès à ces informations. Ainsi, il semblerait que l'assurance maladie de la Suède soit plus large, en effet : « *L'assurance maladie couvre notamment, en totalité ou partiellement, les prestations suivantes : les **soins ambulatoires primaires ou spécialisés**, les **soins hospitaliers**, les **consultations médicales**, les **médicaments**, les **soins dentaires**, les **frais de transport**, les **frais funéraires**, les **services de réadaptation**, les **soins de longue durée**.* »³. L'Espagne elle, couvre moins de chose « *Le système national de santé couvre totalement ou partiellement les prestations de base suivantes : **prévention, diagnostic, traitement et réadaptation dans le domaine sanitaire ou médico-social, transports sanitaires d'urgence, médicaments et dispositifs médicaux, orthèses et prothèses, produits diététiques, transports sanitaires non urgents soumis à prescription médicale pour des raisons médicales.*** »⁴

Pour y voir plus clair, nous avons réalisé un tableau récapitulatif des 2 systèmes.

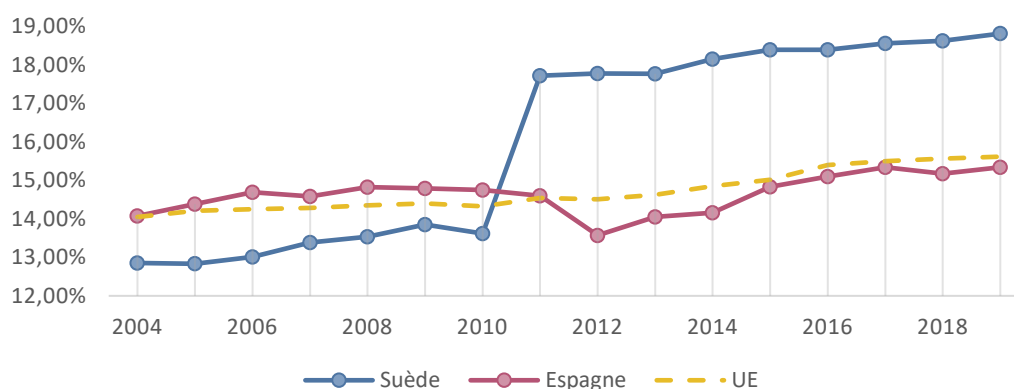
³ CLEISS (2021). Le système de santé suédois. Paris : CLEISS. Disponible sur Internet : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html>

⁴ CLEISS (2021). Le système de santé espagnol. Paris : CLEISS. Disponible sur Internet : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html>

	SUEDE	ESPAGNE
SOINS AMBULATOIRES	✓	
SOINS HOSPITALIERS	✓	
CONSULTATIONS MEDICALES	✓	✓
MEDICAMENTS	✓	✓
SOINS DENTAIRE	✓	
FRAIS DE TRANSPORT	✓	✓
FRAIS FUNERAIRES	✓	
SERVICES DE READAPTATION	✓	
SOINS DE LONGUE DUREE	✓	
ORTHESES ET PROTHESES		✓
PRODUITS DIETETIQUES		✓
TRANSPORTS SANITAIRES D'URGENCE		✓

Concernant l'analyse de données, nous n'avons pas accès aux dépenses de santé via la base SHARE, nous nous sommes donc basés sur les données de la banque mondiale⁵ et avons utilisé 4 variables, sur l'horizon 2004 – 2019, 2004 étant l'année de la première vague SHARE. Nous avons également pris des données du site « Country Economy »⁶. Via la banque mondiale, nous avons aussi accès à une moyenne européenne, qui prend uniquement en compte les pays de l'UE, ce qui sera pratique pour faire des comparaisons. Nous avons également divisé notre analyse en 2 parties, avec d'une part, les dépenses du gouvernement dans la santé, et de l'autre les dépenses moyenne de soins par citoyen.

Dépenses intérieures de santé des administrations publiques
(% des dépenses des administrations publiques)

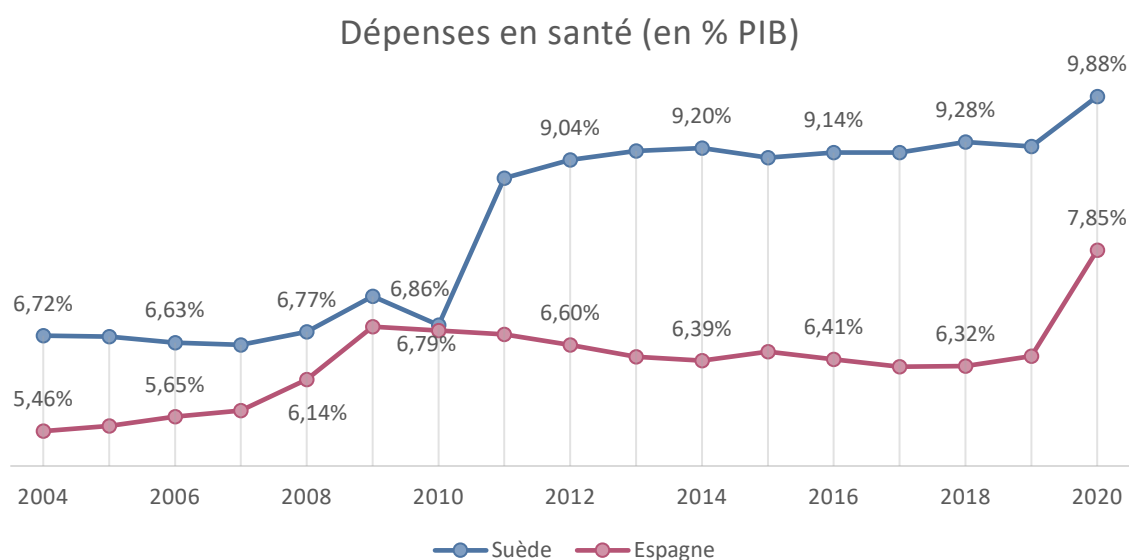


⁵ World Bank (2022). World Bank Open Data. Washington: World Bank. Disponible sur Internet : <https://data.worldbank.org/>

⁶ CountryEconomy (2022). Dépenses publiques en santé. Madrid: CountryEconomy. Disponible sur Internet: <https://fr.countryeconomy.com/gouvernement/depenses/sante>

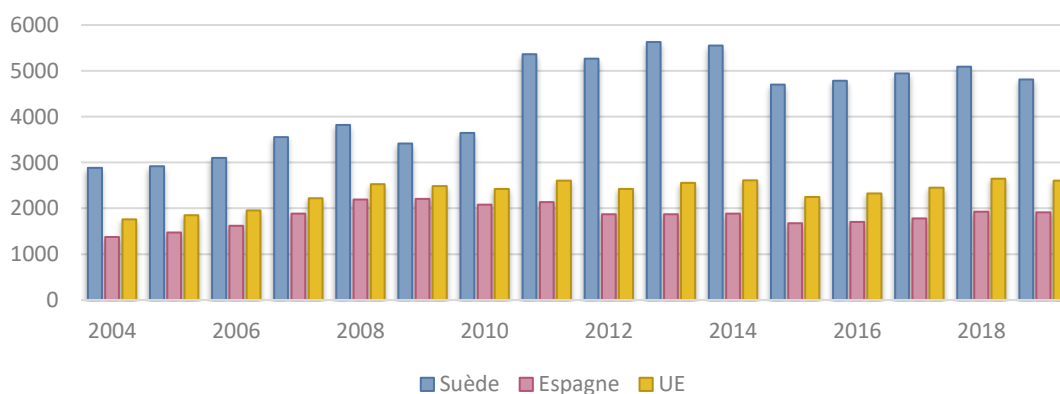
Dans un premier temps, nous pouvons remarquer que la Suède a connu une nette évolution de 2010 à 2011 en passant d'une année à l'autre d'environ 13,5 % des dépenses de l'administration publique à environ 18%. Ce phénomène serait lié à une réforme du système des soins de santé primaires en 2010, ayant décentralisé le système en permettant aux patients de choisir leur centre de santé et aux fournisseurs de soins de s'installer là où ils le souhaitent.⁷

Nous pouvons également remarquer cette nette évolution, via le graphique ci-dessous, l'augmentation des dépenses de santé en % du PIB.



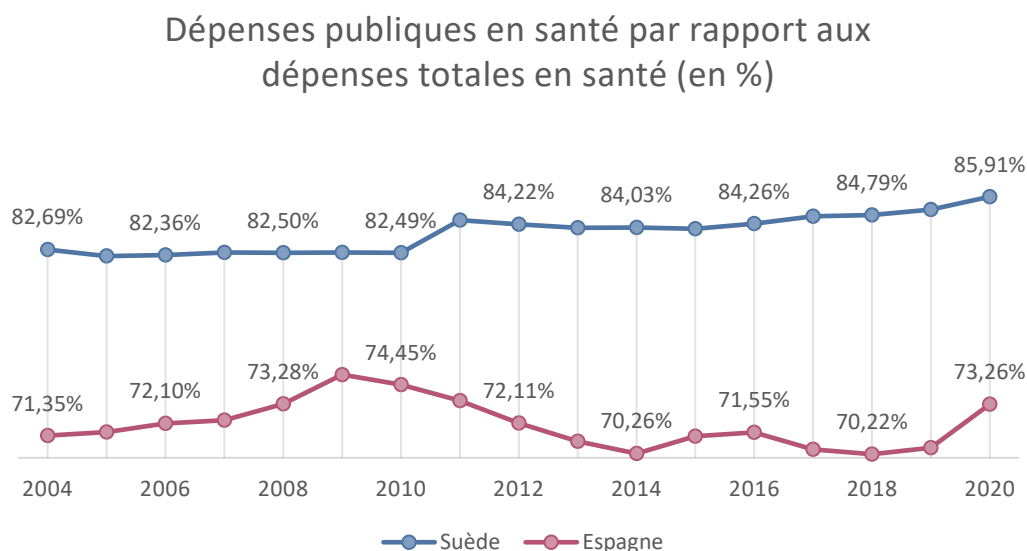
Comme nous pouvons le remarquer, les dépenses de santé sont restées stables de 2004 à 2010, autour de 7 %, puis ont nettement progressé à partir de 2011 en Suède, avoisinant plus de 9 % du PIB. L'Espagne est restée plus constante sur l'ensemble de la période avec des taux autour de 5 – 6 %. Cependant, on constate une deuxième augmentation en 2020, avec le covid-19.

Dépenses intérieures de santé des administrations publiques par habitant (en dollars courants)



⁷ Aschan-Leygonie, C. (2017). Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise. *Revue francophone sur la santé et les territoires*.

On remarque que le niveau de la Suède est supérieur à la moyenne européenne et à l'Espagne qui elle, est inférieure à la moyenne européenne. Nous retrouvons le phénomène précédent, on passe en 2010 d'une dépense moyenne par habitant d'environ 3500 \$ à une dépense de plus de 5000 \$ en 2011, et cela reste constant. L'Espagne, elle, reste inférieure à la moyenne européenne et constante sur toute la durée de la période, avec une dépense moyenne de 2000 \$ par habitants. Le graphique ci-dessous montre le % de dépense publique en santé qui sont supporté par l'Etat.



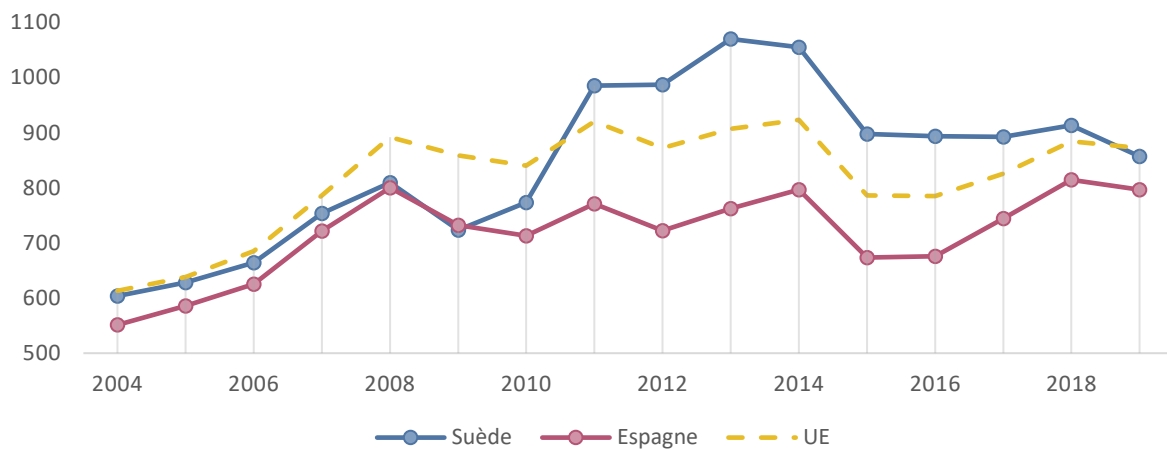
Comme nous pouvons le voir, la Suède assure une plus grande part des dépenses de santé par rapport à l'Espagne. Cependant, lorsque l'on compare avec ce que la Suède dépenses pour les citoyens (2/2,5 fois plus que l'Espagne) et le % des dépenses de santé assuré par l'Etat, l'écart est plus faible. Nous pouvons supposer que l'Espagne à accès à des soins moins cher, ce qui expliquerait cet écart de niveau.

Nous allons désormais voir trois graphiques qui sont composé d'une part, des dépense privées intérieurs par habitant. Les dépenses privées se définissent comme étant : « le financement provenant de sources privées (ménages, entreprises, sponsors et sources internationales) »⁸. Et de l'autre, les dépenses moyenne par habitants, supportées par les habitants. Pour finir, nous avons soustraits la dépense privée, à la dépenses personnelles, pour avoir une idée des dépenses privée qui ne sont pas supportées par les ménages.

Pour commencer, nous avons ci-dessous un graphique représentant la dépense privée intérieur de santé par habitant en dollars courant de 2004 à 2019.

⁸ UNESCO, Dépenses privées en patrimoine (Pourcentage), Paris : UNESCO, Disponible sur internet : <https://uis.unesco.org/fr/glossary-term/dépenses-privées-en-patrimoine-pourcentage> (Consulté le 09/12/2022)

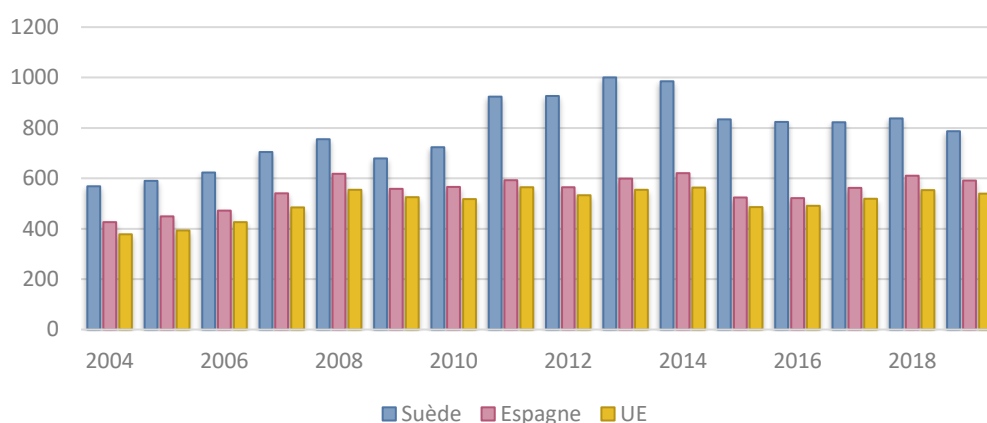
Dépense privée intérieure de santé par habitant (en dollars courants)



Tout d'abord, nous pouvons remarquer que les dépenses en Espagne et en Suède poursuivent une évolution positive et similaire de 2004 à 2008, tout en restant inférieure à la moyenne de l'union européenne. A partir de 2010, la Suède va connaître une explosion de sa dépense privée par habitant, jusqu'à dépasser la moyenne de l'UE entre 2011 et 2012. A l'instar de l'Espagne qui va stagner jusqu'en 2018 avec des niveaux autour de 700 dollars par habitants. La moyenne européenne elle va augmenter jusqu'en 2008 puis rester constante sur le reste de la période. Pour finir, à partir de 2018, les écarts entre les différents pays vont se resserrer, avec des écarts inférieurs à 100 € par habitant entre la Suède et l'Espagne.

Ensuite, nous avons ci-dessous, les dépenses personnelles des ménages en dollars courant, par habitants de 2004 à 2019.

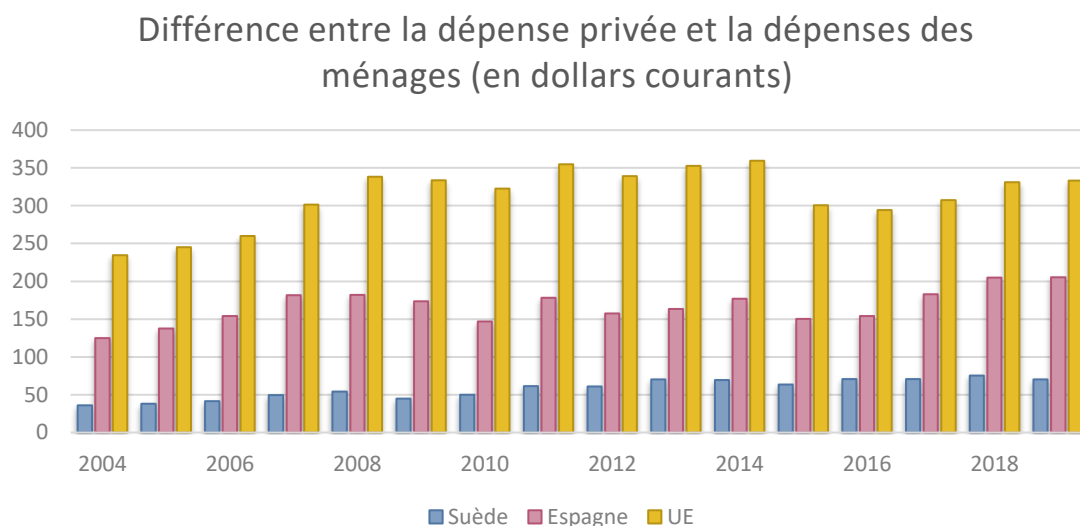
Dépenses personnelles par habitant (en dollars courants)



Ce qu'il est important de constater, c'est que comme la dépense privée de santé est en grande partie couverte par les ménages, la différence entre ce graphique et le précédent n'est pas remarquable à première vue. Cependant, nous pouvons remarquer que la moyenne européenne est systématiquement inférieure à l'Espagne, ce qui est une différence notable. Ensuite, nous

remarquons la même explosion de ces dépenses, courant 2010. Pour finir, il est important de noter que la suède garde des dépenses personnelles bien supérieur à l'Espagne et à l'UE, avec une différence de plus de 200 dollars.

Pour finir, nous avons réalisé le graphique suivant en soustrayant le premier graphique au second pour obtenir la dépense privée qui n'est pas supportées par les ménages, en dollars courants, de 2004 à 2019.



Avant toute chose, nous nous sommes demandé à quoi correspondait cette somme. Selon nos recherches, en France, la dépense privées qui n'est pas supportés par les ménages provient des assurances maladies complémentaire, de l'ordre de 13 % en 2006⁹. Cette couverture maladie complémentaire (mutuelle santé) est payé par les ménages pour s'assurer qu'elle payera les frais qui ne sont pas supporté par la sécurité sociale¹⁰. Ces mutuelles peuvent être proposé par de nombreux acteurs, comme des assurances, l'entreprise du ménage, des banques, etc....

Concernant l'Espagne, il existe un système d'assurance santé privées, décomposé en 3 contrats¹¹ : le réseau médical avec franchise, le réseau médical sans franchise et le réseau médical avec libre choix des médecins. Selon un reportage de l'alliance solidaire des Français de l'étranger (ASFE)¹², l'assurance privé est conseillée pour pallier les lacunes du secteur publique.

⁹ C. Prieur, « Dépenses de santé: Pourquoi ne pas dire la vérité aux Français ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 18, n° 1, p. 95, 2008, doi: 10.3917/seve.018.0095.

¹⁰ Service Public (2022). Couverture maladie complémentaire (mutuelle). Paris : Service-Public. Disponible sur internet : [Couverture maladie complémentaire \(mutuelle\) | Service-public.fr](#) (Consulté le 19/12/2022)

¹¹ Custodio, L. (2021). Tout comprendre sur l'assurance santé en Espagne. J'achète en Espagne. Disponible sur internet : [Tout comprendre sur l'assurance santé en Espagne \(jacheteenespagne.com\)](#) (Consulté le 19/12/2022)

¹² ASFE (2022). Le système de santé espagnol. Paris : Alliance Solidaire des Français de l'Etranger. Disponible sur internet : [Le système de santé espagnol - ASFE \(alliancesolidaire.org\)](#) (Consulté le 19/12/2022)

A propos de la Suède, les informations sont plus complexes à trouver mais il semblerait qu'il y a, selon le site « La Suède en Kit »¹³, peu de mutuelles mais certaines entreprises proposant des assurances maladies complémentaires. Cependant nous ne disposons pas de chiffres, à part ceux que nous avons ci-dessus.

Après ce bref résumer des différents systèmes d'assurance privé, nous allons pouvoir nous intéresser à notre graphique. Ainsi comme convenu, la Suède a des niveaux faibles de dépenses privées, entre 40 et 75 dollars. L'Espagne elle a des niveaux jusqu'à 3 à 4 fois supérieurs, avoisinant les 200 € par habitants, sur la fin de la période. Pour finir, la moyenne européenne est bien supérieure à l'Espagne, avec des niveaux 2 fois supérieurs à ceux de l'Espagne. Nous pouvons donc dire que sur ce point précisément il y a d'énormes disparités entre, d'une part, la Suède et l'Espagne, et, d'autre part, entre ces 2 pays et l'UE.

VII. Conclusion

Arrivés au terme de notre étude, cette conclusion nous permettra de revenir sur les principaux résultats obtenus ainsi que sur les différents points abordés.

Dans un premier temps, le but de notre étude était de faire la comparaison entre la Suède et l'Espagne. Pour ce faire, nous sommes servis de la base easySHARE qui est une base de données simplifiée de la base SHARE, qui est une cohorte réalisée sur 30 pays européens et Israël depuis 2004, et avons utilisé différents indicateurs. Ce développement était divisé en 5 axes, qui sont : la dépendance, l'accès aux soins, les dépenses de santé, la santé mentale et la santé physique. Nous allons donc rapidement revenir sur l'ensemble de ces thèmes puis en tirer les conclusions.

La première partie de notre étude portait sur la dépendance, pour l'analyser, nous nous sommes servis de la taille, de la composition et de l'aide extérieure au foyer ainsi que de la difficultés à faire des gestes au quotidien. Il ressort qu'en moyenne, les ménages suédois sont moins grands qu'en Espagne, cela étant dû à une plus forte présence de la famille (enfants, frères, sœurs) à proximité ou dans les foyers espagnols. Cela se répercute alors dans les tâches du quotidien, les personnes âgées espagnols ayant moins recours à une aide extérieure au foyer, cependant cela se fait au prix d'une certaine autonomie. En effet, les personnes âgées espagnols ont un niveau de difficulté à réaliser des gestes quotidiens plus élevés que leurs homologues suédois.

La seconde partie portait sur la santé physique, pour étudier ce sujet, la base SHARE mettait à disposition 3 types d'indicateurs. Tout d'abord, la santé physique perçue qui est une auto-évaluation de sa propre santé, puis la santé physique réelle, avec l'IMC et le nombre de

¹³ Sylvie R. (2017). La sécurité Sociale suédoise – trois cas de figure. La Suède en kit. Disponible sur internet : [La Sécurité Sociale suédoise — trois cas de figure * La Suède en kit \(lasuedeenuit.se\)](https://www.lasuedeenuit.se/) (Consulté le 19/12/2022)

maladies chronique, pour finir sur les comportement à risque (tabagisme, alcool et activité physique). Ce qui ressort de ces indicateurs, c'est que les Suédois ont autoévaluation plus optimiste de leurs propres santé que leurs homologues espagnols qui sont d'ailleurs environ 67 % à être au moins en surpoids, ce qui n'est le cas pour 54,5 % des enquêtés suédois. Pour finir, en moyenne les personnes âgées espagnols ont plus de comportement à risque que les Suédois avec un niveau de tabagisme et de consommation d'alcool plus fort et de l'activité physique moins régulière.

La partie suivante portait sur la santé mentale, nous avons donc utilisé le score euro-d, le casp ainsi que les tests cognitifs pour dresser un portrait de la santé ces populations. Ainsi, pour l'ensemble des indicateurs, la population âgées suédoise à une meilleure santé mentale que l'Espagne ainsi que de meilleurs résultats aux tests cognitifs. De plus, lors de cette partie nous avons également réalisé une tentative d'explication à cette différence en démontrant un lien de corrélation entre la santé mentale et, d'une part, culture religieuse et d'autre part, la situation économique.

Ensuite, nous avons étudié l'accès aux soins en utilisant, les infrastructures, le nombre de professionnelles de santé et la fréquence de visites chez un médecin. Ainsi nous avons remarqué qu'il y avait moins de lits d'hôpitaux en Suède qu'en Espagne mais plus de personnels soignants, dont 2 fois plus d'infirmière et de sage-femmes en Suède. De plus, nous constatons que les personnes âgées espagnols ont une plus forte tendance à aller consulter des médecins que leurs homologues suédois.

Pour finir, nous avons parlé des dépenses de santé, pour cela nous avons comparé, les dépenses publiques et les dépenses privées de santé. Ce qui ressort c'est que la Suède investit une part plus importante (9,88%) de son PIB dans la santé que l'Espagne (7,85%), cela est remarquable quand on étudie les dépenses par habitant, en effet, les dépenses suédoises sont presque deux fois supérieures aux dépenses espagnoles. De plus, cette tendance est similaire pour les dépenses privées qui sont plus fortes chez les Suédois que chez les Espagnols.

Enfin, pour conclure cette étude, tous nos résultats convergent vers le même constat, les personnes âgées suédoises sont en meilleure santé (physique et mentale) que la population espagnole, ce qui les conduits à être davantage dépendants et à avoir recours à des médecins plus régulièrement. En outre, la situation économique de l'Espagne pourrait être en grande partie responsable de cette situation.

VIII. Bibliographie

- [1] L. Aranda, « Doubling up: A gift or a shame? Intergenerational households and parental depression of older Europeans », *Social Science & Medicine*, vol. 134, p. 12-22, juin 2015.
- [2] C. L. M. Keyes et D. C. Reitzes, « The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults », *Aging & Mental Health*, vol. 11, no 4, p. 434-443, juill. 2007.
- [3] CLEISS (2021). Le système de santé suédois. Paris : CLEISS. Disponible sur Internet : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html> (Consulté le 09/12/2022)
- [4] CLEISS (2021). Le système de santé espagnol. Paris : CLEISS. Disponible sur Internet : <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/suede.html> (Consulté le 09/12/2022)
- [5] World Bank (2022). World Bank Open Data. Washington: World Bank. Disponible sur Internet : <https://data.worldbank.org/> (Consulté le 09/12/2022)
- [6] Country Economy (2022). Dépenses publiques en santé. Madrid: CountryEconomy. Disponible sur Internet : <https://fr.countryeconomy.com/gouvernement/depenses/sante> (Consulté le 09/12/2022)
- [7] Aschan-Leygonie, C. (2017). Des solutions pour améliorer l'accessibilité aux soins : l'expérience suédoise. *Revue francophone sur la santé et les territoires*.
- [8] UNESCO, Dépenses privées en patrimoine (Pourcentage), Paris : UNESCO, Disponible sur internet : <https://uis.unesco.org/fr/glossary-term/depenses-privées-en-patrimoine-pourcentage> (Consulté le 09/12/2022)
- [9] C. Prieur, « Dépenses de santé: Pourquoi ne pas dire la vérité aux Français ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 18, n° 1, p. 95, 2008, doi: 10.3917/seve.018.0095.
- [10] Service Public (2022). Couverture maladie complémentaire (mutuelle). Paris : Service-Public. Disponible sur internet : [Couverture maladie complémentaire \(mutuelle\) | Service-public.fr](#) (Consulté le 19/12/2022)
- [11] Custodio, L. (2021). Tout comprendre sur l'assurance santé en Espagne. J'achète en Espagne. Disponible sur internet : [Tout comprendre sur l'assurance santé en Espagne \(jachteeenespagne.com\)](#) (Consulté le 19/12/2022)
- [12] ASFE (2022). Le système de santé espagnol. Paris : Alliance Solidaire des Français de l'Etranger. Disponible sur internet : [Le système de santé espagnol - ASFE \(alliancesolidaire.org\)](#) (Consulté le 19/12/2022)
- [13] Sylvie R. (2017). La sécurité Sociale suédoise – trois cas de figure. La Suède en kit. Disponible sur internet : [La Sécurité Sociale suédoise — trois cas de figure ★ La Suède en kit \(lasuedeekenkit.se\)](#) (Consulté le 19/12/2022)
- [14] HAS. La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens. Paris : Haute autorité de santé, 58 p.

IX. Annexes

Présentation des variables

Via la base easy-SHARE, nous avons trouvé 19 variables qui traitait du thème de la santé mentale.

La variable « CASP » : représente la qualité de vie et l'index de bien-être. Il se base sur 4 facteurs : le contrôle, l'autonomie, le plaisir et la réalisation de soi, ainsi le score est la somme de ces 4 facteurs. Ainsi, il varie de 12 à 48, plus le score est élevé, plus sa qualité de vie et son bien-être sont bons.

Les variable « EURO » : Va prendre 2 valeurs : « Selected » ou non « selected »

Euro 1 : Codé « Selected » si la personne a été triste au cours du dernier mois.

Euro 2 : Codé « Selected » si l'individu n'as pas d'espoir dans le futur.

Euro 3 : Codé « Selected » si la personne a eu des envies suicidaires

Euro 4 : Codé « Selected » si la personne s'est sentie responsable ou coupable de quelque chose.

Euro 5 : Codé « Selected » si la personne à eu des difficultés à dormir

Euro 6 : Codé « Selected » si la personne présente des évolutions en termes d'intérêt pour les choses en général.

Euro 7 : Codé « Selected » si la personne s'est sentie irritable récemment.

Euro 8 : Codé « Selected » si la personne à connu un changement d'appétit.

Euro 9 : Codé « Selected » si la personne n'a pas eu suffisamment de motivation pour faire quelque chose qu'elle avait prévu de faire le mois dernier.

Euro 10 : Codé « Selected » si la personne à eu des difficultés à se concentré sur un programme télévisuel, un film, un programme audio

Euro 11 : Codé « Selected » si la personne n'a pas aimé quoique ce soit qu'elle à fait dernièrement (réponse à la question « Avez-vous apprécié faire quelque chose récemment »)

Euro 12 : Codé « Selected » si la personne à pleurer au cours du dernier mois.

La variable « EURO-D » : Est une combinaison des 12 dernières variables, l'échelle va de 0 (pas dépressif) à 12 (très dépressif). Pour faire simple, si l'une des variables « EURO » est « Selected » par le répondant, cela ajoute 1 point à son score EURO-D.

Les variables sur les fonctions cognitives : Sont des variables qui mesures les capacités cognitives des enquêtés.

Recall_1 : Nombre de mots rappelés lors d'un test de mémorisation des mots. Il est compris entre 0 et 10, plus le score est élevé, plus la personne à retenue de mot.

Recall_2 : Nombre de mots rappelés lors d'un test de mémorisation similaire au premier, simplement il est différé. Le score est également compris entre 0 et 10.

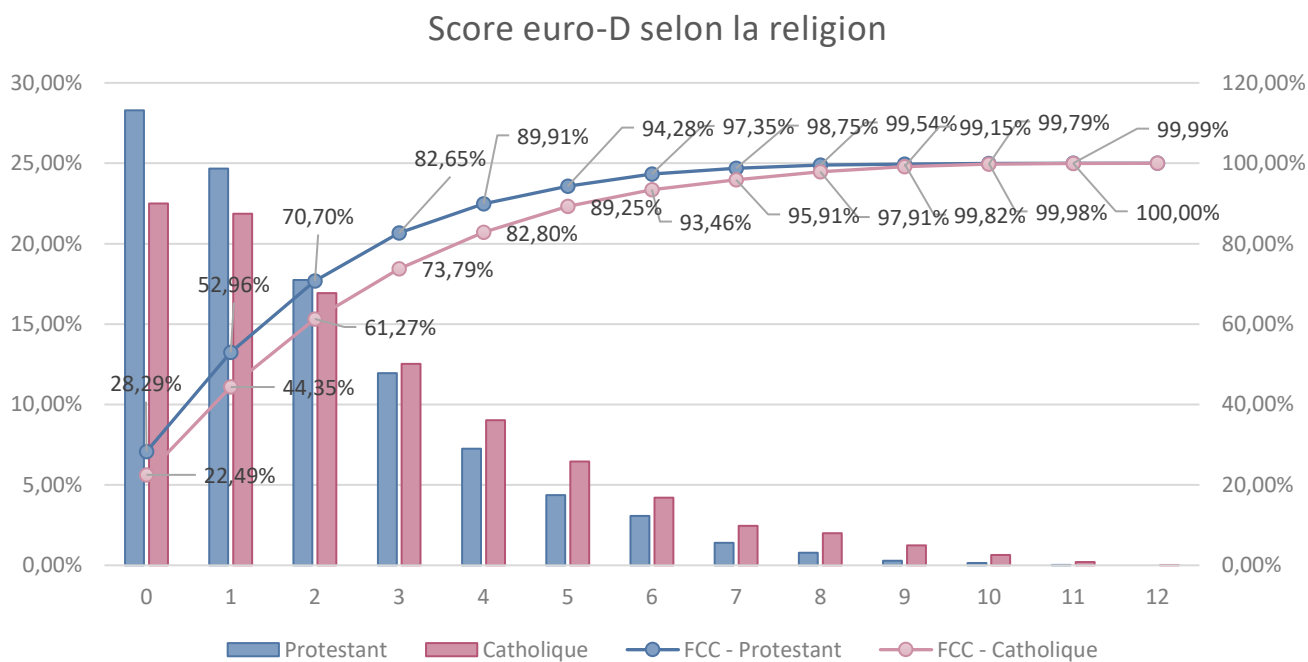
Orienti : L'orientation par rapport à la date, au mois, à l'année, correspond à l'orientation dans le temps. Le score est compris entre 0 (bon) à 4 (mauvais).

Numeracy_1 : Information sur les performances mathématiques des répondants, le score allant de 1 (mauvais) à 5 (bon), ne concerne pas les répondants des vagues 4, 5, 6, 7 et 8.

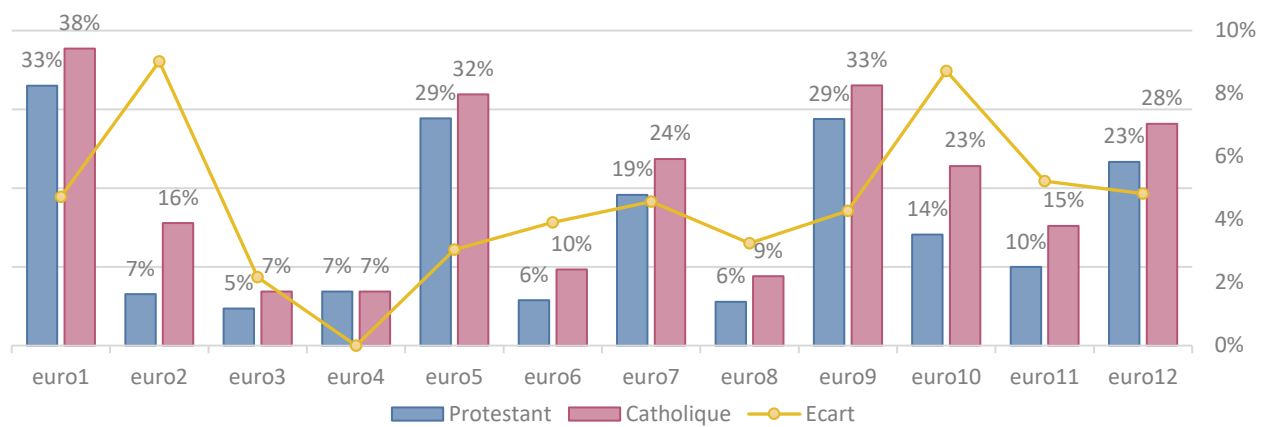
Numeracy_2 : Second test de mathématique, sur les soustractions et ayant été posé au répondant des vagues 4, 5, 6, 7 et 8.

Explication différences

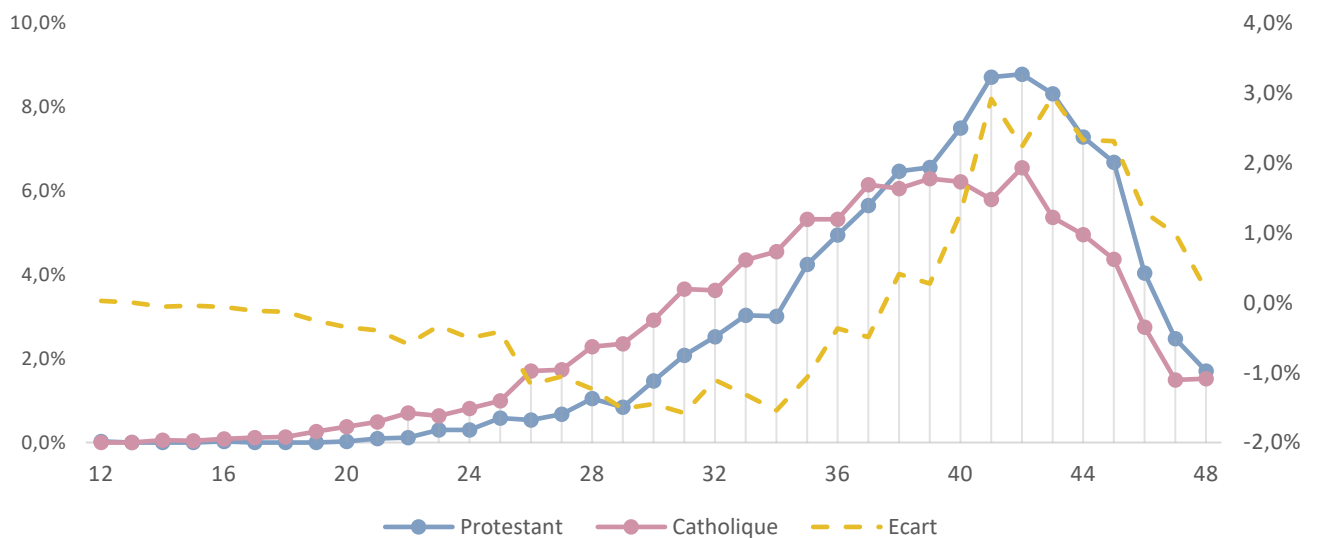
	SUEDE	ESPAGNE	EUROPE
PROTESTANT	1647	18	4599
CATHOLIQUE	23	1379	7607
ORTHODOXE	17	1	1992
JUIF	16	1	1303
MUSULMAN	16	2	238
AUTRE	30	8	400
ATHEE	301	75	2467



Symptômes dépressifs selon la religion



Distribution du score CASP selon la religion

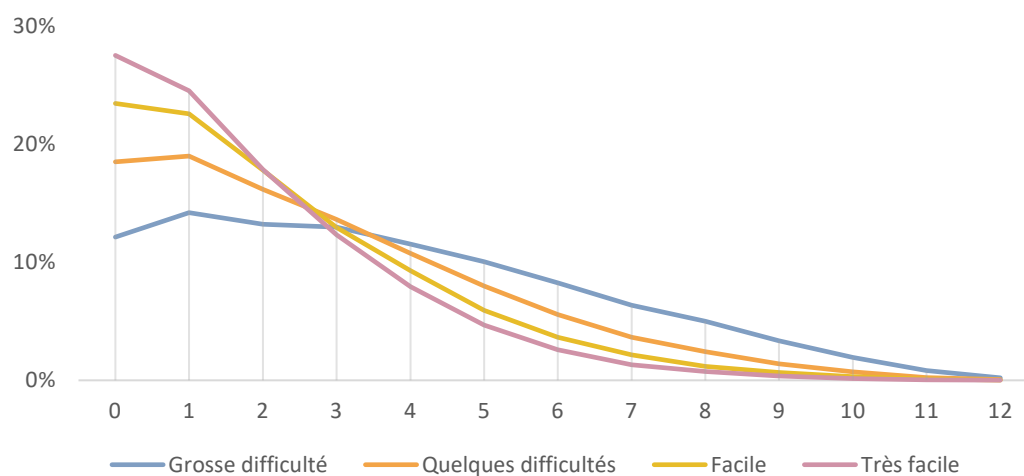


Partie 2

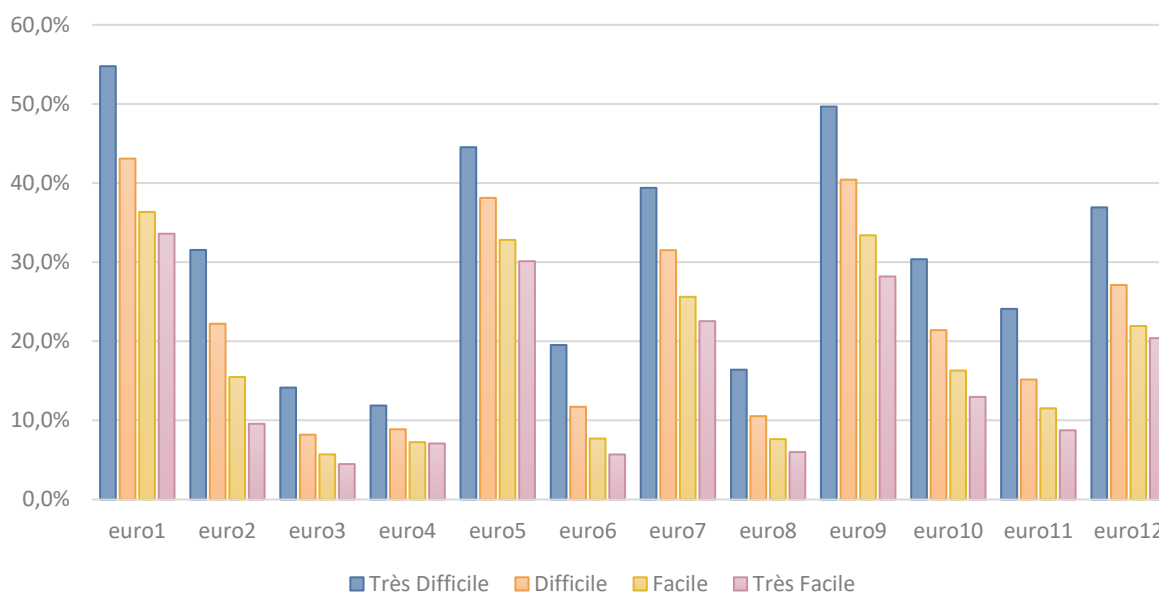
Capacité à subvenir à ses besoins

	SUEDE	ESPAGNE	EUROPE
GROSSE DIFFICULTES	2,3%	12,6%	11,4%
QUELQUES DIFFICULTES	11,6%	32,1%	27,3%
ASSEZ FACILEMENT	31,2%	34,2%	30,6%
FACILEMENT	54,9%	21,1%	30,8%

Possibilité à subvenir à ses besoins & score euro-D



Moyen financier & symptômes dépressif



Cartes Power – BI : Tableau Carte Euro-D

CLASSEMENT	PAYS	EURO-D
1	Danemark	1,807
2	Suisse	1,886
3	Pays - Bas	1,920
4	Ireland	1,945

5	Suède	1,965
6	Autriche	2,019
7	Chypre	2,117
8	Grèce	2,170
9	Allemagne	2,185
10	Slovaquie	2,248
11	République Tchèque	2,250
12	Slovenie	2,328
13	Luxembourg	2,376
14	Finlande	2,394
15	Europe	2,433
16	Bulgarie	2,491
17	Belgique	2,496
18	Croatie	2,557
19	Israël	2,602
20	Malte	2,678
21	Lettonie	2,691
22	Espagne	2,710
23	France	2,825
24	Italie	2,842
25	Hongrie	2,955
26	Estonie	2,962
27	Roumanie	3,041
28	Lituanie	3,209
29	Pologne	3,318
30	Portugal	3,401

CHAPITRE 2

Démographie et mortalité

DOSSIER SILVER ECONOMY

LAMON Océane
PEDROT Emma
SEZESTRE Emilien

M. Florian BONNET

Table des matières

I. Introduction	37
II. Taux de mortalité	37
a) Analyse des taux de mortalité moyen.....	38
b) Analyse des taux de mortalité selon le genre.....	38
c) Analyse des taux de mortalité selon l'âge et le genre.....	39
III. Pyramides des âges.....	41
a) Pyramides des âges de 1910	41
b) Pyramides des âges de 1950	42
c) Pyramides des âges de 1980	43
d) Pyramides des âges de 2021	44
e) Conclusion	45
IV. Evolutions futures et scénarios	45
V. Conclusion	48
VI. Bibliographie	49
VII. Annexes	50

I. Introduction

Dans l'étude des populations à travers leur composition, ainsi que leurs caractéristiques et leurs dynamiques, le taux de mortalité est un indicateur permettant notamment de faire état des conditions sanitaires d'un pays. Si l'on peut bien évidemment s'y intéresser plus spécifiquement en étudiant les différentes causes de décès possibles et leur fréquence dans une population donnée, le taux de mortalité reste néanmoins très explicite à lui seul pour témoigner du niveau de développement voire de la stabilité politique d'un pays puisqu'il est très sensible aux épidémies et aux conflits et donc à des variables telles que la sous-nutrition, l'absence d'eau potable, les maladies infectieuses ou encore les morts dites violentes.

Pour mieux cerner la structure d'une population, il est également possible de recourir à des taux de mortalité spécifique, par âge ou par sexe entre-autres, leur évolution au fil des périodes permettant de mieux cerner leur impact et les enjeux autour du processus de vieillissement de la population et de la structure des pyramides des âges qui en résulte.

Ce dossier aura vocation à explorer la dynamique de population de nos deux pays, d'une part en analysant l'évolution des taux de mortalité par âge et par sexe au niveau national, puis en étudiant l'évolution de la pyramide des âges. Cela nous permettra par la suite de mettre au point des projections sur les dynamiques de population future, à travers l'évolution de la structure des pyramides des âges associées.

Dans le cadre de ce dossier, nous serons amenés à utiliser des données issues de la *Human Mortality Database*, qui contient des informations en libre accès (open data) sur divers indicateurs relatifs à la population et la mortalité dans les pays développés à travers le monde.

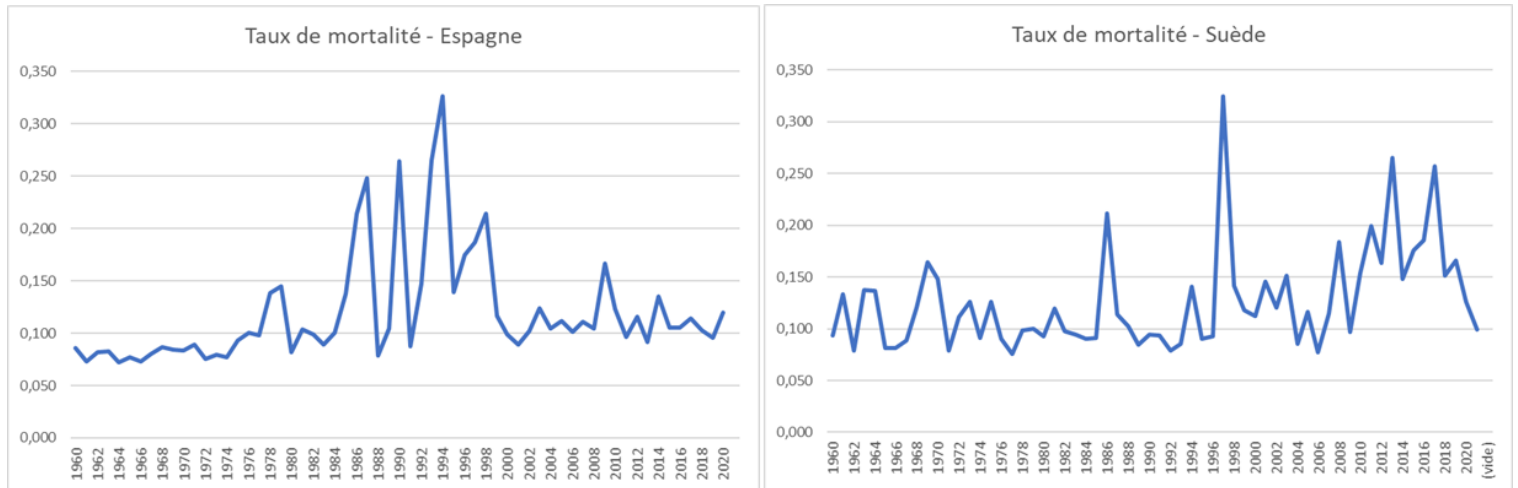
II. Taux de mortalité

Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux taux de mortalité de nos deux pays selon les différentes classes d'âge mais également le genre. Nos classes d'âge sont constituées sur une intervalle de cinq ans, ce qui permet alors de distinguer 24 classes différentes allant de 0 à 110 et plus.

Tout d'abord, avant d'analyser nos résultats, il est important de comprendre ce qu'est un taux de mortalité et pourquoi il est utilisé pour décrire une population. L'INSEE définit le taux de mortalité comme un rapport entre le nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année. Il permet donc de comprendre comment les conditions d'un pays (sanitaires, sociales...) peuvent impacter les individus. C'est ce que nous allons analyser ci-dessous.

a) Analyse des taux de mortalité moyen

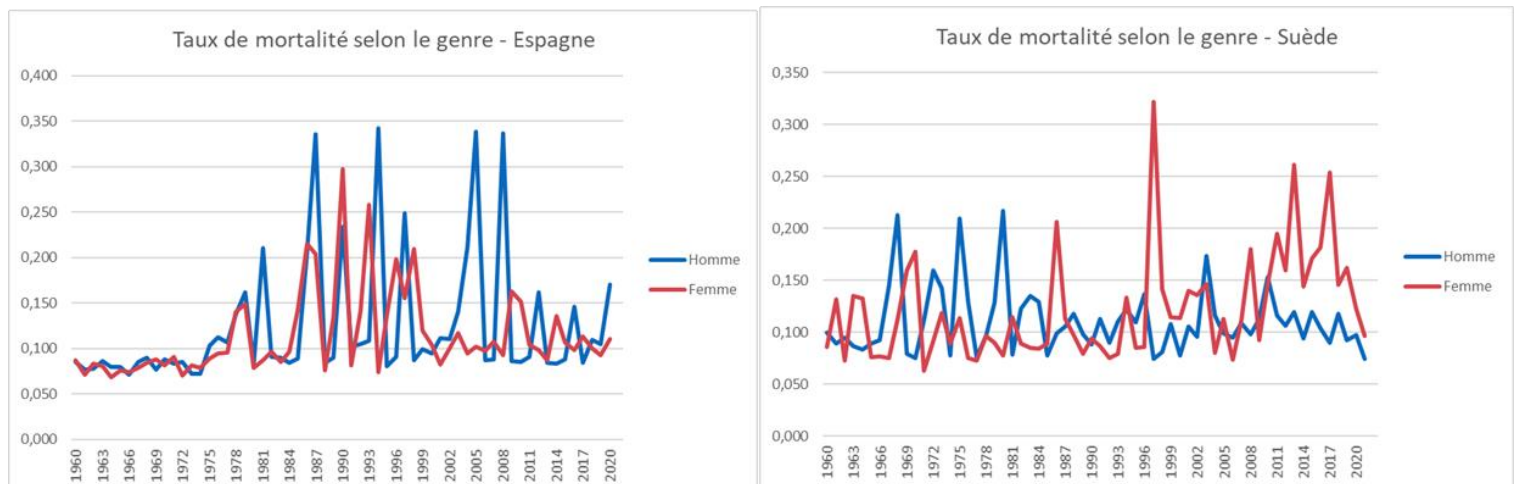
Tout d'abord, nous allons nous concentrer sur les taux de mortalité moyen en fonction de nos pays afin de comprendre leur évolution dans le temps.



A l'aide des graphiques, nous remarquons qu'en moyenne (toute classe d'âge et genre confondu) pour la Suède, le taux de mortalité a une tendance de fluctuation plus fréquente tandis qu'en Espagne les pics de mortalité se concentrent majoritairement entre 1986 et 1998. Sans prendre en compte les pics, on constate que pour les deux pays, le taux semble osciller autour de 0.1 sauf à partir de 2009 où le taux suédois augmente fortement en passant au-dessus de 0.15.

Ces résultats ne sont cependant que des moyennes qui englobent le genre et les âges. Il est plus pertinent pour comprendre et étudier la population de nos pays d'analyser la mortalité selon le genre et les catégories d'âge.

b) Analyse des taux de mortalité selon le genre



Le genre influe sur l'espérance de vie et par conséquent sur le taux de mortalité. Effectivement, les femmes sont plus sujettes à vivre plus longtemps que les hommes.

Selon l'OCDE, en 2021, en Suède, l'espérance de vie d'une femme était de 85 ans tandis que celle d'un homme était de 81.4 soit une différence de 3 ans et 6 mois. Du côté de l'Espagne, les femmes avaient une espérance de vie de 86.7 ans. Les Espagnoles sont les leadeuses européennes et vivent donc plus longtemps que leurs homologues suédoises ou encore françaises. Les hommes quant à eux vivent 5 ans et 9 mois de moins (espérance de 80.3 ans). Cette forte différence peut s'expliquer par le fait que les femmes ont moins de comportements à risques comparé aux hommes. En effet, elles ont tendance à moins fumer, à boire moins d'alcool ou encore à consommer moins de drogues illicites. Néanmoins, ce taux n'a cessé de fluctuer au fil des années. C'est ce qu'illustre les graphiques ci-dessous :

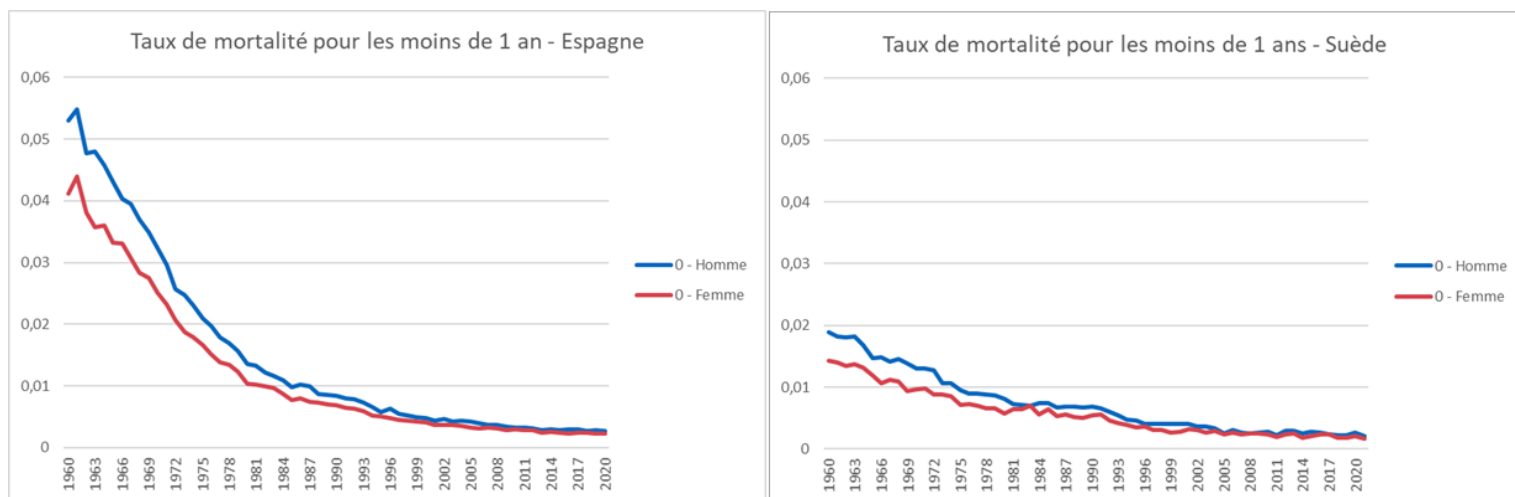
On remarque tout d'abord, qu'avant les années 80, les taux de mortalité tous genres confondus suivaient approximativement la même tendance. Cette hausse de mortalité à partir de 1980 s'explique par l'apparition d'une nouvelle épidémie : celle du SIDA. Cette maladie du fait du manque d'information et de traitement a entraîné de nombreuses morts que ce soit pour les femmes ou pour les hommes. Elle comptabilise aujourd'hui plus de 40 millions de morts depuis son apparition (selon ONUSIDA).

Les valeurs extrêmes pour l'Espagne sont plus fortes que celles des Suédois. On constate également que ces dernières années les taux de mortalité de l'Espagne étaient plus forts que ceux de la Suède. En effet, tous genres confondus les taux étaient au-dessus de 0.1 tandis que ceux de la Suède étaient en dessous de ce taux. On remarque que dans certains cas, les taux de mortalité des femmes suédoise dépassent largement ceux des hommes. Cela est dû au fait que les femmes vivent plus longtemps : dans certaines catégories d'âge extrêmes aucun taux de mortalité pour les hommes n'est enregistré tout simplement car durant l'année aucun homme de cet âge-là n'a été recensé. C'est pour cela que la prise en compte de l'âge dans l'analyse des taux est primordiale.

c) Analyse des taux de mortalité selon les catégories d'âge et le genre

Dans cette dernière partie, nous allons étudier les taux de mortalité selon le genre pour certaines catégories d'âge. Sachant que pour nos deux pays, l'espérance de vie des individus avoisine les 83 ans, nous allons nous concentrer sur ces catégories d'âge. Mais également au moins de 1 an car la mortalité infantile permet de renseigner sur la qualité des soins à la naissance. Nous allons donc sélectionner les catégories entre 75 ans et 104 ans. Avant 75 ans les taux de mortalité sont très faibles (en dessous de 0.04) on constate toujours un plus fort taux chez les hommes. Il en va de même pour les plus de 104 ans, les taux sont relativement élevés mais cela s'explique par le fait que dans ces catégories d'âge il y a beaucoup moins de recensement et par conséquent des valeurs manquantes pour certaines années.

Dans un premier temps, nous pouvons observer ci-dessous les données concernant la mortalité infantile.



En Espagne, les taux étaient largement plus élevés entre 1960 et 1987 qu'en Suède avec une différence d'au moins 0.03. Cependant, depuis le début du 21^e siècle les deux pays ont des chiffres semblables, nous pouvons donc supposer une similitude dans la qualité des soins à la naissance. Les décès à la naissance sont aujourd'hui devenus rares grâce à l'avancée des techniques médicales, de plus, nous pouvons également noter le fait que le genre n'a pas d'impact réel sur le taux.

Afin de faciliter la lecture, les graphiques que nous allons commenter se trouvent en annexe. Pour l'ensemble des classes d'âge, les hommes ont toujours des taux supérieurs aux femmes. Cela corrobore nos propos de la seconde partie. Néanmoins, on peut également remarquer qu'au fil des âges la différence de taux de mortalité entre les genres s'amenuise. De plus, on remarque une baisse des taux depuis 1960 (sauf pour les 95-104), qui s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie.

Pour les 75-84 ans, les taux sont plus faibles que ceux des catégories d'âges supérieurs. Ils oscillent entre 0.07 et 0.02 en 2020 tous genres et pays confondus. Cependant, la mortalité est plus forte du côté des Espagnols ou l'écart entre les hommes et les femmes est plus important qu'en Suède. Effectivement, en 2020 on remarquait une différence de 0.02 points pour les 75-79 alors qu'en Suède elle était de 0.01 points.

Au fur et à mesure que l'âge augmente, la mortalité augmente également. Dans la catégorie des 85-94 ans et en 2020 la mortalité était plus importante en Suède. En effet, le taux de mortalité féminine était de 0.223 pour les 90-94 ans soit une différence de 0.04 points. Il en va de même pour les 95-104 où l'Espagne a une mortalité plus faible notamment pour les 100-104 ans. Durant les années 60/70 les taux de mortalité suédois étaient largement au-dessus de ceux de leurs homologues espagnols (0.7 pour les hommes suédois contre 0.4 pour les Espagnols). Contrairement aux autres catégories d'âges, les taux pour les deux pays sont n'ont pas subi de forte baisse. Effectivement, ils se sont concentrés autour de 0.4 pour l'Espagne et 0.5 pour la Suède.

En définitive, on constate que l'Espagne tend à avoir des taux de mortalité plus élevés que la Suède pour les moins de 84 ans. A l'inverse, cette tendance change pour les plus de 85 ans où la mortalité est plus forte en Suède. Nous comprenons alors que l'âge est une variable importante pour étudier les variations démographiques d'un pays mais également le vieillissement de la population. C'est pour cela que dans la partie suivante nous allons nous intéresser aux pyramides des âges.

III. Pyramides des âges

Nous allons désormais étudier l'évolution de la pyramide des âges de nos pays respectifs. Selon l'INSEE, la pyramide des âges se définit comme étant : « La pyramide des âges représente la répartition par sexe et âge de la population à un instant donné. Elle est constituée de deux histogrammes, un pour chaque sexe, où les effectifs sont portés horizontalement et les âges verticalement. Les effectifs par sexe et âge dépendent des interactions passées de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Mais la forme de la pyramide et les variations de celles-ci avec les années sont avant tout tributaires des variations de la fécondité. »¹

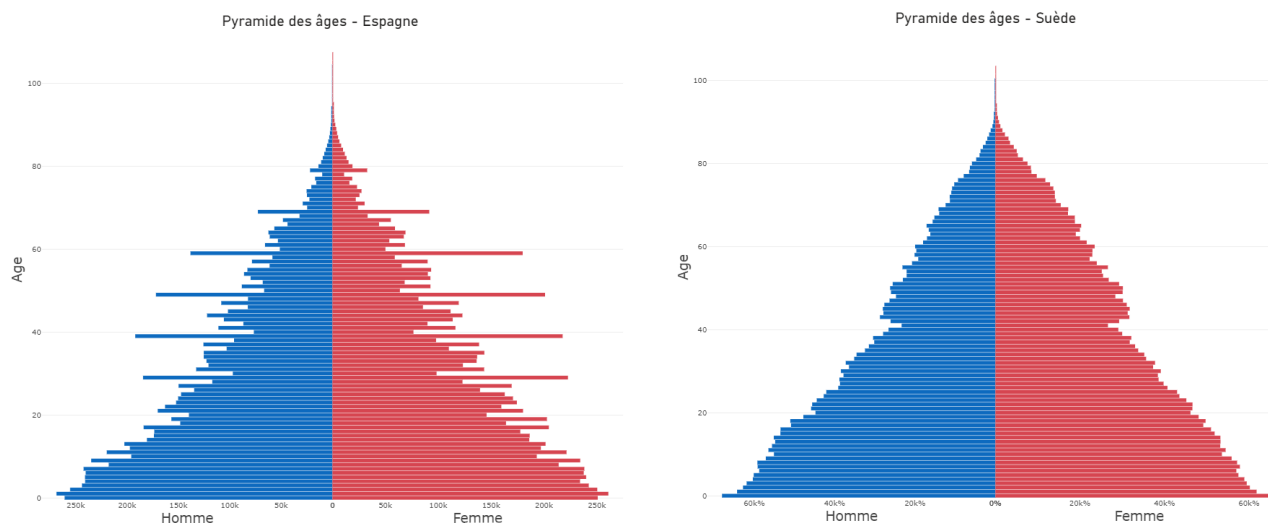
Pour étudier la pyramide des âges, nous nous sommes encore servis de la Human Mortality Database, en utilisant la « Population Size » qui répertorie, pour les années données le nombre de personne en fonction de l'âge. Ainsi, ces données sont parfaites pour construire une pyramide des âges car pour chaque tranche d'âge, on peut déterminer le nombre de personne dans cette tranche d'âge. Concernant l'Espagne, nos données commencent en 1908 alors que celle de la Suède démarre en 1751. Cela est dû à une meilleure comptabilité nationale en Suède. Ainsi, comme nous allons le voir la pyramide des âges de l'Espagne comporte quelques « anomalies statistiques » jusqu'en 1950, contrairement à celle de la Suède qui semble plus correctement distribué.

Pour finir, nous avons pour objectif de décrire l'évolution de la pyramide des âges de nos 2 pays, pour cela nous avons réalisé la pyramide des âges pour 4 années : 1910, 1950, 1980 et 2021. Pour compléter notre analyse, nous avons également laissé à disposition en annexe, différentes statistiques descriptives sur les classes d'âge, disponible [ici](#). Il est également important de rappeler que la population moyenne de l'Espagne (en calculant la population totale pour chaque année et en divisant le tout par le nombre d'année) est de 32 572 534 habitants (16 673 451 femmes et 15 899 084 hommes) à l'instar de la population moyenne de la Suède qui est, de 5 037 632 habitants (avec 2 562 784 femmes et 2 474 849 hommes).

a) Pyramides des âges de 1910

Pour commencer, nous allons donc aborder la pyramide des âges pour l'année 1910. Nous pouvons remarquer que la forme que prend cette pyramide est sensiblement la même pour les 2 pays. De plus, nous constatons qu'il y a quelques anomalies statistiques en Espagne, avec certaines tranches d'âge qui ressorte beaucoup plus que les autres, et donne une forme inconstante à la pyramide. Nous allons également nous apercevoir que c'est la seule pyramide des âges qui ressemble réellement à une pyramide, avec une baisse (à peu près constante) de la population, au fur et à mesure que l'âge augmente.

¹ INSEE (2021). Pyramides des âges. Paris : INSEE. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1230> (consulté le 22/12/2022).



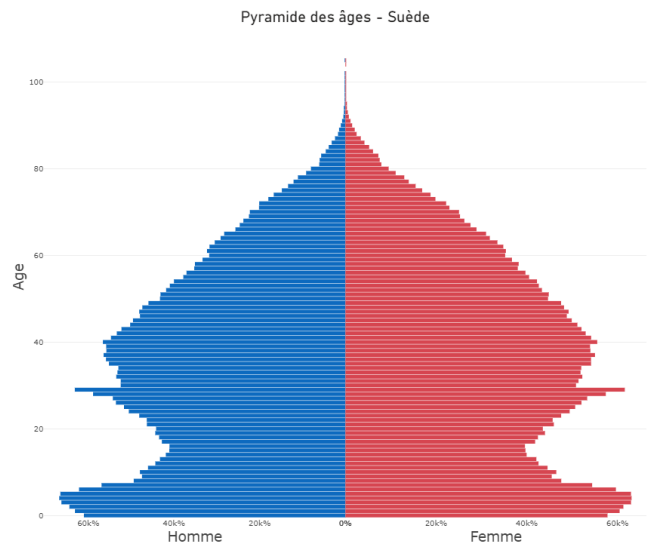
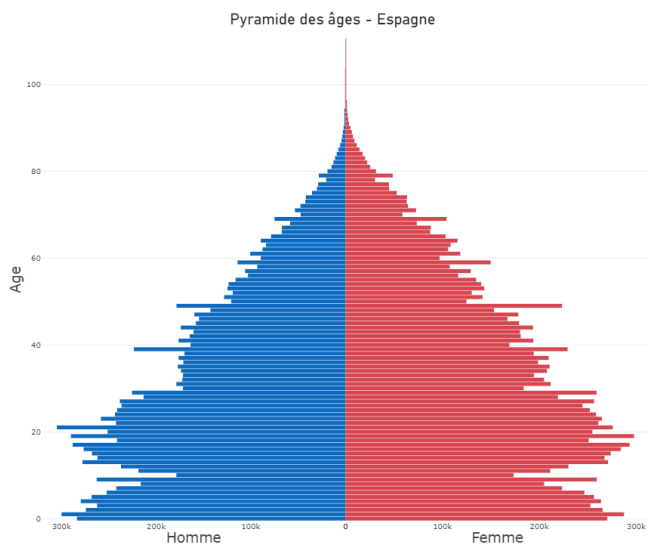
Il est intéressant de constater, via les données suédoises, que cette forme de pyramide est redondante depuis 1751, comme nous pouvons le remarquer [ici](#). Simplement, nous remarquons que la part des individus de moins de 5 ans est beaucoup plus prépondérante qu'en 1910. Ceci est probablement dû à la mortalité infantile, bien plus forte à cette époque. Par ailleurs, il est intéressant de constater qu'il y a, en Espagne, 6,07% de femmes et 5,49 % d'hommes de plus de 65 ans, concernant la Suède, il y a 9,23 % de femmes et 7,61% d'homme de [plus de 65 ans](#). Donc il semble que la population suédoise vie, à cette période, plus longtemps que son homologue espagnole. Concernant la part de jeunes (personne de 25 ans et moins), les résultats sont similaires pour les hommes (53,57% pour l'Espagne contre 52,69%) et les femmes (51,86% pour l'Espagne contre 49,25%).

b) Pyramides des âges de 1950

Nous allons désormais étudier la pyramide des âges de 1950, encore une fois on remarque quelques irrégularités statistiques du côté de la pyramide espagnole. Ainsi, même si celle de la Suède est plus nette, on retrouve sensiblement la même forme pour les deux pyramides. Nous avons choisi cette date car elle se situe juste après la seconde guerre mondiale, pour voir s'il y avait un impact sur la pyramide des âges. La Suède étant un pays historiquement neutre à l'instar de l'Espagne qui a activement participé à cette guerre, nous trouvons que cette comparaison était intéressante.

Ainsi, si l'on compare la symétrie H/F de la pyramide des âges espagnols, on peut remarquer une irrégularité pour les hommes âgés d'environ de 30 à 40 ans à l'instar des femmes (de 30-40 ans) qui ont une courbe plus « lisse ». Concernant la Suède, il n'y a aucune irrégularité entre les 2 sexes et les courbes sont parfaitement lisse. D'autre part, nous pouvons remarquer qu'il y a une explosion de la natalité, ce qui est logique car correspondant à la période « baby-boom », c'est-à-dire « une augmentation importante du taux de natalité dans certains pays, juste après la fin de la Seconde Guerre mondiale. » ²

² Baby-boom. (2022). Wikipédia. Disponible sur internet : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Baby-boom> (consulté le 25/12/2022).

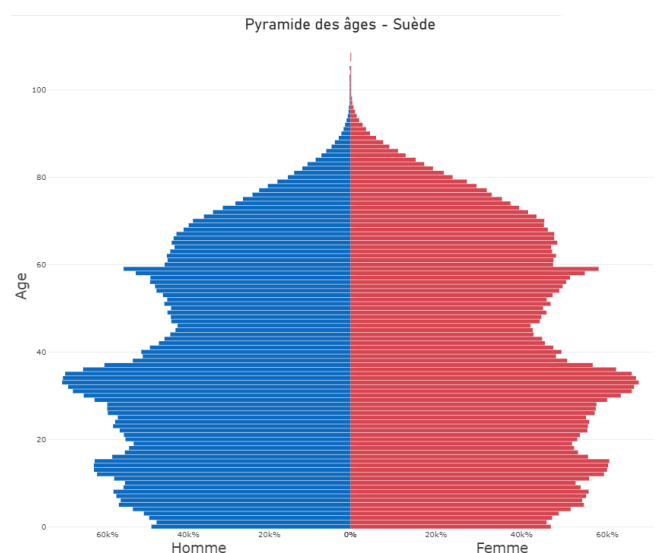
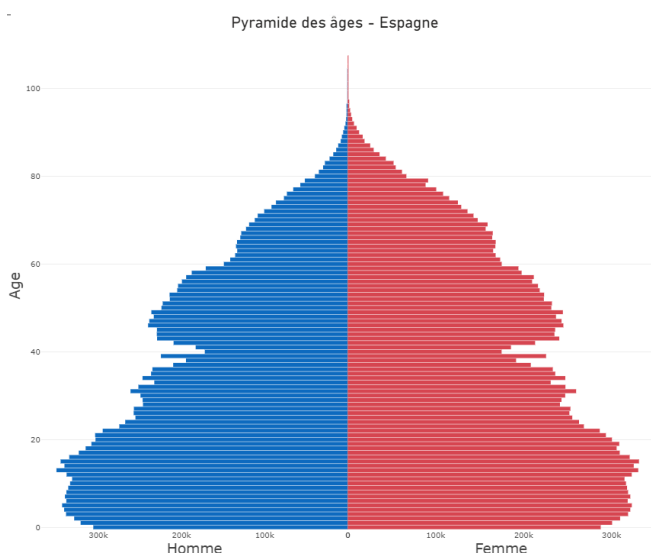


Pour finir, il est intéressant de constater que les « pics » de population sont différents entre l'Espagne et la Suède. En Espagne, on remarque que ce pic se situe autour des 20 ans alors que celui de la Suède se trouve autour des 40, ainsi nous avons calculé [l'âge moyen pour ces 2 pays](#), et l'on constate que l'âge moyen des Espagnols est d'environ 30,24 ans alors que celui de la Suède est d'environ 34,36 ans, soit un écart de 4,12 ans (contre 2,13 ans en 1910).

c) Pyramides des âges de 1980

Après avoir étudié la pyramide des âges de 1950, nous allons étudier celle de 1980. Tout d'abord, nous pouvons constater que la pyramide des âges espagnole ne compte plus d'irrégularité. De plus, il est important de remarquer que le baby-boom espagnol ne semble pas terminé, avec une natalité très forte à l'instar de la natalité suédoise qui semble avoir ralenti depuis quelques années.

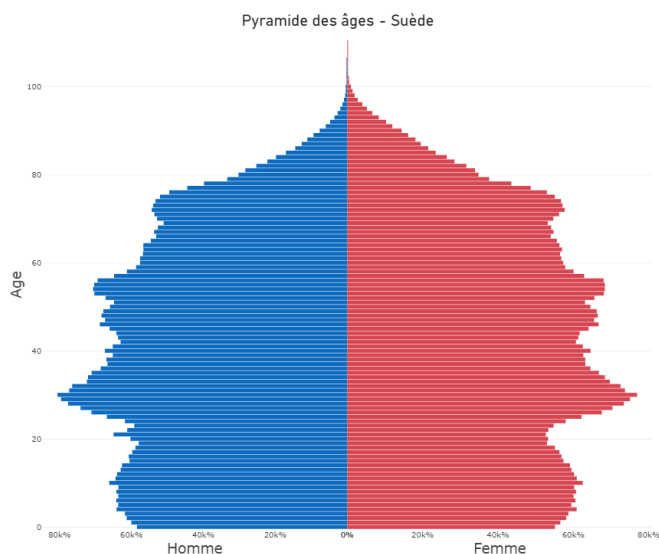
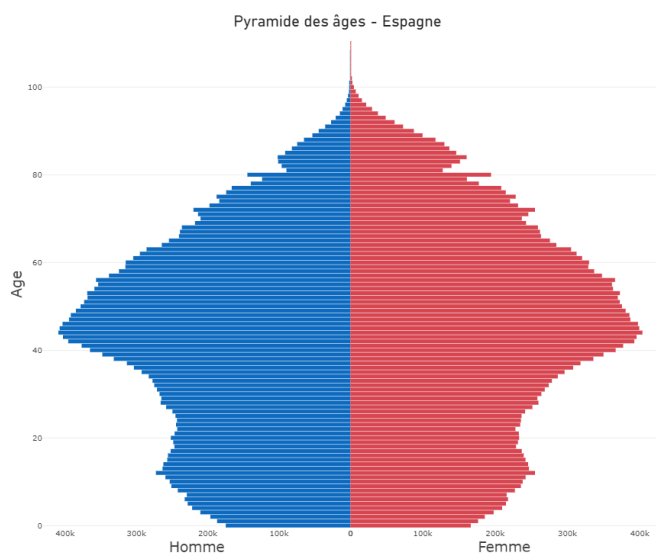
Ces observations sont corroborées avec les quelques statistiques descriptives disponibles [en annexes](#). En effet, en 1980, il y avait en Espagne, 42% de femmes et 45,61 % d'hommes ayant moins de 25 ans en Suède contre 33,46% de femme et 35,71% d'homme en Suède. Il semble également y avoir une population plus vieillissante en Suède, si l'on observe les [fréquences cumulées](#) on remarque qu'il y a 62,56 % des Espagnols qui ont 40 ans ou moins contre 56,69 % des Suédois.



Ce vieillissement est également remarquable si l'on regarde la part de la [population ayant 65 ans et plus](#), en effet, 18,15% des femmes suédoises ont plus de 65 ans (contre 12,89%) et 14,22% des hommes (contre 9,19%). Cette pyramide marque également le début d'une différence démographique très visible, en effet, la forme des pyramides que nous avons traitée précédemment était relativement similaire, à l'instar de celle-ci et de la prochaine.

d) Pyramides des âges de 2021

Pour finir, nous allons traiter la pyramide des âges de 2021 qui est, la dernière date disponible (pour l'Espagne), nous avons choisi celle la car c'est la plus récente, nous permettant ainsi de mettre en lumière, les défis auxquels doivent faire face nos 2 pays. Dans un premier temps, nous pouvons constater que cette différence de démographie est d'autant plus marquée avec cette pyramide des âges. De plus, nous pouvons remarquer que le baby-boom espagnol est complètement achevés, avec une chute brutale de la natalité, particulièrement ces 5 dernières années. En outre, la démographie espagnole est très concentrée autour des 35-65 ans, à l'inverse de la Suède, qui est relativement bien distribué, avec un léger pic autour des personnes de 20 à 40 ans.



Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que l'Espagne va connaître d'ici 10 à 15 ans, un réel problème de vieillissement de sa population, car elle a actuellement une faible natalité et une forte part de la population qui arrive à la retraite. En outre la Suède semble dans une situation plus soutenable dans le temps. Une explication potentielle pourrait être une durée plus faible en durée et en nombre du baby-boom suédois, permettant ainsi d'éviter un déséquilibre démographique structurel.

e) Conclusion

Nous allons désormais conclure cette partie sur la pyramide des âges en revenant sur les différents éléments que nous avons évoqués et en résumant l'évolution démographique de nos deux pays. La première chose qui est remarquable, c'est la ressemblance entre nos deux pyramides de 1910 à 1950, malgré le fait qu'il y ait 6 fois plus d'habitants en Espagne. Avec la pyramide de 1980, on remarque une progressive « décorrélation » des 2 pyramides, que nous expliquons principalement par un baby-boom beaucoup plus fort en Espagne qu'en Suède.

Si l'on s'intéresse à la [part des personnes de plus de 65 ans](#), en 2021, c'est la première année où la part des individus de plus de 65 ans est plus élevée en Espagne qu'en Suède avec 21,90 % des femmes espagnols (contre 21,61 %, alors qu'en 1980 on était à 12,89 % contre 18,15%) et 17,55 % des hommes espagnols (contre 18,64%, et en 1980, on était à 9,19% contre 14,22%). Ainsi, nous pouvons dire qu'il y a un réel rattrapage du vieillissement de la population de l'Espagne par rapport à la Suède. On observe le même phénomène pour la [part des personnes de moins de 25 ans](#), explicable par une baisse brutale de la natalité en Espagne.

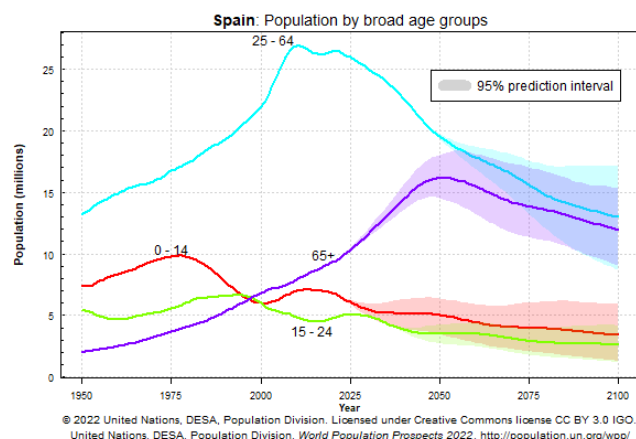
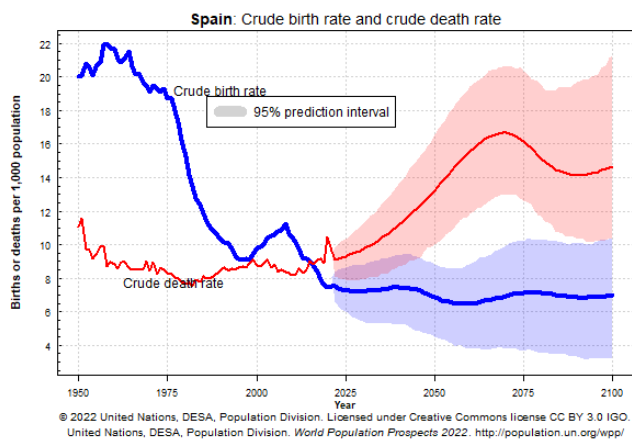
Pour finir, nous pouvons donc dire qu'il y a actuellement un déséquilibre démographique structurel en Espagne, avec une population de plus en plus vieille faisant de moins en moins d'enfants, à l'inverse de la Suède qui a su conserver une démographie équilibrée, même si cette dernière connaît le même phénomène que l'Espagne (avec une augmentation de la part de personne de plus de 65 ans et diminution de ceux de moins de 25 ans). Cependant, le vieillissement espagnol est bien plus brutal que celui de la Suède.

IV. Evolutions futures et scénarios

Cette dernière partie est dédiée à la mise en place de scénarios pour déterminer les possibles formes des pyramides des âges futures pour nos deux pays, et donc évaluer l'impact du phénomène de vieillissement de la population et le poids des différentes tranches d'âges dans la population.

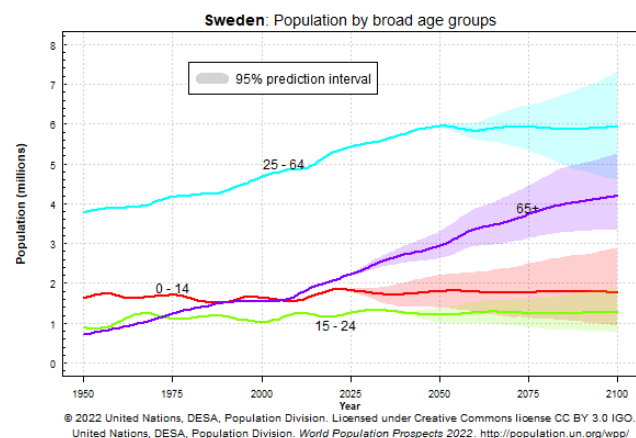
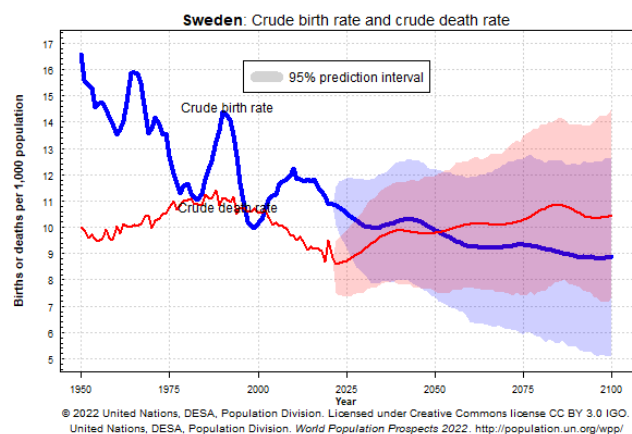
En l'absence d'une méthodologie concluante nous permettant d'aboutir aux pyramides des âges en fonction d'hypothèses posées sur les taux de mortalité par âge, nous avons choisi de réaliser des projections de structure de futures pyramides des âges compte tenu d'hypothèses sur la fécondité. Ainsi, nous sommes en mesure d'observer comment la fécondité impacte le vieillissement de la population. Les projections reposent sur trois différents scénarios concernant le taux de fécondité, une évolution médiane (MED) et deux variantes HIGH et LOW à $\pm 0,5$ enfants.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux prédictions du *World Population Prospects 2022* concernant l'évolution des taux de natalité, taux de mortalité et de population par tranches d'âge. Enfin, nous présenterons les résultats inhérents à la constitution de scénarios reposant sur les taux de fécondité et les structures possibles de pyramide des âges qui en résultent.



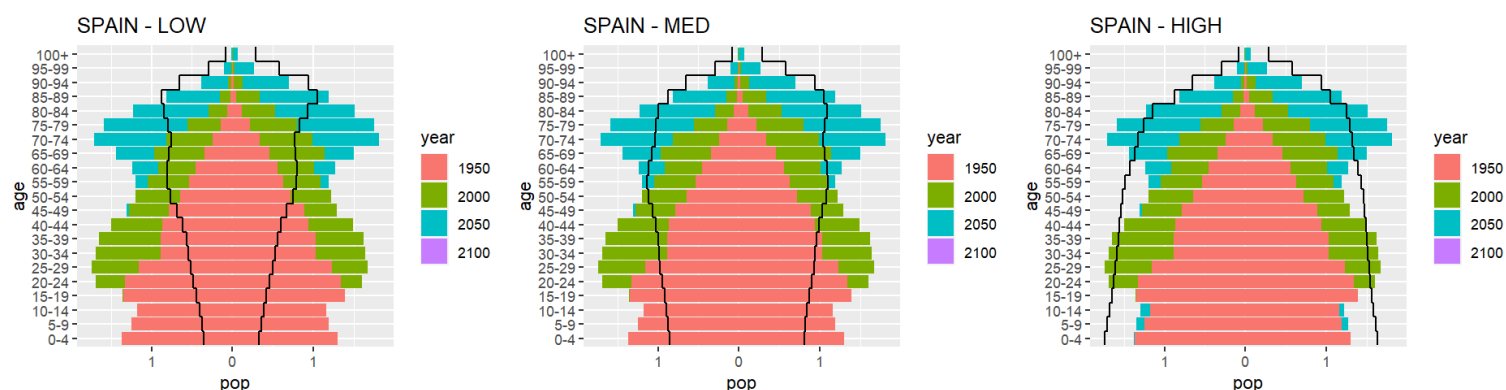
Les deux graphiques ci-dessus sont relatifs à l'évolution prédite des taux de natalité, mortalité, et de population par tranche d'âge pour l'Espagne. Nous pouvons dans un premier temps remarquer que le taux de natalité qui était en forte chute depuis les années 60 (malgré une hausse entre les années 90 et 2007) connaîtra d'après les projections une stabilisation à des niveaux historiquement faibles soit environ 7‰. Le taux de mortalité connaîtra au contraire une hausse quasi exponentielle à partir de 2025.

Les projections de population par tranche d'âge font pour leur part état d'une forte baisse du nombre d'individus âgés de 25 à 64 ans au profit des plus de 65 ans qui connaîtront une hausse jusqu'en 2050, ces deux catégories d'âge étant amenées à converger vers un niveau estimé à environ 12-13 millions d'individus, tandis que les tranches d'âge plus jeunes (0-14 et 15-24) connaîtront une légère baisse et une convergence à des niveaux d'environ 3-4 millions d'individus.



Concernant la Suède, on note plusieurs fortes hausses et baisses successives du taux de natalité sur la période 1950-2020, ce qui n'était pas le cas pour l'Espagne. Si le taux de mortalité tend à augmenter jusqu'à excéder le taux de natalité de façon définitive, cette inversion est censé avoir lieu plus tard que celle prédite en Espagne (2016 vs 2050). Néanmoins, les intervalles de confiance sont bien plus entremêlés au point de ne pouvoir conclure que sur une tendance à la baisse des taux de natalité et hausse des taux de mortalité pour la Suède.

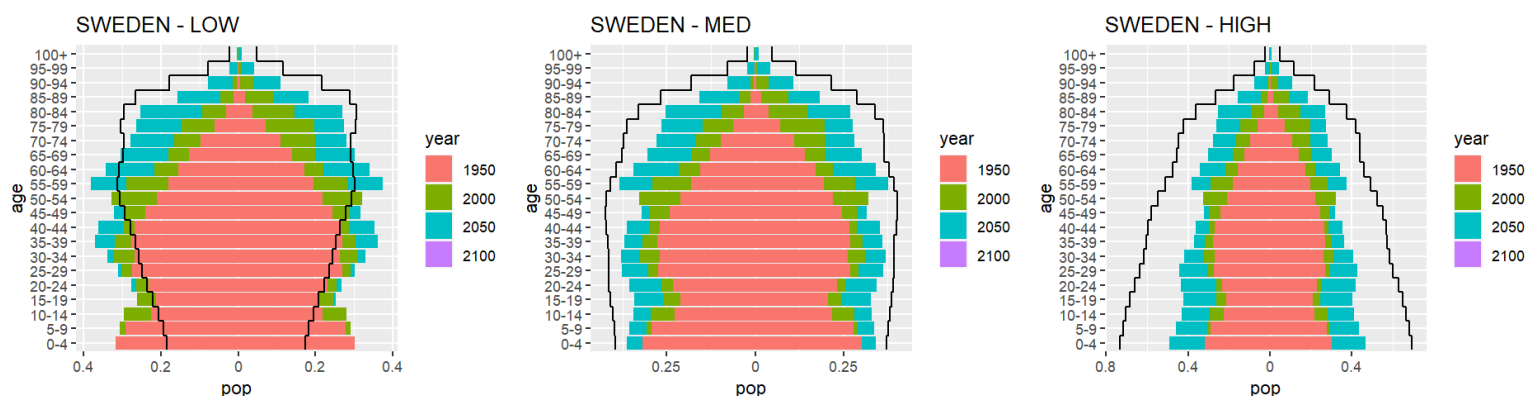
Concernant les projections de population par tranche d'âge, les 25-64 ans devraient rester les plus représentés, néanmoins suivis par les plus de 65 ans qui connaissent une hausse lente mais progressive depuis le début de la période considérée. De même que pour l'Espagne, les tranches d'âge les moins représentées sont les plus jeunes, relativement stables depuis 1950 avec entre 1 et 2 millions d'individus chacune.



Nous pouvons à présent nous focaliser sur les scénarios de structure des pyramides des âges compte tenu des trois hypothèses posées sur le taux de fécondité. Les pyramides des années 1950 et 2000 sont représentée en rouge et en vert, tandis que les projections pour 2050 et 2100 sont respectivement symbolisées par du bleu et une ligne noire.

En Espagne et pour les scénarios LOW et médian, les tranches d'âge jeunes se retrouveraient en 2100 moins représentées au profit des classes plus âgées. Cela implique même pour le scénario de faible fécondité, un retournement total de la pyramide et donc un fort vieillissement de la population. Pour le scénario de forte fécondité, les projections montrent que les individus des tranches d'âge faibles seraient majoritaires, mais que ceux des tranches élevées restent tout de même très présent jusqu'à des âges très avancés, une forte diminution semblant s'opérer après 80 ans seulement.

Ainsi, même avec une hypothèse d'un taux de fécondité élevé, la structure des futures pyramides d'âges est fortement influencée par l'augmentation de l'espérance de vie et donc le vieillissement de la population, dont les tranches d'âge les plus âgées subsistent de plus en plus au fil des périodes.



Les mêmes observations relevées précédemment semblent s'appliquer à la Suède. En effet, à l'horizon 2100, les différentes tranches d'âges du scénario médian se retrouveraient dans des proportions similaires hormis les plus hautes, quand le scénario LOW ferait une fois de plus état d'une inversion de la pyramide et donc d'un fort vieillissement de la population. Enfin, dans le cadre du scénario HIGH, nous pouvons constater que chaque tranche d'âge suivante semble comporter moins d'individus que celle qui la précède, néanmoins les tranches élevées sont très représentées vis-à-vis des pyramides antérieures.

V. Conclusion

Cette conclusion sera l'opportunité de revenir sur les différents points abordés ainsi que de rappeler les différents résultats obtenus suite à notre analyse. Dans un premier temps, notre objectif était d'explorer, à travers les données de la *Human Mortality Database*, les dynamiques de population de l'Espagne et de la Suède. Nous avons ainsi commencé par analyser l'évolution des taux de mortalité par âge et par sexe au niveau national, puis nous avons étudié l'évolution de la pyramide des âges sur plusieurs périodes. Cela nous a amené à mettre au point des projections sur les dynamiques de population future, à travers l'évolution de la structure des pyramides des âges associées.

Cette analyse nous a permis de mettre en lumière tout l'enjeu autour du vieillissement de la population, donc l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution des taux de natalité et de mortalité est la principale cause. Pour conséquence, les structurations des pyramides des âges se sont altérées au fur et à mesure des périodes pour rendre compte de ce phénomène, et l'on peut constater l'étendue du phénomène de vieillissement de la population qui s'est déroulé plus brutalement en Espagne qu'en Suède. Enfin, à l'horizon 2100, il semblerait que ce phénomène tende à se poursuivre, avec un poids relativement équilibré des différentes tranches d'âges avec une faible sur-représentation des tranches élevées dans le scénario médian.

Cette évolution à venir de la population, à travers son vieillissement, soulève intuitivement la question de la soutenabilité de nos systèmes de retraites actuels. Ce questionnement sera abordé dans le prochain chapitre de cette étude.

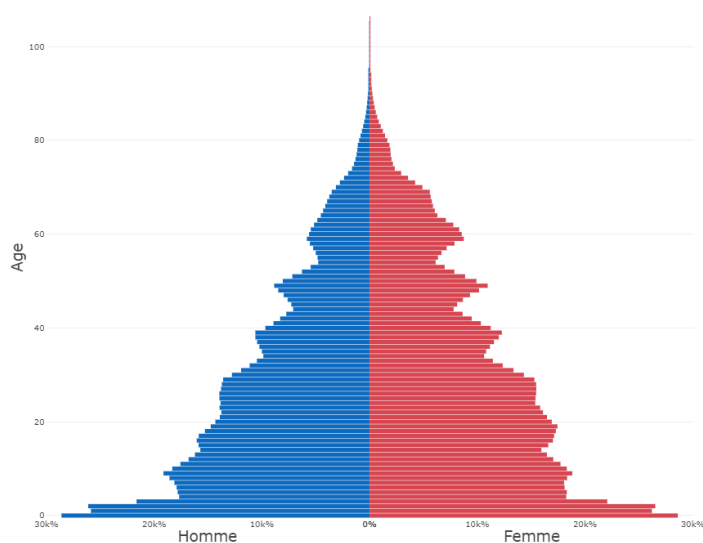
VI. Bibliographie

- [1] INSEE (2021). Pyramides des âges. Paris : INSEE. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1230> (consulté le 22/12/2022).
- [2] Baby-boom. (2022). Wikipédia. Disponible sur internet : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Baby-boom> (consulté le 25/12/2022).
- [3] INSEE (2021). Taux de mortalité. Paris : INSEE. Disponible sur internet : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1695#:~:text=Le%20taux%20de%20mortalit%C3%A9%20est,totale%20moyenne%20de%20l'ann%C3%A9e> (consulté le 03/01/2023)
- [4] OCDE (2023), Espérance de vie à la naissance (indicateur). Disponible sur internet : <https://data.oecd.org/fr/healthstat/esperance-de-vie-a-la-naissance.htm> (consulté le 03/01/2023)
- [5] ONUSIDA (2022). Estimations épidémiologiques. Disponible sur internet : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf (consulté le 03/01/2023)
- [6] Taux de mortalité. (2022). Wikipédia. Disponible sur internet : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Taux_de_mortalit%C3%A9&oldid=199452223 (consulté le 21/12/2022).
- [7] World Population Prospects - Population Division - United Nations. (2022) Disponible sur internet : <https://population.un.org/wpp/Graphs/> (consulté le 02/01/2023)
- [8] guyabel. « Answer to “Population pyramid w projection in R” ». Stack Overflow, 9 mai 2016, Disponible sur internet : <https://stackoverflow.com/a/37113996> (consulté le 02/01/2023)
- [9] Human Mortality Database. (2022). Disponible sur internet : <https://www.mortality.org/> (consulté le 01/12/2022)

VII. Annexes

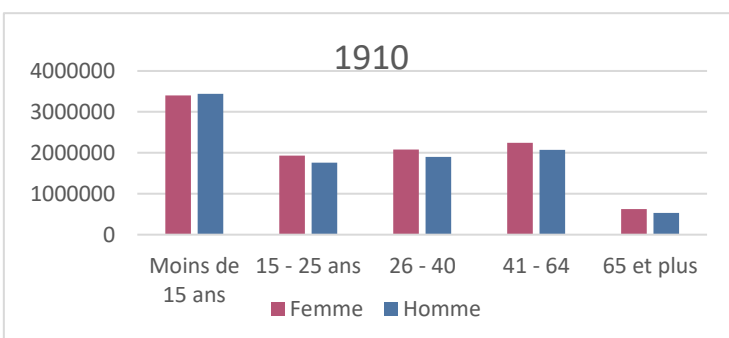
Pyramides des âges 1751 :

Pyramide des âges - Suède

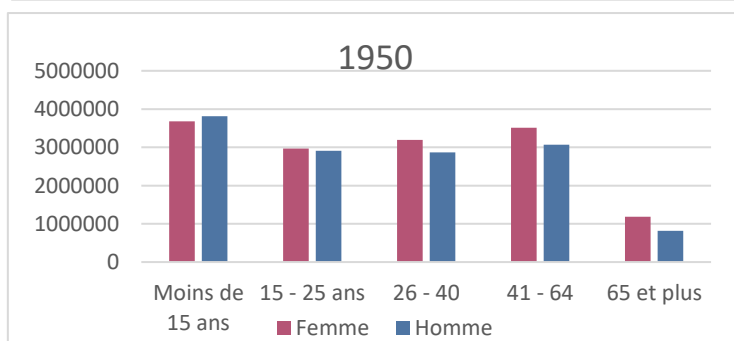


Répartition des âges en Espagne pour les 4 années

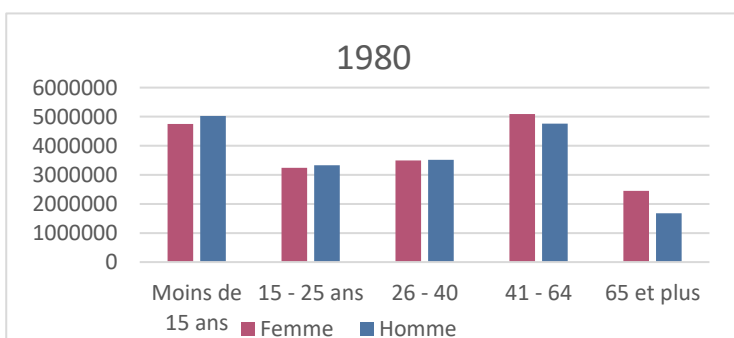
1910		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	3402220,11	3441893,88
15 - 25 ans	1929677,66	1758693,87
26 – 40 ans	2078086,97	1902084,65
41 – 64 ans	2246768,6	2072107,44
65 et plus	623731,94	533423,51



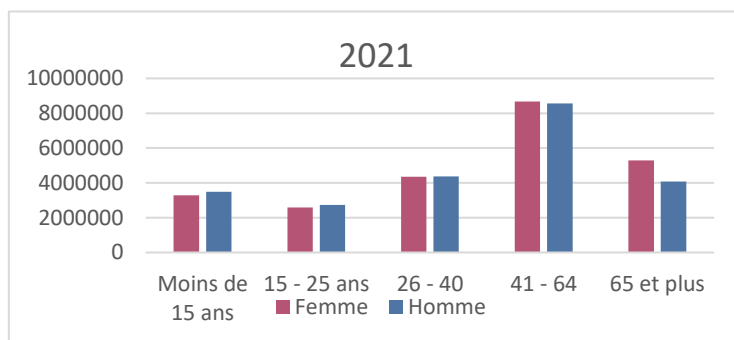
1950		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	3682586,76	3816770,95
15 - 25 ans	2965920,06	2906023,97
26 – 40 ans	3193144,37	2864004,31
41 – 64 ans	3512231,23	3068450,12
65 et plus	1188306,03	818127,55



1980		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	4748484,95	5027079,68
15 - 25 ans	3243966,97	3326642,97
26 – 40 ans	3492841,88	3521557,12
41 – 64 ans	5089249,16	4757642,2
65 et plus	2452971,2	1682438,18

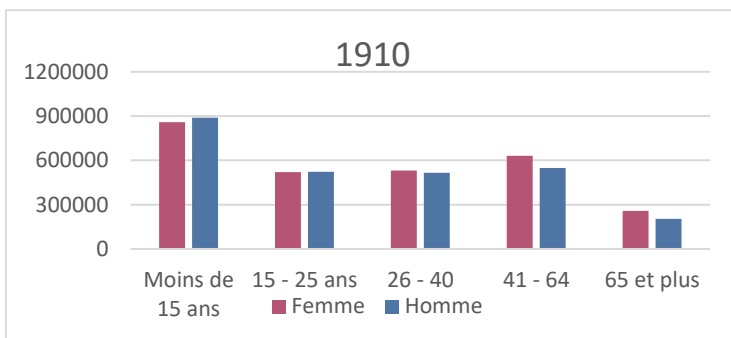


2021		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	3275977	3483339
15 - 25 ans	2579947	2732894
26 – 40 ans	4357342	4366334
41 – 64 ans	8664027	8567916
65 et plus	5294120,91	4076800,09

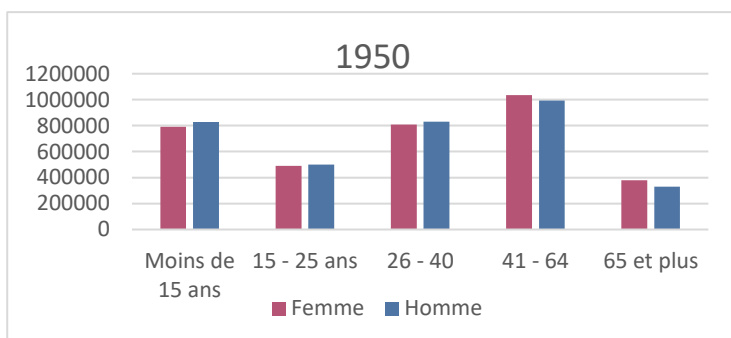


Répartition des âges en Suède pour les 4 années

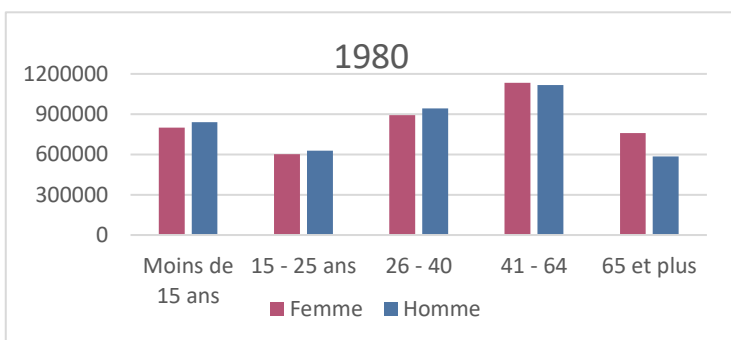
1910		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	857922	888925
15 - 25 ans	520830	522139
26 – 40 ans	532365	515226
41 – 64 ans	630058	548230
65 et plus	258404	203711



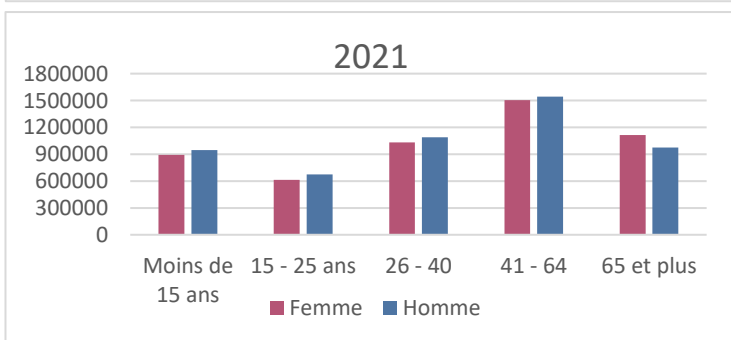
1950		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	791340	827869
15 - 25 ans	490383	500180
26 – 40 ans	809470	830321
41 – 64 ans	1035570	993145
65 et plus	378747	329126



1980		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	800260	841086
15 - 25 ans	601030	628583
26 – 40 ans	892822	943440
41 – 64 ans	1133376	1117030
65 et plus	760046	585398



2021		
Age	Femme	Homme
Moins de 15 ans	892117	945681
15 - 25 ans	612634	672394
26 – 40 ans	1032017	1087386
41 – 64 ans	1505157	1543823
65 et plus	1114482,01	973556,01



Part des gens de + 65 ans selon chaque pays et chaque année

ESPAGNE			SUEDE	
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME
1910	6,07%	5,49%	9,23%	7,61%
1950	8,17%	6,07%	10,80%	9,46%
1980	12,89%	9,19%	18,15%	14,22%
2021	21,90%	17,55%	21,61%	18,64%

Part des gens de - 25 ans selon chaque pays et chaque année

ESPAGNE			SUEDE	
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME
1910	51,86%	53,57%	49,25%	52,69%
1950	45,72%	49,90%	36,56%	38,16%
1980	42,00%	45,61%	33,46%	35,71%
2021	24,23%	26,76%	29,18%	30,98%

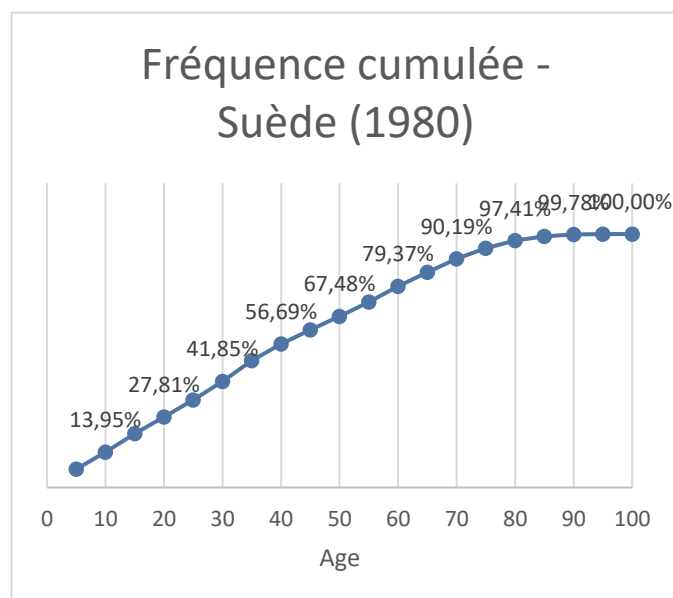
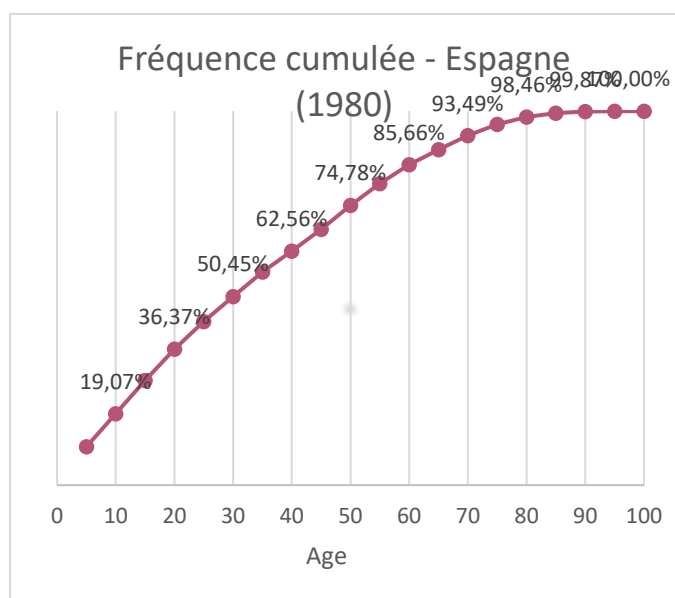
Part des gens de 26 - 64 ans selon chaque pays et chaque année

ESPAGNE			SUEDE	
	FEMME	HOMME	FEMME	HOMME
1910	42,07%	40,94%	41,52%	39,71%
1950	46,11%	44,03%	52,63%	52,39%
1980	45,10%	45,20%	48,39%	50,07%
2021	53,87%	55,69%	49,20%	50,38%

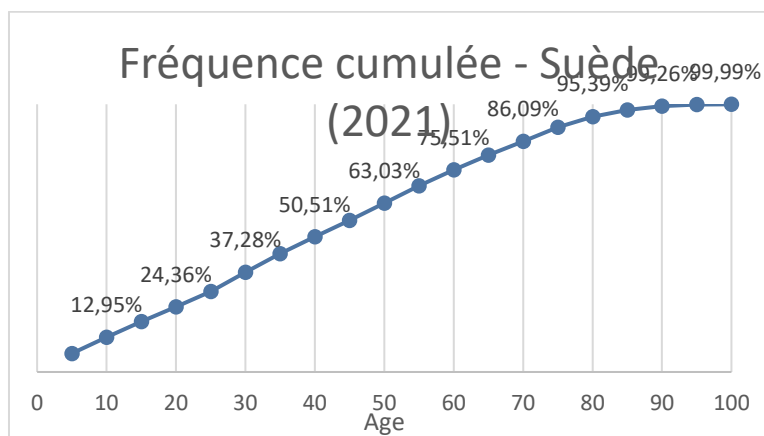
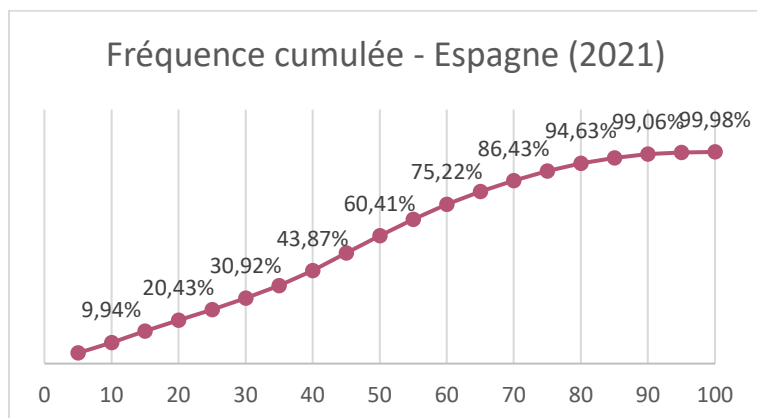
Age moyen de la population selon chaque pays et année

ESPAGNE				SUEDE		
	FEMME	HOMME	TOTALE	FEMME	HOMME	TOTALE
1910	28,192	27,242	27,731	30,299	28,403	29,372
1950	31,280	29,115	30,239	34,962	33,760	34,363
1980	34,491	31,847	33,195	38,997	36,731	37,874
2021	44,553	42,003	43,304	41,81	40,029	40,913

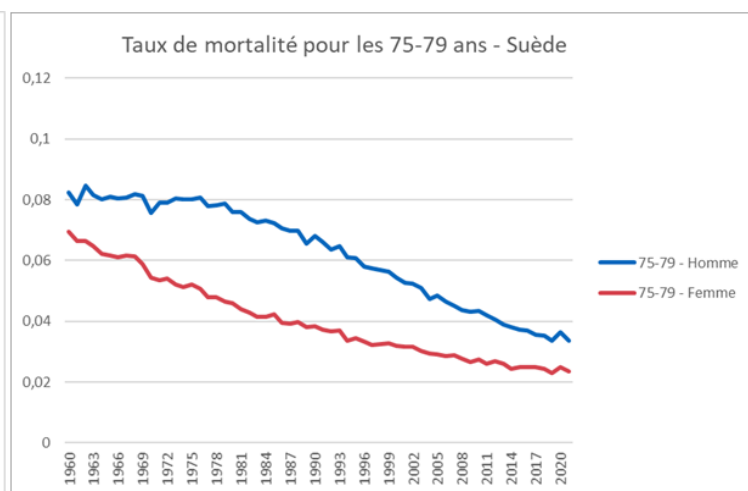
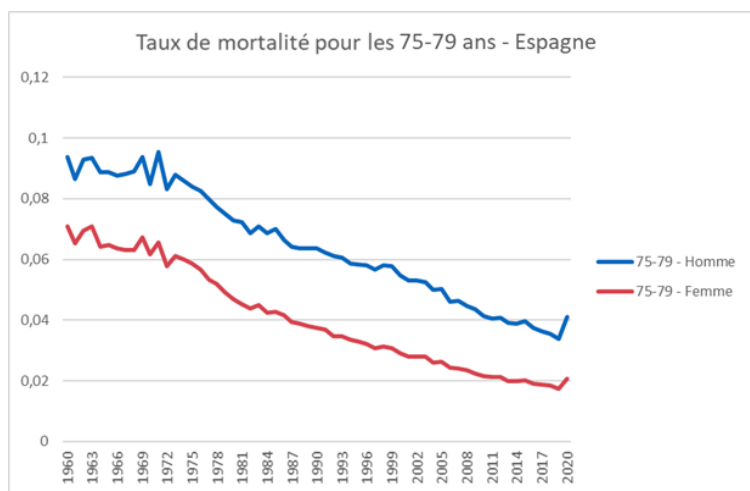
Fréquence cumulée de la population selon l'âge en 1980 en Suède et en Espagne

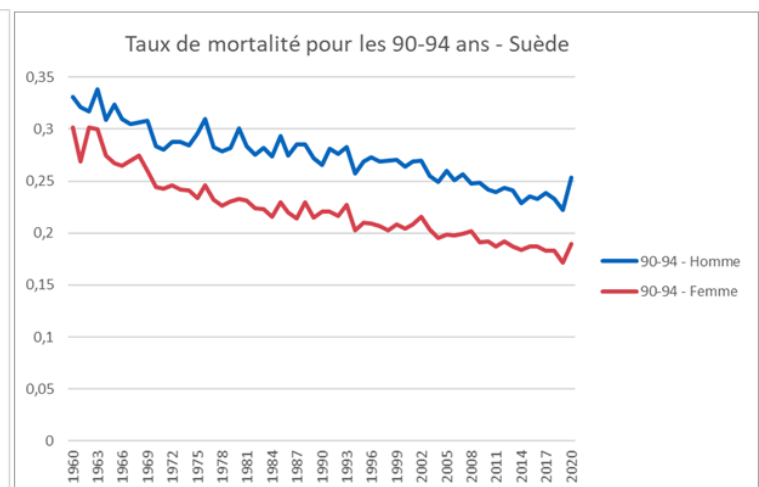
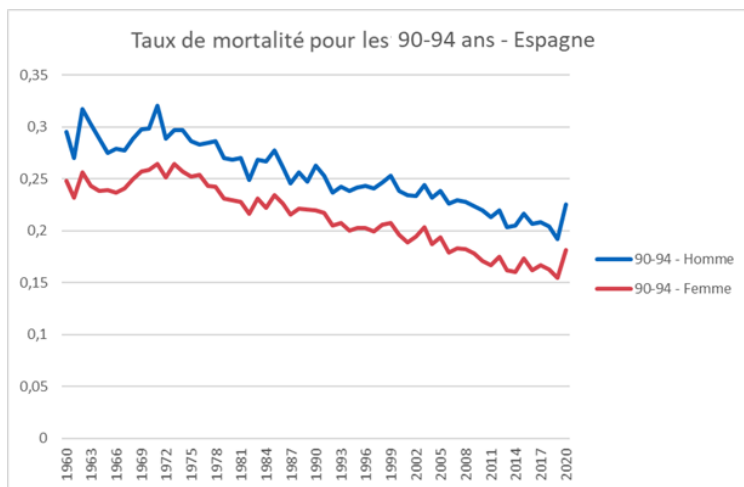
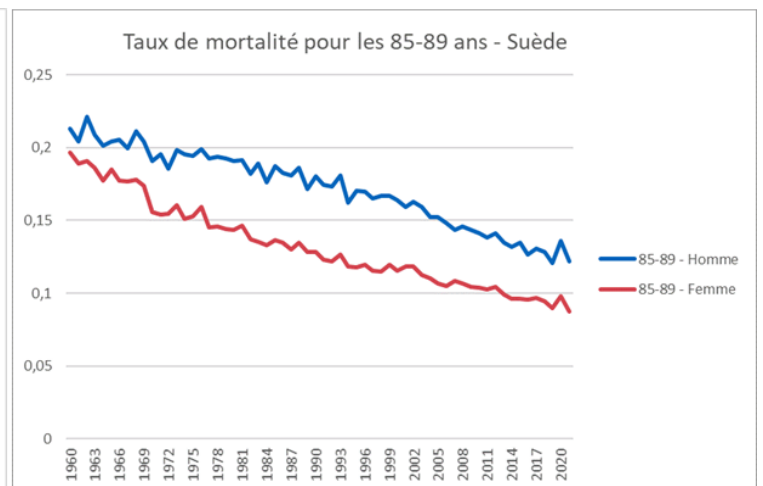
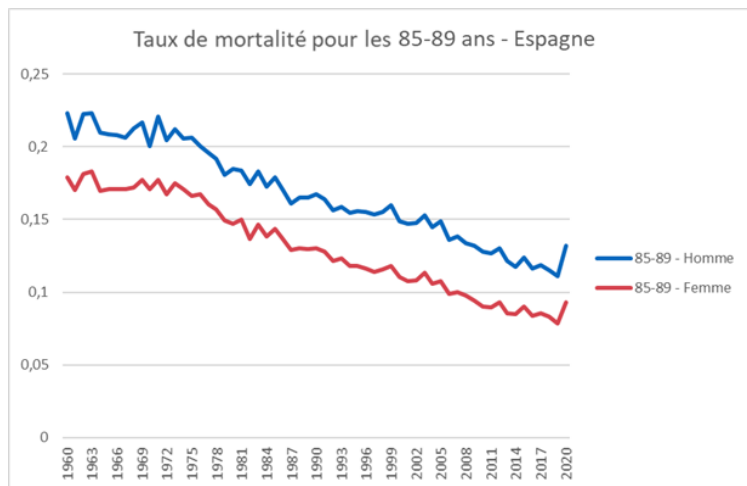
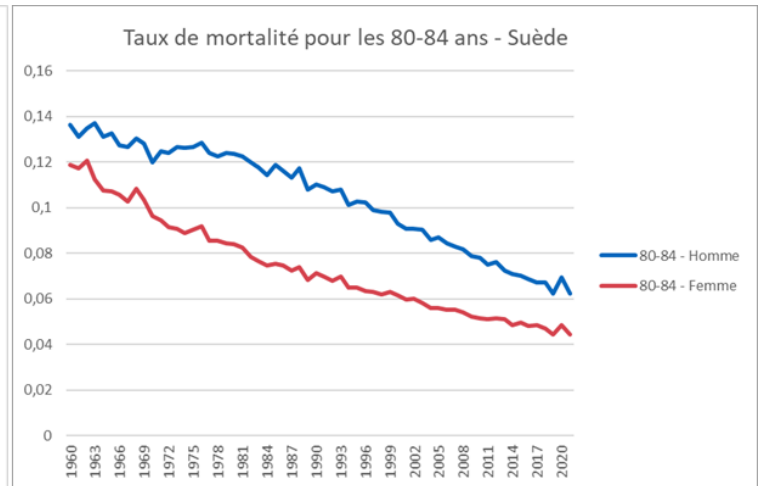
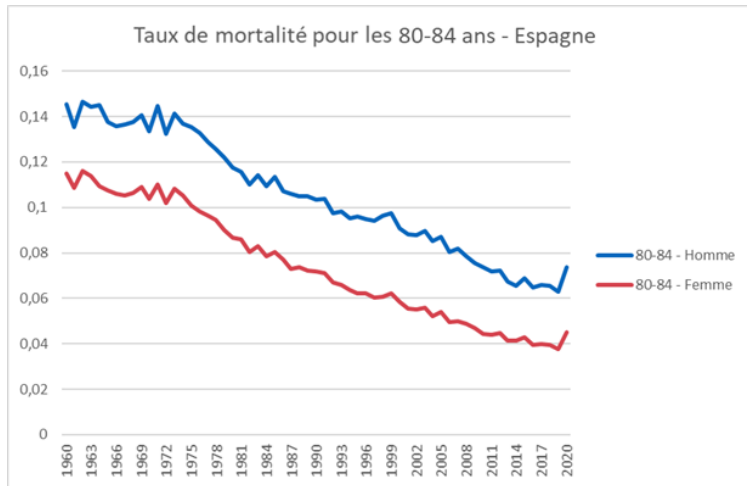


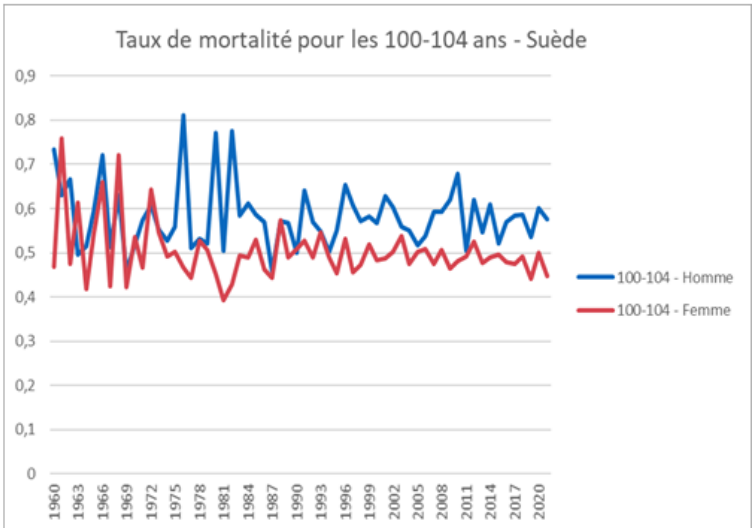
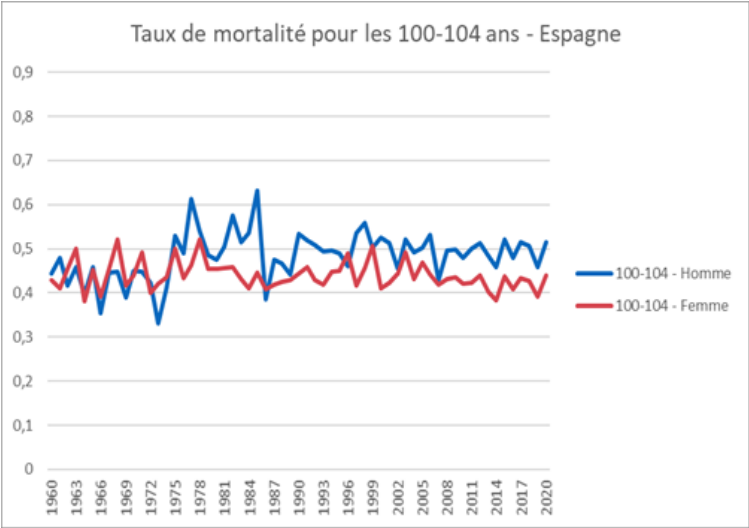
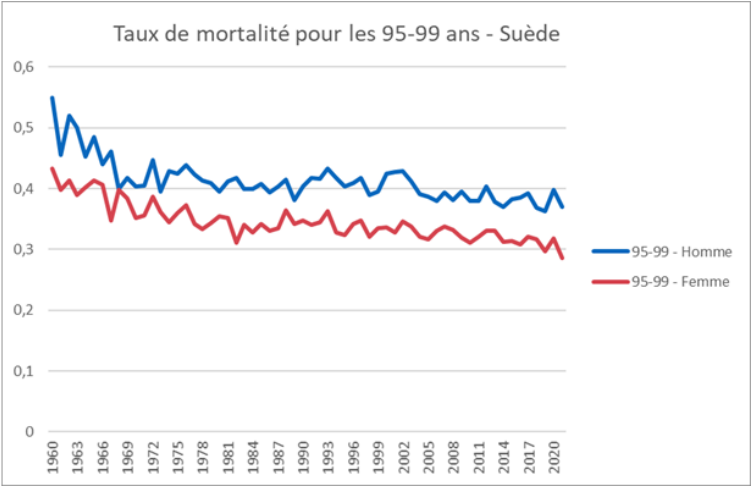
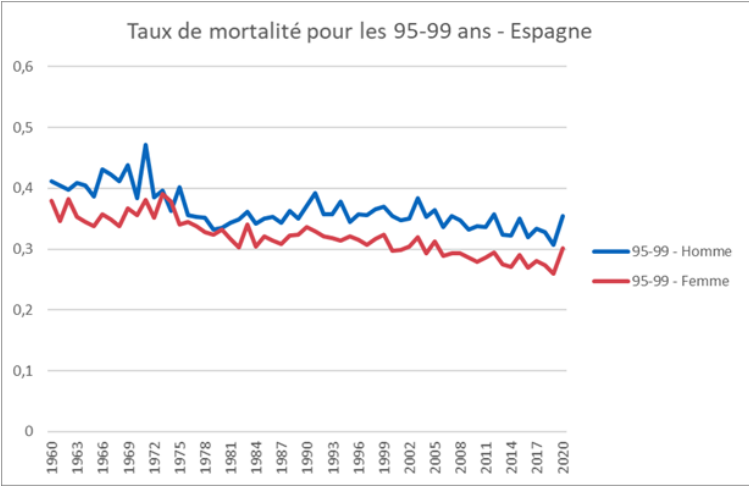
Fréquence cumulée de la population selon l'âge en 2021 en Suède et en Espagne



Evolution des taux de mortalité selon les classes d'âge pour la Suède l'Espagne







CHAPITRE 3

Systemes de retraite

DOSSIER SILVER ECONOMY

LAMON Océane
PEDROT Emma
SEZESTRE Emilien

M. Jesus NZE OBAME

Table des matières

I. Introduction	58
II. Les systèmes de retraite	58
1. Suède.....	58
a. Historique et architecture	59
b. Modes de financement et types de plan d'épargne retraite	61
2. Espagne	61
a. Historique et architecture	62
b. Modes de financement et types de plan d'épargne retraite	64
3. Synthèse	64
III. Epargne et retraite.....	67
1. Épargne et taux d'épargne	67
2. Retraite anticipée	69
3. Habitudes de consommation	69
IV. Conclusion	70
V. Bibliographie	72
VI. Annexes	73

I. Introduction

À l'échelle d'un individu d'un âge plus ou moins avancé, la retraite constitue une situation sociale et financière engendrée par son choix de mettre un terme définitif à sa carrière professionnelle. Elle s'offre à l'individu comme une nécessité compte tenu du déclin physique et mental qui peut être associé au processus de vieillissement ainsi qu'une opportunité de disposer plus librement de son temps avant son décès, une fois déchargé de son activité professionnelle. La retraite est également associée au versement d'une pension, dans la mesure où la cessation d'activité prive l'individu de sa principale source de revenus.

Les sociétés doivent donc s'organiser autour d'un système de retraite pour garantir aux individus, sous certaines conditions et spécificités, un revenu de substitution dès lors qu'ils ne participent plus à la production de richesses et la création de valeur ajoutée par le biais du travail. Chaque système de retraite a sa propre structure fondamentale - capitalisation, répartition ou système mixte - de même que ses modalités spécifiques concernant le financement dudit système ou encore les conditions liées à l'âge minimum de départ à la retraite.

Ce dossier aura ainsi vocation à explorer, à l'aide d'une recherche documentaire et statistique, les systèmes de retraite de deux pays - Suède et Espagne - à travers leur architecture, leur historique ainsi que les modes de financements et types de plan d'épargne retraite pour mettre en lumière les ressemblances et différences entre les deux systèmes considérés. Il sera également l'occasion d'étudier les comportements des individus en termes d'épargne, ainsi que les différentes sources de revenus à la retraite, dépenses de consommation ou encore patrimoine des retraités. Nous aurons également l'opportunité de passer en revue les perspectives d'évolution des deux systèmes considérés, liées aux enjeux démographiques et financiers inhérents à la conjoncture économique et démographique des de nos deux pays.

II. Les systèmes de retraite : recherche documentaire

Cette première partie est consacrée à l'étude documentaire des systèmes de retraite de nos deux pays. Après les avoir observés séparément, en explorant leur architecture avec les différents piliers qui les composent, en explicitant leur historique jusqu'au système actuel, et en présentant leurs différentes caractéristiques à travers les types de plan d'épargne retraite et modes de financement, nous pourrions conclure concernant ce qui les rassemble, ou au contraire ce qui les distingue.

1. Suède

a. Historique et architecture

i. Origine du système

Le système de retraite suédois est un système à trois piliers associant capitalisation et répartition. Si cette structuration autour de trois piliers est effective depuis 1973, le premier d'entre eux a néanmoins connu de profonds changements à travers une réformation radicale du système de retraite initiée par les enjeux démographiques à venir, soulevés dans les années 1990.

En effet, pour faire face à une forte augmentation des taux de cotisations nécessaire à pallier la fragilité du système en vigueur si ce dernier devait perdurer dans le temps, un projet de réforme des retraites est publié en 1992 dans l'optique de la création d'un nouveau système plus viable. Celui-ci s'accompagne, deux ans plus tard, de l'introduction de principes fondateurs destinés à guider les principales réflexions autour du nouveau système de retraite : pension minimum garantie, financement des pensions garanti par un taux fixe de cotisation, entre-autres. La grande majorité des lois posant le cadre de ce nouveau système sont votées en 1998, le nouveau système étant désormais plus propice au recul de l'âge de départ à la retraite notamment du fait d'un nouveau mode de calcul des pensions associé à l'introduction d'une dimension de capitalisation dans le premier pilier.

ii. Premier pilier

Suite à la réforme, le premier pilier est passé d'un système par répartition à prestations définies à un système notionnel à cotisations définies. Cela implique ainsi l'association des dimensions capitalisation et répartition qui caractérisent ce nouveau système. De ce fait, parmi les cotisations -18,5% du revenu ouvrant droit à pension- injectées dans le système de retraite, 16% sont affectés à la dimension répartition sous forme d'un compte notionnel géré par l'Agence nationale des retraites, quand les 2,5% restants constituent la dimension capitalisation au moyen d'investissements dans des fonds de pension (les individus sont en mesure d'accepter un fonds par défaut ou de choisir, parmi 500 agréés, jusqu'à cinq fonds maximum).

Au-delà d'un certain seuil (44 375 couronnes par mois), les revenus ne sont plus pris en compte dans le droit à la pension et sont considérés comme des taxes alimentant le budget de l'Etat, le système reste donc redistributif par le biais de ce plafonnement des droits. Le montant de pension d'un individu est calculé au moyen d'un coefficient de conversion reposant principalement sur l'espérance de vie (répartition), ces derniers ont également le choix de percevoir leur rente sous forme d'annuité fixe ou variable (capitalisation). Le niveau des pensions est ainsi fortement influencé par le choix de l'âge de départ à la retraite (à partir de 62 ans), le choix des fonds de pension ainsi que le choix du type d'annuités.

Enfin, la principale spécificité de ce système réside dans la mise en place d'un mécanisme automatique d'ajustement des pensions, où l'équilibre du système par répartition est assuré sur le long terme, sans augmentation des cotisations, mais avec des outils comme la minoration du

taux de revalorisation des pensions et le rattrapage de l'indice de revenus. Il a déjà notamment été sollicité par trois fois, respectivement en 2010, 2011 et 2014.

Ainsi, même avec l'introduction d'une dimension capitalisation, le premier pilier n'en reste pas moins la principale source de revenus pour les individus à la retraite de par son caractère universel. La réforme du premier pilier s'est également accompagnée d'une protection contre la pauvreté sous forme de pension minimale garantie, versée sous conditions d'années de résidence (40 ans pour une aide complète) dans le pays et du montant de pension garanti à l'individu par le premier pilier (moins de 12 800 couronnes mensuelles pour un individu célibataire et 11 389 couronnes mensuelles pour un individu marié).

iii. Second pilier

Le deuxième pilier du système de retraite suédois est constitué d'une unique composante par capitalisation. Il s'agit d'un complément de retraite induit par le statut professionnel (domaine et/ou statut) de l'individu. Si la grande majorité des employés sont concernés (90%), ce n'est par exemple pas le cas des indépendants qui ne peuvent pas bénéficier de ce second pilier. Les employés éligibles sont rattachés à l'un des quatre régimes de cotisation suivants : employés de l'Etat central, des municipalités et des régions, cadres du privé ou ouvriers du privé. Les différents régimes ont chacun leur spécificité en termes de distribution des pensions, les retraités ayant néanmoins la possibilité de choisir la période de temps (fixer une période prédéfinie de 5 ou 10 ans par exemple) durant laquelle les pensions issues du second pilier leur seront reversées.

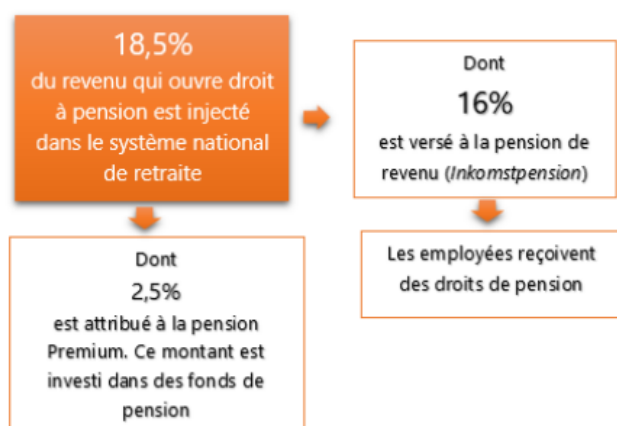
Enfin, en moyenne, le second pilier constitue 25% à 30% des revenus de retraite des individus, sa participation étant néanmoins très inégalitaire en fonction du niveau de revenus de l'individu concerné. En effet, si l'on ne s'intéresse qu'aux deux premiers piliers comme constitutifs du revenu de retraite, le second pilier ne contribue qu'à hauteur de moins de 20% chez les individus à faible revenus, contre 50% chez les individus à revenus élevés. En 2022, 30% des personnes retraitées étaient concernées par ce dispositif.

iv. Troisième pilier

Le troisième pilier est uniquement constitué de l'épargne personnelle des individus. Très peu sollicité car ne représentant que 5% des revenus des retraites, il est néanmoins l'unique complément aux pensions du premier pilier accessible aux individus non-éligibles au second pilier, parmi lesquels les indépendants (20% d'entre eux n'ont recours ni au deuxième ni au troisième piliers, leurs revenus ne reposent donc que sur la pension obligatoire du premier pilier). Cette impopularité peut s'expliquer par la suppression progressive des déductions fiscales sur les produits d'épargne retraite, ce qui réduit nettement leur intérêt et donc les incitations à recourir à ces produits. Ainsi, près d'1 suédois sur 10 n'utilise pas ce pilier pour constituer son revenu de retraite.

b. Modes de financement et types de plan d'épargne retraite

Après nous être intéressé aux différents piliers qui structurent le système de retraite suédois, nous pouvons nous focaliser d'une part sur la façon dont ce dernier est financé, ainsi qu'aux différents produits d'épargne proposés pour permettre aux individus de se constituer un revenu de retraite.



Source : « Le système de retraite suédois »
Ambassade de France en Suède
Service économique de Stockholm

Comme explicité précédemment, le premier pilier est financé par le biais de cotisations sur les travailleurs à hauteur de 18,5% du revenu ouvrant droit à pension (inférieur à 44 375 couronnes mensuelles). Une partie est destinée à alimenter le système par répartition, tandis qu'une part minoritaire est investi dans les fonds de pension pour la dimension capitalisation.

Il est également important de mentionner l'importance des fonds de réserve pour assurer la dimension répartition du système. Au nombre de quatre et créés en 2001, ils fonctionnent sur le même principe qu'un fonds de pension (placements pour faire fructifier les ressources du fonds) et sont destinés à pallier le déficit des cotisations récoltées pour permettre le versement des pensions et ainsi assurer l'équilibre du système. En effet, il a été mobilisé en 2019 et 2020 à hauteur respective de 26,5 et 31,6 milliards de couronnes pour le paiement des pensions [Annexe 1].

Le second pilier est également financé par le biais de prélèvements sur les actifs entre 25 et 65 ans, 4,5% sous le seuil de 44 375 couronnes et 30% supplémentaires pour les revenus qui l'excèdent. Ces montants sont placés sur des fonds dédiés aux produits de retraites professionnelles, un administrateur spécifique à chacun des quatre régimes jouant le rôle d'intermédiaire par le biais d'appels d'offres pour lier les cotisants et les institutions financières proposant les fonds spécialisés. Il existe près de vingt gestionnaires de fonds consacrés au deuxième pilier, dont les trois les plus sollicités cumulent près de deux tiers des actifs : Alecta, Folksam et AMF qui sont respectivement deux organisations mutualistes et une entité détenue par les partenaires sociaux [Annexe 2].

2. Espagne

a. Historique et architecture

i. Origine du système

Si l'on se base sur l'ensemble de nos lectures, le premier ersatz de caisses de retraite espagnole est créé en 1900 [1] dans le cadre de la sécurité sociale, via une loi autorisant la création de certains fonds. Ces fonds sont réservés aux employés du secteur public et verse des pensions d'invalidité et de retraite. En 1919, une assurance retraite obligatoire (retiro obrero) est mise en place pour les travailleurs du secteur privé sous certaines conditions (salaire annuel inférieur à un certain seuil). C'est en 1926 qu'est créé un système universel de pension pour les employés du secteur public. Sous le régime de Franco (1936 – 1977), de nombreux changements sont opérés comme le remplacement du « retiro obrero », qui était basé sur un système par capitalisation, par l'assurance vieillesse (seguro de vejez) basée uniquement sur un système par répartition.

Parallèlement, le régime créa des fonds de pensions complémentaires géré par le ministère du travail et les syndicats. Le système était alors organisé en 2 piliers, jusqu'à la fin du régime. En 1963, il y eut grande réforme sociale (Ley de Bases de la Seguridad Social) qui vint unifier les cotisations pour la retraite et créer des régimes spéciaux dont certains existe encore aujourd'hui. Depuis la fin du régime franquiste, le système de la retraite connaîtra cinq changements importants en 1985, 1997, 2011, 2013 et 2021 [2]. En 1985, le nombre minimum d'années de cotisation passe de 8 à 15 ans et il y a une suppression d'une large part des régimes spéciaux. En 1995, le pacte de Tolède (qui est un rapport résumant les grandes réformes sur la sécurité sociale à réaliser) est signé et aura une importance capitale dans les réformes de 97 et 2011. Ainsi en 1997, le salaire de référence est modifié, avant on calculait la pensions 8 dernières années, désormais on passe aux 15 dernières années.

Plus récemment, en 2011, les trois principales mesures sont les suivantes : le retard progressif de l'âge de la retraite de 65 ans à 67 ans en 2027 pour bénéficier d'une retraite à taux plein (cette mesure est abandonnée en 2013 puis reprise en 2021[3]), modification du salaire de référence (on passe des 15 à 25 dernières années), le nombre d'années pour percevoir la totalité de la prestation passe progressivement de 35 à 37 ans. Ces mesures « antisociales » sont prises dans un contexte de crise, l'Espagne étant un pays avec un fort taux de chômage et de pauvreté.

ii. Premier pilier

Le premier pilier est un système de répartition à prestations définies [4] géré par l'institut national de la Sécurité Social (INSS). Le montant des cotisations est de 23,6 % pour l'employeur et 4,7 % pour les [salariés du régime général](#) (donc 28,3 %), les indépendant payent l'intégralité du taux (il existe également d'autres régimes spéciaux : travailleurs agricoles, marins, travailleur du charbon, etc...) [5].

Concernant les cotisations, [la base minimale](#) est différente selon la catégorie professionnelle (ce seuil est également différent pour les régimes spéciaux et les indépendants), qui est notamment

de 1629,3 € pour les ingénieurs. La base maximale est de 4139,4 €, et est la même pour toutes les catégories professionnelles.

Concernant les prestations, à partir de 15 années de cotisations le taux d'acquisition est de 50 % de la rémunération, basé sur le calcul du salaire de référence (salaire des 25 dernières années, revalorisé en fonction d'un indice tenant compte l'évolution des ressources et des dépenses du système (et non en fonction de l'évolution du prix[2])), puis pour chaque années supplémentaire, le taux d'acquisition augmentait de 3 % pour chaque année pendant 10 ans, puis de 2% par an. Cependant, ce calcul est modifié chaque année car l'objectif est de passer en 2027, de 35 ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein à 37 ans en 2027. Ainsi tous les ans, le nombre d'années pour bénéficier d'une pensions pleine augmente de 2 mois pour atteindre 37 en 2027. Le montant maximum de cette pension est de 2614,96 € par mois et le montant minimum pour une personne vivant seule est de 637,7 € par mois, cela diffère selon la situation du ménage (enfant ou conjoint à charge), pour les personnes dont les revenus annuels du retraité sont inférieurs à 7133,97 € par an.

Ainsi, le premier pilier est le seul obligatoire et constitue la principale ressource pour les ménages espagnoles (c'est l'un des plus généreux d'Europe), ce seul pilier permettant de toucher en moyenne 80% de son salaire passé [6]. En outre, les travailleurs espagnols épargnent très peu, ce qui explique un très faible développement des deux autres piliers.

iii. Second pilier

Le deuxième pilier du système de retraite espagnol est donc sur participation volontaire et financer par les contributions des employeurs. C'est un système qui est à prestation et à bénéfice défini géré par des agences indépendantes sous la supervision des partenaires sociaux. Ce pilier englobe les comptes de retraites de l'employeur pour les salariés et les plans de retraite individuel pour les indépendants. Les produits d'épargne proposé par les employeurs sont nombreux mais le plus commun est le « tax-qualified Pensions Plans »[6], ils peuvent être financés par l'employeur ou le salarié en versant un pourcentage du salaire (en moyenne ce taux est de 2,6 % soit 629 € par an).

En moyenne, seulement 8,6 % de la population active avait ouvert ce type de compte en 2019 et seuls 41 700 de retraités bénéficiaient d'une prestation associée à ce type de produits, en moyenne, le taux de prestations par rapport au salaire moyen était de 39,6% (11 180 € annuel) pour ces mêmes retraités. Cette impopularité s'explique par le fait les employeurs sont très rarement obligé de proposer ce type de compte (hormis certaines industries) et très peu d'employeur le propose. Pour finir, sur la fiscalité, les contributions sont exonérées d'impôt en dessous de 8000 € par an et par personne, les prestations elles sont imposé selon [les règles de l'impôt sur le revenu](#).

iv. Troisième pilier

Le troisième pilier est constitué des plans de pensions personnels ou individuels (actions, fonds d'investissement, assurance, épargne, etc...), ils sont volontaires et complémentaires aux 2 autres piliers. Comparativement, beaucoup plus de retraités bénéficie de ce type de prestations (190 000), cependant, la prestations annuelle moyenne était de 2 441 € brut, ce qui ne représente que 8,6 % du salaire. Ainsi, en 2019 près de 21,37 % des Espagnols âgées de 16 à 64 ans détiennent l'un de ces comptes de retraites et la valeur des actifs de ces plans représentait 6,4% du PIB espagnol.

b. Modes de financement et types de plan d'épargne retraite

Après avoir analysé chaque pilier qui structure le système de retraite espagnol, nous pouvons nous focaliser sur la manière dont il est financé, ainsi qu'aux différents produits d'épargne proposés aux individus.

Tout comme la Suède, le premier pilier est financé en grande partie par les cotisations sociales, à hauteur de 69,7% (financé à 52,2% par les employeurs et 17,5% par les salariés). Le reste est financé via la participation des pouvoirs publics, notamment pour ce qui est des pensions minimums de l'assurance vieillesse et invalidité, de plus le minimum non contributif est financé à 100 % par l'Etat. [7]

Pour finir, comme nous l'avons vu le reste des piliers sont financés soit par les employeurs, pour les comptes de retraite de l'employeur, soit par les employés pour les plans de pensions personnels.

3. Synthèse

a. Points communs et divergences

Nous allons désormais évoquer les points communs et divergences de nos 2 systèmes de retraites. Dans un premier temps, nous constatons qu'il y a une très forte différence d'architecture entre nos 2 systèmes de retraites. En effet, le type de régime des systèmes est très différent avec d'une part l'Espagne qui est un régime à prestation définis, et de l'autre, la Suède qui est un système notionnel à cotisation défini. De plus, pour le premier pilier, la Suède allie à la fois un système par capitalisation et un système par répartition alors que l'Espagne est uniquement un système par répartition. Ce qui amène à une plus forte prépondérance de la répartition dans le

système espagnols, puisque la majorité des Espagnols bénéficie uniquement de leurs prestations pour vivre, à l'instar des Suédois.

Le second pilier joue également un rôle, une forme et une place radicalement différentes. En effet, en Suède 90 % des employés en bénéficient alors qu'en Espagne, seul 8,6 % de la population active en bénéficiait.

Cependant, il y a également quelques points de convergence, comme l'âge de départ à la retraite qui est de 66 ans et 2 mois en Espagne et de 65 en Suède. [8]

Nous avons réalisé un tableau récapitulatif pour rendre cette comparaison plus lisible :

	ESPAGNE	SUEDE
TYPE DE REGIME	Prestations définies	Notionnel à cotisation définies
FONCTIONNEMENT GENERAL	Répartition	Mixte
TAUX DE COTISATION	28,3 % dont 23,6 % par l'employeur et 4,7 % par l'employé	18,5 %
MINIMUM VIEILLEISSE (PERSONNES SEULES)	637, 7 €	8254 couronnes (785 €)[9]
PARTICIPATION AU DEUXIEME PILIER	8,6 %	90 %
PART DU REVENU DE RETRAITE DU SECOND PILIER	39, 6 %	25 à 30 %
PARTICIPATION AU TROISIEME PILIER	21,37 %	< 10 %
AGE DE DEPART A LA RETRAITE (TAUX PLEIN)	66 ans et 2 mois (67 ans en 2027)	65 ans
TAUX DE REMPLACEMENT	80 %	80 % (premier et deuxième pilier)
TAUX DE DEPENDANCE	32,8 %	35,9 %

L'homogénéité des deux systèmes se trouve dans leurs transformations profondes depuis la fin des années 90. Ces dernières sont liées aux problématiques auxquelles doit faire face l'Europe. Ainsi, il y a deux défis majeurs qui sont à la fois démographiques et économiques, nous traiterons de ces sujets dans la prochaine partie.

b. Enjeux démographiques, financiers, et perspectives d'évolution

Pour analyser les enjeux démographiques, nous allons utiliser différents indicateurs comme, l'espérance de vie, le taux de fécondité, la pyramide des âges et le taux de dépendance (part des personnes âgées de plus de 65 ans parmi les personnes âgées de 20 à 64 ans).

Ainsi, si l'on compare l'espérance de vie de nos 2 pays, elles sont très similaires, avec 81,4 ans en Suède et 80,3 en Espagne [selon l'OCDE](#). De plus, lorsque l'on s'intéresse aux projections pour 2050, cette espérance de vie ne cesse de croître jusqu'à atteindre 86,96 ans en Suède et 87,58

ans en Espagne [selon Statistica](#). De plus, si l'on s'intéresse aux taux de fécondité, ils étaient respectivement de 1,36 en Espagne contre 1,67 en Suède en 2020, or comme annoncé sur le site de l'OCDE, il faudrait un taux de 2,1 pour garantir une stabilité de la population.

Ensuite, si l'on compare [les pyramides des âges](#), l'Espagne va clairement connaître d'ici les 10 prochaines années un vieillissement brutal de sa population, couplés à une baisse drastique de sa natalité. Cela risque d'être dramatique pour son mode de financement de la retraite, déjà déficitaire et en grande partie basé sur les cotisations (70%) à l'instar de la Suède qui connaît un déséquilibre démographique moins marqué.

Concernant les taux de dépendance, comme nous l'avons vu, l'Espagne à, pour le moment, un taux inférieur à la Suède (32,8% contre 35,9 %). Cependant si l'on s'intéresse aux [prédictions de l'OCDE en termes de taux de dépendance](#), ce dernier pourrait atteindre en 2050, 78,4 % en Espagne contre 45,5 % en Suède, donc cette situation plutôt favorable pour l'Espagne pourrait s'inverser très fortement dans le futur.

Toutes ces variables mènent à une même conclusion, la population est vieillissante, car il y a d'une part, un accroissement de la durée de vie, et de l'autre, une baisse de la natalité. L'accroissement de la durée de vie pose un réel problème en termes de financement du système de retraite, notamment lorsqu'il est en grande partie à répartition, car plus les personnes vivent longtemps, plus ils perçoivent des prestations. Un indicateur connexe est [l'espérance de vie à l'âge de la retraite \(des femmes\)](#), qui passe de 13,3 ans en 1958 à 21,9 ans en 2020 pour la Suède et de 15,3 à 22,8 ans pour l'Espagne (en 2050, cette espérance est estimée à 24-25 ans en moyenne). L'augmentation du taux de dépendance pose également des problèmes en termes de financement des systèmes, surtout pour l'Espagne, à voir si l'augmentation de l'âge de départ à la retraite à 67 ans pour 2027 sera suffisant pour combler ce problème.

Pour finir, la dernière variable qui rend complexe la soutenabilité de la sécurité sociale est le [taux de chômage](#) qui est à la fois très fort en Espagne (12-14%) et en Suède (8-9%).

Concernant les perspectives d'évolution, nous estimons que l'incapacité à rendre soutenable un système par répartition poussera les pays à adopter des systèmes mixtes, ou la capitalisation jouera un plus grand rôle (pour la Suède). Cependant, si les pays voulaient conserver un système à répartition, ils y auraient 2 axes d'actions. Tout d'abord, ils peuvent encore durcir les conditions d'accès à une retraite à taux plein, en augmentant, par exemple, l'âge de départ à la retraite (permettant également de réduire l'espérance de vie à la retraite), le taux de cotisation, réduire le minimum vieillesse, etc...

Une autre manière serait de pousser les individus vers les autres piliers, comme la Suède a commencé à le faire, en incitant (les employeurs en Espagne et les individus en Suède) à participer à des plans d'épargne retraite via des mesures fiscales. Cependant, il reste un grand travail à faire en termes d'éducation financière, c'est ce que nous verrons dans le chapitre suivant.

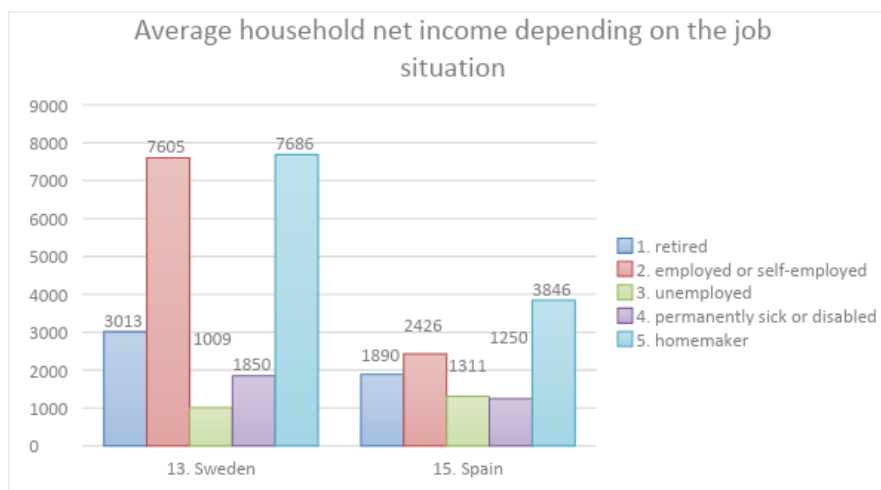
III. Épargne et retraite : analyse statistique

1. Épargne et taux d'épargne

Selon l'INSEE, le taux d'épargne d'un ménage peut se définir comme la part du revenu disponible des ménages qui n'est pas utilisée en dépense de consommation finale. L'objectif de l'épargne est de financer la retraite, mais également des imprévus comme la maladie. Elle va permettre de maximiser le bien-être au cours du temps. Épargner, c'est renoncer à une consommation présente au profit d'une consommation future.

Le montant épargné dépend alors du revenu. En effet, plus un individu touche un revenu important plus il sera en mesure de garantir ses dépenses de consommation et donc d'épargner. C'est pour cela que pour comprendre les habitudes d'épargne de nos pays, il est primordial de s'intéresser au revenu moyen par ménage. C'est ce que nous verrons dans un premier temps. Puis nous nous intéresserons à la facilité que les ménages ont pour finir les fins de mois. Cela nous permettra de conclure sur les taux d'épargne.

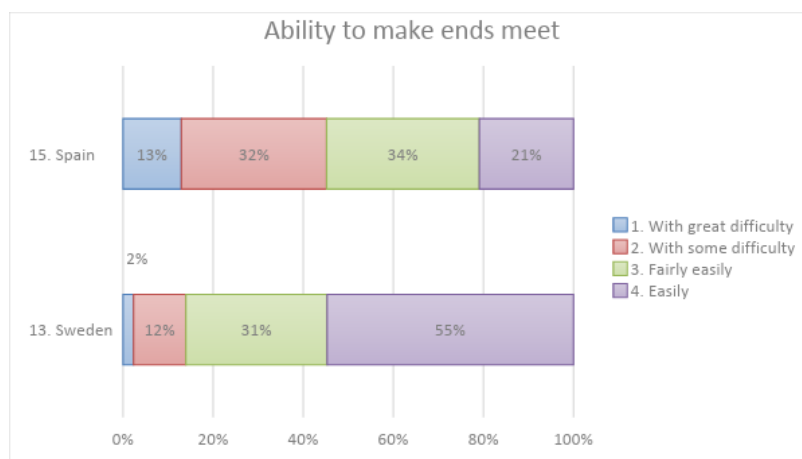
Grâce à la base de données EasyShare et la variable thinc_m qui nous fournit le revenu net des ménages, nous pouvons constater une différence de revenu moyen selon les pays. Effectivement, en Suède, le revenu moyen est de 4 302 € tandis qu'en Espagne, il est de 2 329 €. Cela correspond donc à une différence de 1 973 €. Bien évidemment, le revenu diffère selon le métier et la CSP des individus. C'est ce qu'illustre le graphique ci-dessous :



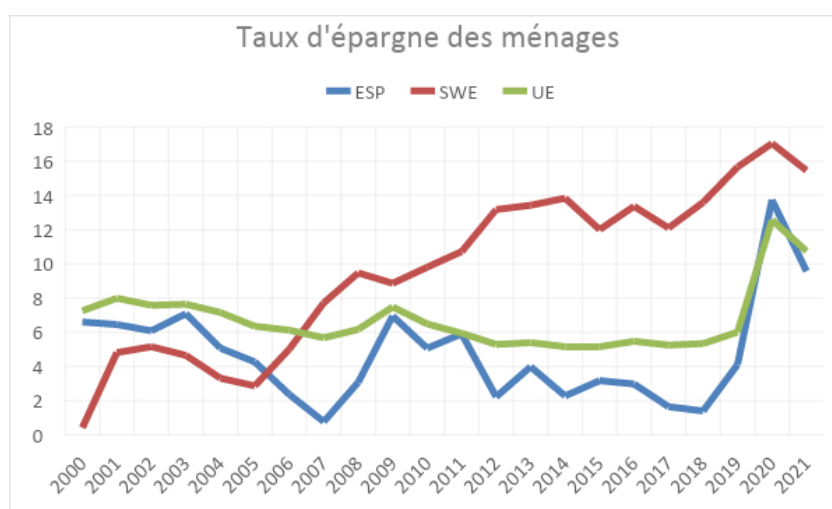
Ce graphique nous permet de voir que pour la majorité des situations d'emplois, les Suédois ont des revenus supérieurs exceptés pour ceux au chômage. Les individus sans emploi en Espagne ont un revenu supérieur de 302 euros aux Suédois. Il nous semble alors que le niveau de vie des Suédois est supérieur à celui des Espagnols. De plus, en Suède, les retraités ont en moyenne un revenu de 7 686 € tandis qu'en Espagne, il est de 3 846 €. On peut donc supposer que les retraités suédois disposent d'une retraite plus aisée que les Espagnols.

Le montant du revenu est étroitement lié au bien-être du ménage. Plus le revenu est élevé, plus il garantit les dépenses essentielles telles que le loyer, le chauffage, la nourriture, les soins... Dans le graphique suivant nous allons étudier la capacité des ménages à conclure les fins de mois.

Le graphique ci-dessous permet de comprendre si les ménages rencontrent des difficultés à terminer le mois ou non. En Suède, la majorité des individus ne rencontrent aucune difficulté. A l'inverse, en Espagne, 34% d'entre eux terminent le mois assez facilement. 86 % des répondants suédois déclarent terminer facilement ou assez facilement le mois, ils ne sont que 55 % en Espagne



On confirme alors le fait que la vie est plus facile en Suède. Cela impact le taux d'épargne, effectivement, si les ménages ont déjà du mal à terminer le mois, ils ne vont pas épargner. C'est ce que nous remarquons ci-dessous :

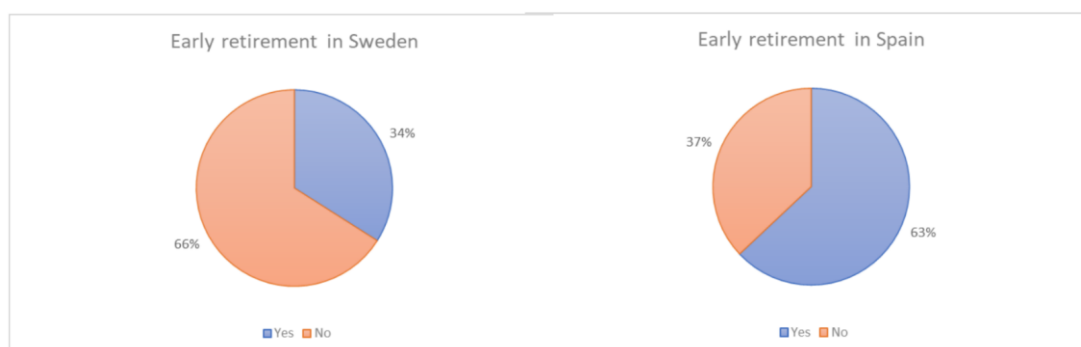


Ce graphique a été réalisé à l'aide des données de l'OCDE. On s'intéresse aux taux d'épargne des ménages à partir de 2000 et jusqu'à 2021 qui est calculé en fonction du revenu disponible. Par exemple, pour l'Union européenne en 2020, le taux d'épargne des ménages était d'environ 18 %. Cela signifie donc que chaque ménage épargnait 18 % de leur revenu disponible. Dans notre étude, il est intéressant de comparer nos pays afin de comprendre leurs habitudes

d'épargne. On constate qu'en 2000 l'Espagne et la Suède étaient en dessous de la moyenne européenne. Néanmoins, les Espagnols avaient un taux d'épargne supérieur à celui des Suédois. Cette tendance s'est inversée en 2005 ou le taux d'épargne de la Suède a commencé à augmenter. En 2021, le taux d'épargne des Suédois était aux alentours des 16 %, soit une différence de 6 points avec les Espagnols et de 4 points avec l'Union européenne. Les Suédois ont donc une tendance à épargner plus forte.

2. Retraite anticipée

On peut distinguer trois catégories d'âges de départ en retraite. D'un côté, nous avons ceux qui partent à l'âge de la retraite qui vont ensuite bénéficier d'une retraite à taux pleins. Puis d'un autre côté, nous avons ceux qui ont un départ anticipé qui vont alors bénéficier d'une pension plus faible ou ceux qui partent tardivement en retraite et qui toucheront donc une pension plus élevée. Grâce à base de données Easy Share et la variable ep036_mod nous pouvons connaître la proportion des répondants voulant un départ anticipé au profit d'une retraite



On constate alors que la proportion des individus souhaitant une retraite anticipée est largement plus forte en Espagne. Effectivement, on compte 63 % des répondants favorables contre seulement 34 % en Suède. Cela permet donc d'expliquer pourquoi la pension de retraite est plus faible pour les Espagnols que pour les Suédois.

3. Habitudes de consommation

	Dépense de consommation finale des ménages						Dépense de consommation des APU et des ISBLSM ¹
	Logement	Transports	Alimentation et boissons non alcoolisées	Culture, loisirs, communications	Hôtels, cafés et restaurants	Autres	
Espagne	24,0	8,2	12,6	7,0	7,4	20,2	20,5
Suède	22,6	8,1	8,9	9,5	3,6	14,8	32,6
UE	24,2	8,9	11,9	8,0	4,6	19,1	23,4

Les habitudes de consommation permettent de renseigner sur la vie des individus. Selon leurs dépenses nous pouvons comprendre quelles sont leurs priorités et donc déduire leur niveau de vie. C'est ce qu'illustre le tableau ci-dessous issu de l'INSEE

Pour notre analyse nous allons nous focaliser sur les dépenses de consommation finale des ménages. La plus grosse dépense que réalisent les ménages à la fois Suédois et Espagnols sont les dépenses de logement. Respectivement 24 % de la consommation finale des ménages espagnols et 22.6 % pour les Suédois sont utilisés pour leur logement. Les dépenses sont similaires pour les deux pays en ce qui concerne les transports. En revanche, on remarque que les Espagnols dépensent plus dans l'alimentation, les hôtels, café, restaurants et également dans la catégorie autres que le suédois. On constate également qu'en Suède, les individus dépensent plus dans la culture et les loisirs que dans les hôtels/restaurants/café et l'alimentation (9.5 % contre 3.6 % et 8.9 %). Nous pouvons donc conclure sur le fait que selon les pays, les centres d'intérêts des ménages semblent différer.

IV. Conclusion

Nous arrivons donc au terme de notre étude, cette conclusion nous permettra de revenir brièvement sur les différents points abordés.

Dans un premier temps, nous avons étudié les systèmes de retraites suédois et espagnols, leurs histoires respectives ainsi que leurs architectures, leurs modes de financement et problématiques futures. Il est intéressant de constater que les réformes majeures sont décidées à la même période, c'est-à-dire, à la fin des années 90. Concernant la Suède, elle possède un système plus moderne qui allie à la fois répartition et capitalisation où 2,5 % des revenus sont directement investis dans un fonds de pensions via les cotisations. De plus, le second pilier est uniquement composé d'un système par capitalisation dont peuvent bénéficier 90 % des employés, et joue donc un rôle relativement important car constituant 25 à 30 % des revenus de retraite.

A l'instar de son homologue européen qui possède un système de retraite plus traditionnel, dont le premier pilier est centré sur la répartition avec un taux de cotisation très élevé (28,3 %) en grande partie financé par les employeurs. Ce pilier à lui seul suffit pour une large partie de la population car permettant en moyenne, de toucher 80 % de son salaire passé. Concernant le second pilier, il est bien moins développé que le précédent et financé par les contributions des employeurs. Il est dans une large partie des cas non obligatoire et seul 8,6% de la population espagnole en bénéficie.

Nous sommes ensuite revenu sur les modes de financement de ces deux systèmes, concernant le système suédois, il existe 2 sources de financement majeures. La première source de financement est la cotisation et la seconde est un fond de réserve dont l'objectif est d'assurer l'équilibre du système. Concernant l'Espagne, 70 % de son système de retraite est financé via les cotisations, le reste étant financé via la participation des pouvoirs publics (donc de la dette).

Puis nous avons étudié les points de convergence et de différence, ainsi que les défis futurs pour ces systèmes. Nous avons mis en lumière une différence totale d'architecture mais avec des points de convergence sur les résultats, notamment sur l'âge de départ à la retraite et le taux de remplacement. En outre, les défis futurs auxquels vont faire face nos deux pays sont d'ordre démographique, l'Espagne étant d'autant plus touchée. En effet, son système est essentiellement basé sur la répartition qui connaît déjà des problématiques en termes de financement de son système (70 % étant autofinancé). De plus, c'est le pays qui va connaître l'un des vieillissements de sa population le plus fort avec une estimation de son taux de dépendance à 78,4 % en 2050 selon l'OCDE.

Pour finir, nous avons réalisé une partie statistique, qui revient sur les revenus des ménages, nous remarquons que les Suédois gagnent en moyenne plus d'argent que les Espagnols, ainsi, ils ont moins de mal à conclure les fins de mois. Cela se répercute sur les taux d'épargne, avec une différence de 6 points entre les 2 pays. Nous sommes également revenus sur la retraite anticipée et avons constaté des comportements très différents avec une majorité d'espagnols (63%) prenant une retraite anticipée, à l'instar des Suédois qui étaient 34% à prendre une retraite anticipée. Pour finir nous nous sommes également intéressés aux habitudes de consommation des ménages.

V. Bibliographie

- [1] M. Boldrin, S. Jimenez-Martin, F. Peracchi (1999). « Social Security and Retirement in Spain ». University of Chicago Press, p. 305-353.
- [2] J. Gil y Gil, P. Martin (2015), « Le système espagnol de protection social à l'épreuve de la crise » [en ligne]. Rennes : Presses universitaires de Rennes. Disponible sur internet : [La crise de la protection sociale en Europe - Le système espagnol de protection sociale à l'épreuve de la crise - Presses universitaires de Rennes \(openedition.org\)](#) (consulté le 10/01/2023)
- [3] C. Robert-Motta, « Retraites : que font nos voisins européens ? » [en ligne]. Paris : Public Sénat. Disponible sur internet : [Retraites : que font nos voisins européens ? | Public Sénat](#) (consultée le 10/01/2023)
- [4] OCDE (2018). « Architecture des systèmes de retraite nationaux ». Paris : Organisation de coopération et de développement économiques, p. 92-93.
- [5] Seguridad Social (2022), « Bases y tipos de cotización 2022 » [en ligne]. Madrid : Seguridad Social. Disponible sur internet : [Seguridad Social: Cotización / Recaudación de Trabajadores \(seg-social.es\)](#) (consultée le 10/01/2023)
- [6] Better Finance (2020), « Pensions Savings: The Real Return ». Better Finance, p. 375-380.
- [7] Europa, « La protection sociale en Europe ». Limoges : Entretiens Universitaires Réguliers pour l'Administration en Europe, p. 1-6.
- [8] OCDE (2018), « Panorama des pensions 2017 ». Paris : Organisation de coopération et de développement économiques, p. 1-172.
- [9] La retraite en clair (2018), « La retraite en Suède » [en ligne]. La retraite en clair. Disponible sur internet : [La retraite en Suède | La retraite en clair \(la-retraite-en-clair.fr\)](#) (consultée le 10/01/2023)
- [10] Ministère de l'économie des finances et de la relance (2022), « Le système de retraite suédois ». Stockholm : Direction général du Trésor, p. 1-18.
- [11] OCDE (2022), « OECD Pensions at a Glance ». Paris : Organisation de coopération et de développement économiques, p. 1-224.
- [12] O. Settergren (2003), « La réforme du système de retraite suédois. Premiers résultats ». Revue française des affaires sociales, p. 337-368.
- [13] INSEE (2021). Taux d'épargne (comptabilité nationale). Paris : INSEE. Disponible sur internet : [https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1824#:~:text=Le%20taux%20d'%C3%A9pargne%20mesure,disponible%20brut%20\(non%20ajust%C3%A9\)](https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1824#:~:text=Le%20taux%20d'%C3%A9pargne%20mesure,disponible%20brut%20(non%20ajust%C3%A9)) (consulté le 05/12/2022)
- [14] OCDE (2022), Épargne des ménages (indicateur). Disponible sur internet : <https://data.oecd.org/fr/hha/epargne-des-menages.htm> (consulté le 05/12/2022)
- [15] INSEE (2022). Consommation et conditions de vie en Europe. Disponible sur internet :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6535283?sommaire=6535307&q=Consommation+et+conditions+de+vie+en+Europe> (consulté le 07/01/2023)

VI. Annexes

[Annexe 1] Tableau sur l'équilibre du premier pilier du système de retraite suédois

	2015		2018		2019		2020	
	Mds SEK	% PIB	Mds SEK	% PIB	Mds SEK	% PIB	Mds SEK	% PIB
Cotisations	245	5,7%	278	5,7%	289	5,7%	296	5,9%
Pensions versées	265	6,2%	304	6,3%	315	6,2%	326	6,5%
Solde avant contribution des fonds de réserves.	-19	0,44%	-26	0,54%	26	0,53%	30	0,6%
Contributions des fonds de réserve	20	0,44%	27	0,55%	26,5	0,54%	31,6	0,61%
Solde après contribution des fonds de réserve	0,5	0,01	1	0,02	0,6	0,02	0,9	0,02

Source : Agence nationale des retraites

Extrait de : « Le système de retraite suédois », Ambassade de France en Suède, Service économique de Stockholm

[Annexe 2] Tableau des principaux gestionnaires de fonds du second pilier du système de retraite suédois

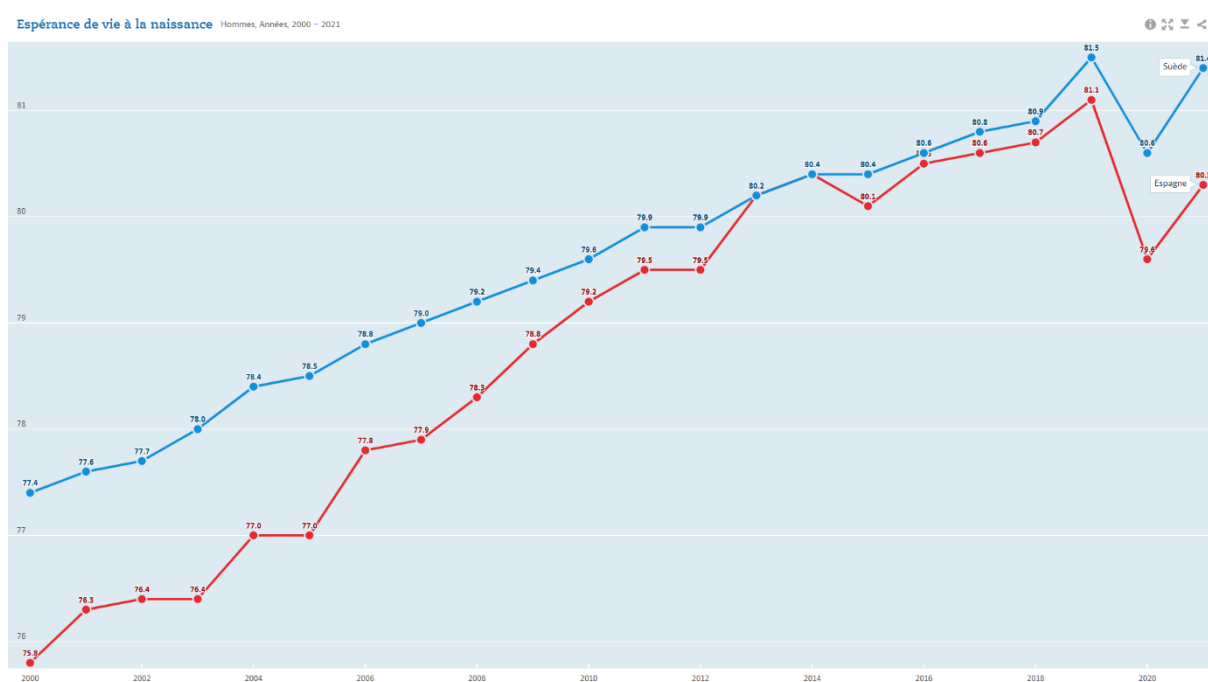
	Formes	Rendement 2021	Montants des capitaux sous gestion (Mds SEK, 2021)
Alecta	Organisation mutualiste	15,2%	1230
AMF	Détenu par les partenaires sociaux	16,5%	850
Folksam (KPA pension)	Organisation mutualiste	13,7%	264

Source : Collectum

Extrait de : « Le système de retraite suédois », Ambassade de France en Suède, Service économique de Stockholm

Espérance de vie

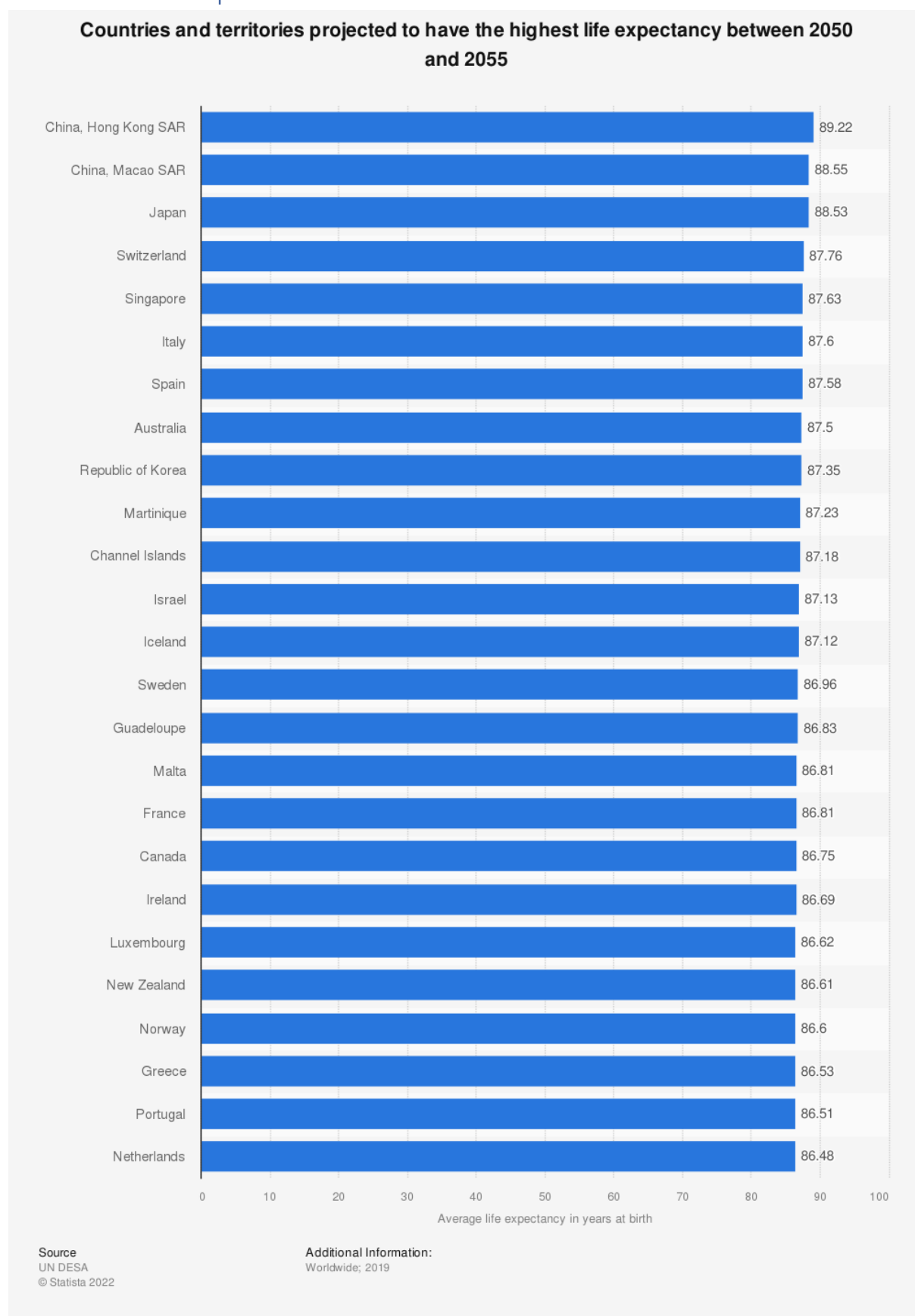
Espérance de vie à la naissance Hommes, Années, 2000 - 2021



Source : OCDE Données

Extrait de : « Espérance de vie à la naissance », OCDE Données, Organisation de coopération et de développement économiques

Estimations de l'espérance de vie en 2050



Source: Statista

Extrait de : « Countries and territories projected to have the highest life expectancy between 2050 and 2055 », Statista

Répartition des cotisations du Régime général espagnols

Régime général : charges sociales obligatoires au 1 ^{er} janvier 2022 ¹			
	Employeur	Salarié	Total
Cotisation générale ²	23,60 %	4,70 %	28,30 %
Chômage :			
CDI	5,50 %	1,55 %	7,05 %
CDD	6,70 %	1,60 %	8,30 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	3	-	3
Fonds de garantie salariale (FOGASA)	0,20 %	-	0,20 %
Formation professionnelle	0,60 %	0,10 %	0,70 %
1. En cas de poursuite de l'activité professionnelle au-delà de l'âge légal de la retraite (65 ans ou 66 ans et 2 mois, en fonction du nombre d'années cotisées), les cotisations présentées dans ce tableau sont supprimées. Seule une cotisation destinée à financer les prestations pour incapacité temporaire est prélevée, soit 1,30 % à la charge de l'entreprise et 0,25 % à la charge du travailleur. 2. La cotisation générale finance les assurances vieillesse, invalidité et survivants ainsi que les prestations en espèces de maladie et de maternité. Les soins de santé et les prestations familiales sont financés par les impôts. 3. Les cotisations accidents du travail et maladies professionnelles sont à la charge exclusive de l'employeur. Elles sont déterminées selon un tarif fixé par le gouvernement, compte tenu du risque potentiel propre à chaque activité. Consulter le barème en vigueur.			

Source : Cleiss

Extrait de : « Les cotisations en Espagne », Cleiss,

Assiettes de cotisations du régime général

ASSIETTES DE COTISATION RISQUES COMMUNS			
Groupe de Cotisation	Catégories Professionnelles	Assiettes minimales euros/mois	Assiettes maximales euros/mois
1	Ingénieurs et Diplômés. Personnel de haute direction non visé par l'article 1.3.c) du Statut des Travailleurs	1 629,30	4 139,40
2	Ingénieurs Techniques, Experts et Assistants Diplômés	1 351,20	4 139,40
3	Directeurs Administratifs et d'Atelier	1 175,40	4 139,40
4	Assistants non Diplômés	1 166,70	4 139,40
5	Employés Administratifs	1 166,70	4 139,40
6	Subalternes	1 166,70	4 139,40
7	Auxiliaires Administratifs	1 166,70	4 139,40
		Assiettes minimales euros/jour	Assiettes maximales euros/jour
8	Ouvriers de première et de seconde catégories	38,89	137,98
9	Ouvriers de troisième catégorie et Ouvriers Spécialisés	38,89	137,98
10	Manœuvres	38,89	137,98
11	Travailleurs de moins de dix-huit ans, toutes catégories professionnelles confondues	38,89	137,98

Source : Seguridad Social

Extrait de : « Bases y tipos de cotización 2022 », Régimen General de la Seguridad Social, Seguridad Social

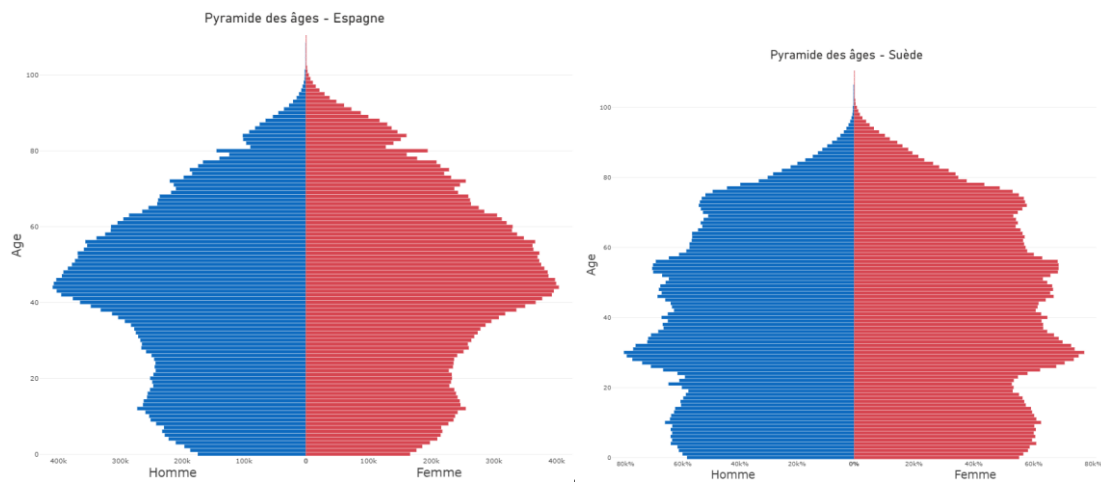
Impôts sur le revenu en Espagne

SALAIRE	PRÉLÈVEMENT (%)
0 € - 12.450 €	19%
12.450 € - 20.200 €	24%
20.200 € - 35.200 €	30%
35.200 € - 60.000 €	37%
Más de 60.000 €	45%

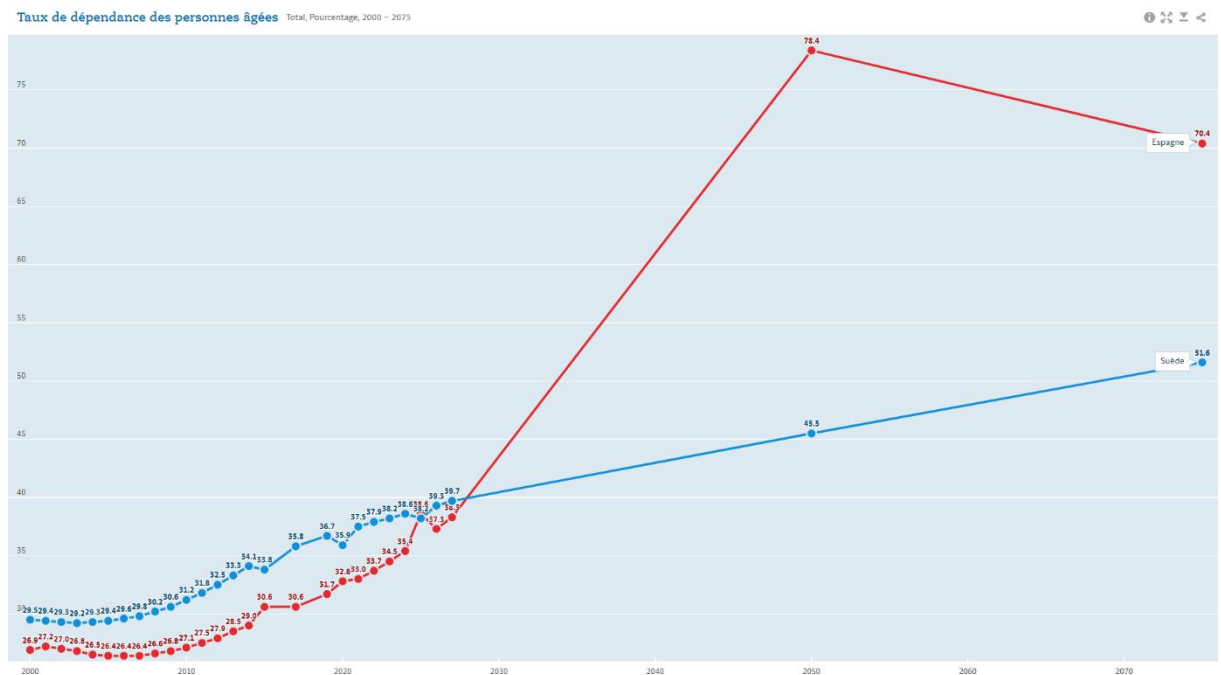
Source : Balcells

Extrait de : « Impôt sur le Revenu en Espagne (IRPF) », Balcells

Pyramides des âges Espagnols et Suédoise en 2021



Taux de dépendance des personnes âgées

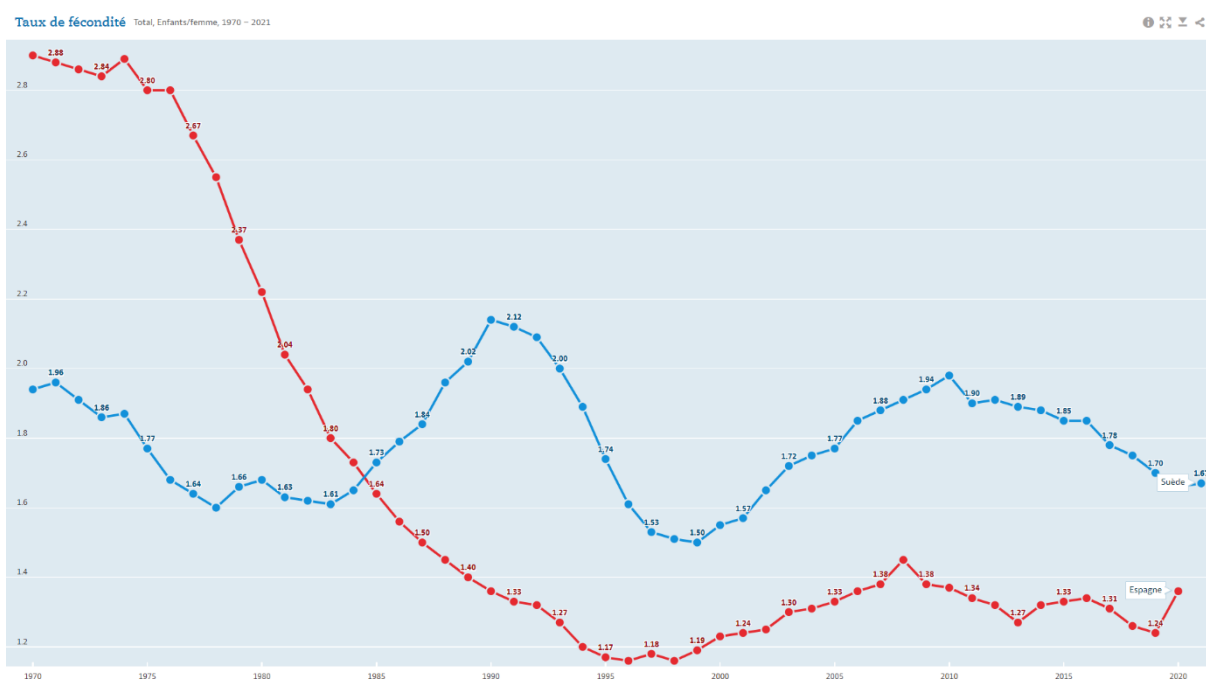


4.

Source : OCDE Données

Extrait de : « Taux de dépendance des personnes âgées », OCDE Données, Organisation de coopération et de développement économiques

Taux de fécondité



Source : OCDE Données

Extrait de : « Taux de fécondité », OCDE Données, Organisation de coopération et de développement économiques

Espérance de vie à l'âge de la retraite des hommes dans les pays de l'OCDE

Tableau 1.3. **Espérance de vie à l'âge de la retraite dans les pays de l'OCDE, 1958-2050, hommes**

	1958	1971	1983	1989	1993	1999	2002	2010	2020	2030	2040	2050
Australie	12.5	12.5	14.2	14.7	15.7	16.6	17.5	18.6	19.5	19.3	19.0	19.7
Autriche	12.0	12.0	13.1	14.3	14.7	15.7	16.0	17.5	18.7	19.5	20.3	21.1
Belgique	15.3	15.3	16.6	17.6	18.1	19.2	19.4	21.1	22.3	23.1	24.0	24.8
Canada		10.7	12.8	14.4	15.8	16.3	17.1	18.3	19.1	19.9	20.7	21.4
République tchèque	15.4	14.2	14.3	14.8	15.7	16.9	16.5	17.0	16.9	17.8	17.2	18.1
Danemark	13.7	11.7	11.9	12.2	12.0	13.0	13.4	16.4	17.1	15.8	16.5	17.2
Finlande	11.5	11.4	13.0	13.9	14.1	15.2	15.5	16.8	17.6	18.3	19.1	19.8
France	12.5	13.0	14.2	18.8	19.4	20.2	20.5	21.7	22.4	23.3	24.0	24.8
Allemagne	14.2	14.1	15.2	16.0	16.5	17.6	17.2	17.0	17.9	18.7	19.5	20.3
Grèce	19.9	20.7	21.6	22.4	22.7	23.1	22.7	24.0	21.8	22.5	23.3	24.1
Hongrie	15.6	15.1	14.5	14.8	14.5	14.9	15.6	16.5	14.4	14.5	15.4	16.3
Islande			13.5	14.0	14.7	14.9	15.8	16.8	17.5	18.3	19.1	19.8
Irlande	7.6	7.7	7.9	13.1	13.4	14.1	15.2	16.9	17.7	18.5	19.2	20.0
Italie		16.7	17.1	23.6	24.2	25.4	23.8	22.8	21.7	19.4	20.1	20.9
Japon	14.8	16.6	19.0	20.0	20.2	20.9	20.9	19.8	19.6	20.3	21.0	21.6
Corée					16.2	17.5	18.7	20.2	21.1	19.9	19.6	19.3
Luxembourg	12.5	11.4	12.9	13.8	17.8	19.0	19.2	20.8	22.1	23.0	23.8	24.6
Mexique	14.2	15.3	15.5	16.2	16.1	16.4	16.4	17.2	17.9	18.3	18.6	18.9
Pays-Bas	13.9	13.3	13.7	14.3	14.4	15.1	15.7	17.3	18.1	19.0	19.8	20.6
Nouvelle-Zélande		15.7	16.8	17.9	18.8	19.0	17.9	18.1	19.0	19.7	20.5	21.2
Norvège	9.5	8.9	12.5	12.7	12.8	13.7	14.3	15.7	16.6	17.3	18.1	18.9
Pologne	15.9	15.0	15.7	14.3	14.2	15.0	13.9	14.4	14.9	15.6	16.4	17.2
Portugal	12.4	11.8	13.4	14.3	14.2	15.0	15.5	16.3	17.1	17.8	18.5	19.2
République slovaque	16.6	15.5	15.3	15.3	16.1	15.9	16.1	14.9	15.7	16.6	17.6	18.6
Espagne	13.1	13.7	14.9	15.6	15.9	16.2	16.6	17.9	19.0	19.9	20.6	21.4
Suède	11.7	12.0	14.7	15.4	15.5	16.4	16.8	17.9	18.8	19.5	20.3	21.1
Suisse	12.9	13.3	14.6	15.5	15.9	16.9	17.5	18.9	20.0	20.8	21.6	22.4
Turquie		14.6	29.2	29.9	30.5	31.1	31.5	31.1	28.4	24.5	21.0	22.5
Royaume-Uni	11.9	12.3	13.2	13.8	14.2	15.4	16.0	16.9	17.7	17.5	17.2	16.9
États-Unis	12.8	13.2	14.4	15.0	15.3	16.1	16.7	16.8	17.3	16.8	17.2	17.7
OCDE	13.4	13.5	15.0	16.2	16.7	17.4	17.7	18.5	18.9	19.2	19.6	20.3

Note : L'espérance de vie est calculée à l'aide de données de 1960 pour l'âge de la retraite applicable en 1958.

Source : Données sur l'évolution de l'âge de la retraite tirées du tableau 1.1. Données rétrospectives sur l'espérance de vie extraites de la Base de données de l'OCDE sur la santé 1960-95. Données récentes et projections relatives à l'espérance de vie fondées sur la base de données de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, *World Population Prospects – The 2008 Revision*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932548637>

Source : Panorama des pensions 2011

Extrait de : « Espérance de vie à l'âge de la retraite dans les pays de l'OCDE, 1958-2050, hommes », Age de la retraite et espérance de vie, 1950-2050, Organisation de coopération et de développement économiques

Espérance de vie à l'âge de la retraite des femmes dans les pays de l'OCDE

Tableau 1.4. Espérance de vie à l'âge de la retraite dans les pays de l'OCDE, 1958-2050, femmes

	1958	1971	1983	1989	1993	1999	2002	2010	2020	2030	2040	2050
Australie	19.4	20	22.4	22.8	23.7	24.5	24.2	24.3	23.7	22.6	22.5	23.3
Autriche	18.6	19.0	20.6	22.1	22.6	23.7	23.8	25.1	26.1	24.6	23.6	24.5
Belgique	18.5	19.3	21.1	22.5	23.1	23.9	23.6	25.8	27.0	28.0	28.9	29.8
Canada		14.5	17.2	18.7	19.9	20.1	20.4	21.4	22.3	23.1	24.0	24.8
République tchèque	18.5	23.3	21.4	22.1	23.0	24.1	23.1	23.8	23.1	22.3	21.6	22.5
Danemark	19.3	18.6	19.6	19.9	15.6	16.1	16.6	19.8	20.8	19.6	20.3	21.0
Finlande	13.7	14.4	17.5	17.8	18.0	19.5	19.3	21.0	22.0	22.9	23.8	24.7
France	15.6	16.8	18.4	24.0	24.6	25.3	25.4	26.5	26.9	27.8	28.7	29.5
Allemagne	18.1	19.0	20.8	21.8	22.5	23.7	23.3	20.7	21.7	22.6	23.5	24.4
Grèce	21.5	22.5	23.7	25.2	25.6	26.1	25.3	27.1	25.3	26.3	27.4	28.3
Hongrie	22.6	23.2	23.5	24.2	24.2	24.7	25.4	22.6	19.0	19.4	20.3	21.1
Islande			16.5	17.0	17.0	17.2	18.3	19.2	20.2	21.1	22.0	22.9
Irlande	9.4	10.0	10.6	16.5	17.0	17.6	18.6	20.6	21.6	22.5	23.4	24.3
Italie		25.2	26.5	28.1	28.8	29.9	28.1	27.4	26.3	23.7	24.6	25.5
Japon	22.8	25.0	27.7	28.3	25.9	26.3	27.4	26.7	25.2	26.0	26.9	27.7
Corée					20.8	22.2	23.2	25.2	26.2	25.1	24.6	24.5
Luxembourg	14.5	14.7	16.8	17.8	22.9	24.2	23.7	24.9	25.9	26.8	27.7	28.6
Mexique	14.6	16.0	17.2	17.9	17.9	18.0	18.2	19.4	20.4	21.0	21.5	21.9
Pays-Bas	15.3	16.2	18.3	18.9	18.8	19.1	19.1	20.4	21.2	22.0	22.8	23.5
Nouvelle-Zélande		19.8	21.1	22.0	22.7	22.6	20.9	20.9	21.8	22.6	23.4	24.3
Norvège	11.1	11.9	16.7	16.7	16.8	17.5	17.7	18.9	19.9	20.8	21.7	22.5
Pologne	18.7	18.9	19.9	19.9	20.1	21.0	21.8	23.1	24.0	24.9	25.8	26.6
Portugal	14.5	14.2	16.5	19.8	19.8	20.8	18.8	20.2	21.2	22.1	22.9	23.6
République slovaque	18.4	23.7	22.3	22.8	23.7	23.6	23.8	24.9	21.0	22.0	23.0	23.9
Espagne	15.3	16.3	18.2	19.2	19.8	20.3	20.6	21.8	22.8	23.6	24.4	25.1
Suède	13.3	14.9	18.5	19.1	19.1	19.9	20.0	21.1	21.9	22.7	23.4	24.2
Suisse	19.0	20.5	22.9	22.3	22.6	23.2	23.4	24.1	24.0	24.9	25.8	26.6
Turquie		16.0	30.8	31.9	32.5	33.1	37.2	36.9	34.7	30.9	27.2	23.2
Royaume-Uni	18.9	19.8	21.0	21.5	21.9	22.7	23.3	24.5	21.2	21.1	22.0	21.9
États-Unis	15.8	17.1	18.6	18.8	18.9	19.1	19.1	19.3	20.2	20.1	21.0	21.9
OCDE	17.0	18.2	20.2	21.4	21.7	22.3	22.5	23.3	23.2	23.4	23.9	24.6

Note : L'espérance de vie est calculée à l'aide de données de 1960 pour l'âge de la retraite applicable en 1958.

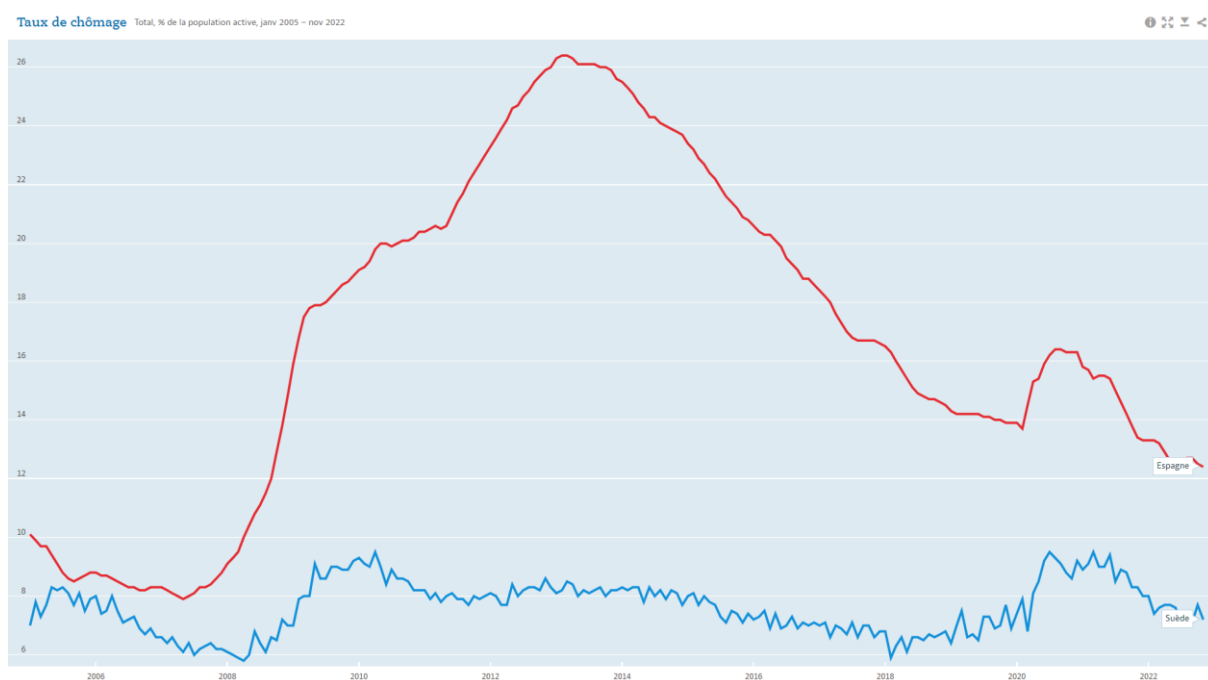
Source : Données sur l'évolution de l'âge de la retraite tirées du tableau 1.2. Données rétrospectives sur l'espérance de vie extraites de la Base de données de l'OCDE sur la santé 1960-95. Données récentes et projections relatives à l'espérance de vie fondées sur la base de données de la Division de la population de l'Organisation des Nations Unies, *World Population Prospects – The 2008 Revision*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932548656>

Source : Panorama des pensions 2011

Extrait de : « Espérance de vie à l'âge de la retraite dans les pays de l'OCDE, 1958-2050, femmes », Age de la retraite et espérance de vie, 1950-2050, Organisation de coopération et de développement économiques

Taux de chômage en Espagne et en Suède de 2005 à 2020



Source : OCDE Données

Extrait de : « Taux de chômage », OCDE Données, Organisation de coopération et de développement économiques

CHAPITRE 4

Retraite et épargne

DOSSIER SILVER ECONOMY

LAMON Océane
PEDROT Emma
SEZESTRE Emilien

M. Bruno SEJOURNE

Table des matières

I. Introduction.....	86
II. Le cas de l'Espagne	86
a. Retraite en Espagne : analyse statistique.....	86
b. Produits d'épargne	89
III. Le cas de la Suède	90
a. Retraite en Suède : analyse statistique	90
b. Produits d'épargne	93
IV. Conclusion	94
V. Bibliographie	95
VI. Annexes.....	96

I. Introduction

Après avoir étudié la structure de nos pays en termes de santé des tranches les plus âgées de sa population, présenté les systèmes de retraite et évoqué les principaux enjeux démographiques et financiers liés au phénomène de vieillissement de la population, ce chapitre sera consacré à l'étude des comportements des ménages face à la retraite ainsi que des possibilités de financement qui leur sont offertes.

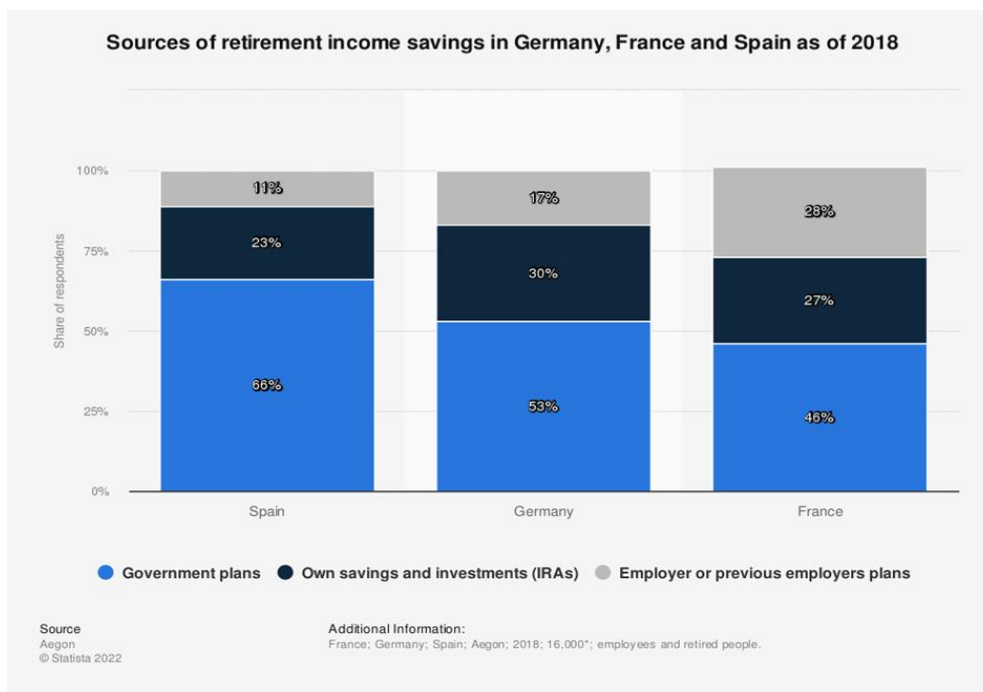
Même si le gouvernement garantit un soutien financier plus ou moins généreux en fonction du système de retraite, souvent sous réserve d'avoir contribué à l'effort de production et la création de valeur ajoutée dans la société, la retraite doit se préparer au niveau individuel —au moyen d'une épargne personnelle et généralement facultative— et tout au long de la vie active pour subvenir aux besoins financiers, voire garantir un confort de vie une fois la cessation d'activité définitive de l'individu actée. Dans la mesure où les préoccupations des individus évoluent au fur et à mesure du temps, notamment en raison d'une plus ou moins forte préférence pour le présent, tous ne commencent pas à préparer leur retraite au même moment et tous ne s'y prennent pas non plus de la même manière, en fonction des possibilités offertes en termes d'épargne retraite ou bien de leur niveau de littératie —d'éducation— financière.

Ce dossier aura d'une part vocation à explorer les comportements nationaux en termes d'appréhension et de préparation de la retraite, notamment en situant leur importance face aux autres potentielles priorités financières pour les différentes tranches d'âge, ou en explicitant les raisons pour lesquelles les individus ont décidé de commencer à épargner pour leur retraite. Par la suite, nous nous intéresserons plus spécifiquement aux différents produits d'épargne proposés dans chaque pays, afin de mieux comprendre le contexte dans lequel se place l'appréhension et qualité de préparation des ménages concernés.

II. Le cas de l'Espagne

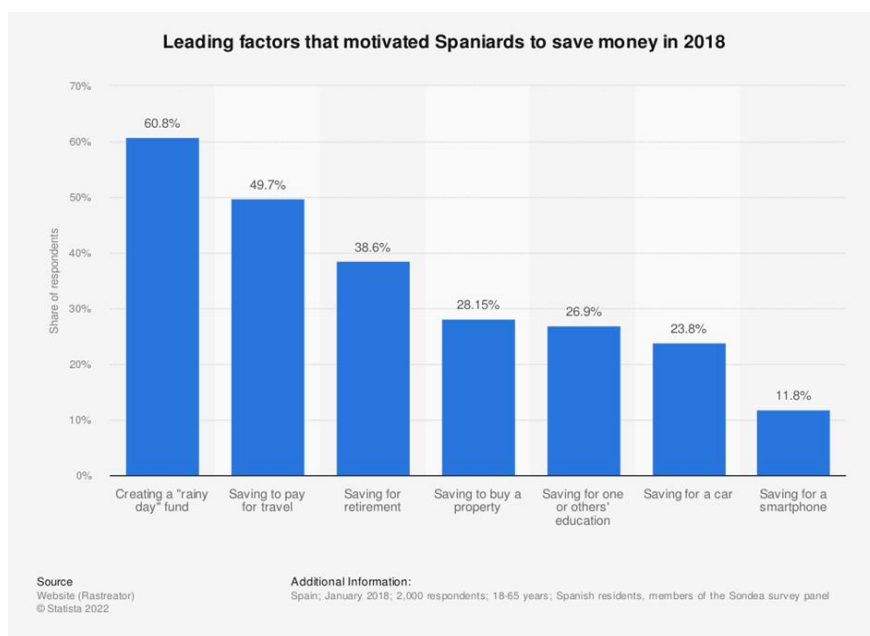
a. Retraite en Espagne : analyse statistique

Dans un premier temps, il est important de savoir d'où proviennent les revenus que les Espagnols touchent durant leur retraite. Le graphique ci-contre nous renseigne leur provenance. On apprend que 66 % de la retraite des Espagnols est financée par le gouvernement (sécurité sociale). En seconde position nous retrouvons les économies personnelles qui financent 23 % de la retraite. Puis nous avons les plans d'épargne employés qui financent seulement 17 % de la retraite, ce qui est nettement inférieur à ceux de leurs homologues français. Les économies personnelles ne sont donc pas nécessairement utilisées au profit de la retraite. En 2018, un Espagnol économisait en moyenne moins de 200 euros par mois (*voir annexe 1*).



Si ce n'est pas pour la retraite, pour quelle(s) raison(s) économiser ? C'est ce qu'illustre le graphique ci-dessous, qui nous renseigne sur les facteurs qui ont motivé les Espagnols à économiser en 2018.

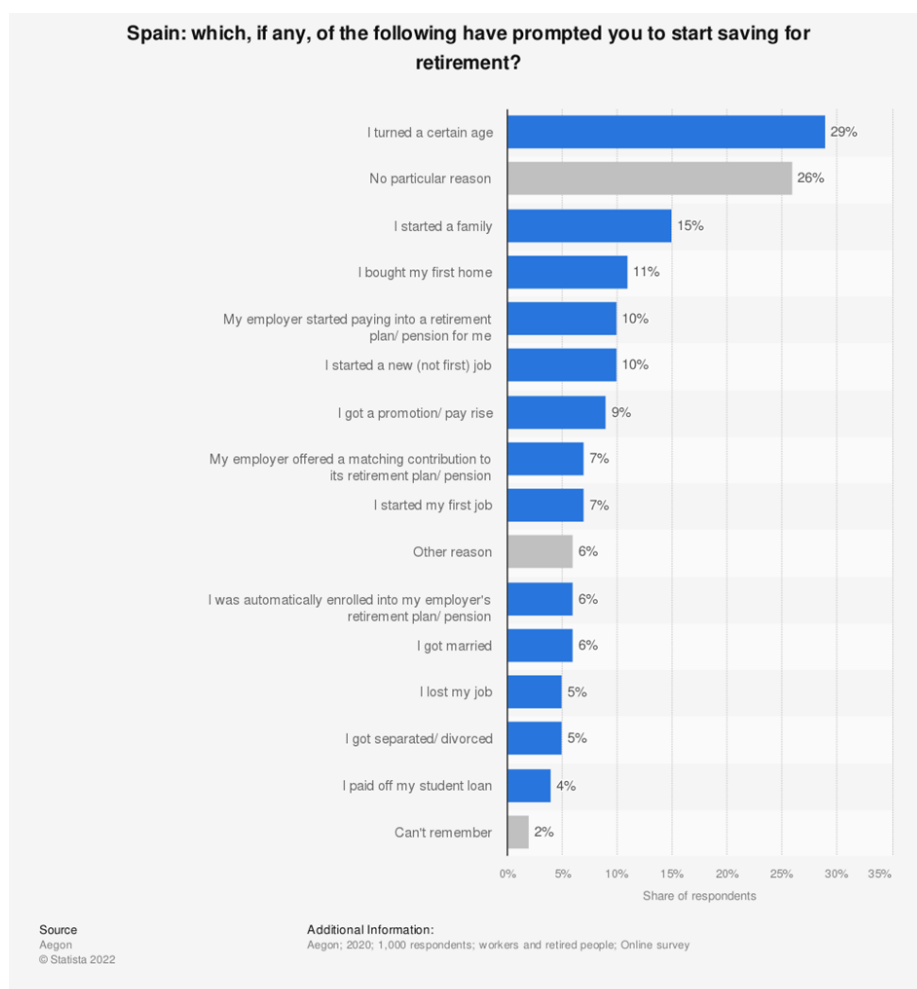
L'objectif principal des individus en mettant de l'argent de côté est de constituer un matelas de sécurité pour faire face aux imprévus (selon 60.8 % des répondants). Economiser pour un voyage arrive avant la retraite.



Ces résultats concordent avec le tableau ci-contre issu d'une étude de 2020 dans laquelle les individus étaient invités à indiquer leurs trois premières priorités financières parmi une liste. Pour les Espagnols, les priorités étaient en lien avec l'idée de garantir et de

Main financial priorities	Proportion
Ensuring regular financial commitments	55 %
Saving money for unexpected hardships	48 %
Ensuring my family and I are adequately protected	35 %
Paying off my debt	30 %
Returning to pre-pandemic habits	14 %
Money for retirement	12 %

maintenir leur niveau de vie sur le court terme. La retraite quant à elle arrive en 6e place avec seulement 12 % des répondants la considérant comme une priorité financière. La principale différence entre les deux figures ci-dessus réside dans l'impact du contexte sanitaire qui apparaît très clairement dans les comportements issus de l'étude la plus récente. La crise du Covid a en effet poussé les individus à protéger leur niveau de vie sur le court-terme, au détriment d'investissements de long terme tels que la préparation de la retraite. En période de crise, les individus ont donc davantage tendance à préférer s'assurer un présent viable qu'à préparer leur futur.

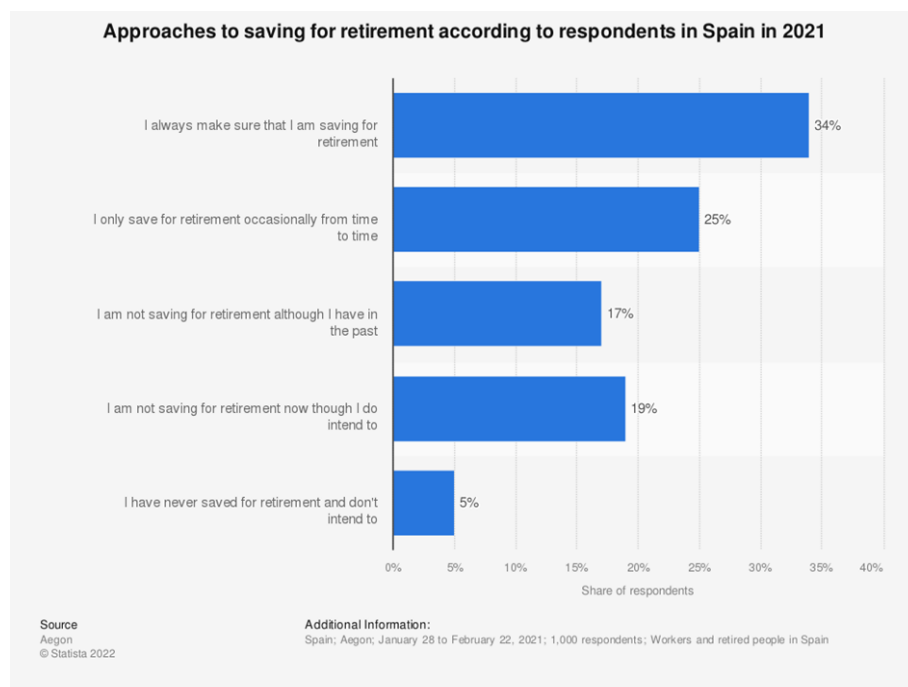


Après avoir étudié les sources de revenus de la retraite et les priorités financières, nous pouvons à présent consacrer la suite de notre étude aux raisons qui ont poussé les individus à commencer à préparer leur retraite.

Effectivement, l'on remarque que 29 % des répondants commencent à économiser pour leur retraite parce qu'ils ont dépassé un certain âge. On peut supposer que l'approche de l'âge de la retraite est une motivation évidente pour épargner. 26 % n'ont pas de raison particulière, mais la raison qui arrive en 3e place est le fait d'avoir une famille et

donc des enfants. Seulement 7 % des répondants affirment avoir commencé à économiser pour les vieux jours dès leur premier travail. La retraite n'est donc pas une préoccupation majeure chez les jeunes. Une étude confirme ce fait (*voir annexe 2*), où seuls moins de 4 % des 15-30 ans se préoccupent de leur retraite par rapport à d'autres enjeux tels que le marché de l'emploi, le marché de l'immobilier, ou encore les problèmes sociaux et environnementaux.

Cependant, être préoccupé par sa retraite ne signifie pas nécessairement la financier de façon régulière. Comme nous pouvons l'observer dans le graphique ci-dessous, 34 % des répondants économisent régulièrement pour leur retraite tandis que 25 % des individus n'économisent qu'occasionnellement. Nous remarquons par ailleurs que 5% des interrogés n'ont pas préparé leur retraite et n'ont aucune intention de le faire.



Cette analyse statistique nous aura permis de mettre en lumière le fait que la préparation financière de la retraite n'est pas une préoccupation majeure pour les Espagnols, notamment les jeunes et notamment en cas de crise où la préférence pour le présent se fait plus forte. Cela peut également s'expliquer hors du contexte sanitaire par le fait que le système de retraite obligatoire constitue deux tiers de la ressource retraite des individus, ce qui est très généreux comparativement à d'autres pays. Il n'en reste pas moins intéressant de s'intéresser aux produits d'épargne dont disposent les Espagnols pour financer leur retraite.

b. Produits d'épargne

De nombreux produits sont proposés aux individus afin d'épargner et de préparer leur retraite. Un objectif principal à ça : garantir une retraite confortable. Pour avoir une visibilité de l'offre proposée aux Espagnols, nous allons évoquer ces différents produits.

La partie assurance de la sécurité sociale espagnole est le régime qui domine. En effet, en 2019, elle payait 9.8 millions de pensions de retraite pour un montant de 995.80 € par mois. Bien évidemment, pour garantir leur retraite et leur bien-être, les Espagnols souscrivent à des complémentaires. Le choix le plus fréquent des individus est le plan de pension. Les employeurs évoquent cette option à leurs employés qui choisissent ou non d'y adhérer. En 2019, on comptabilisait 9 555 911 adhérents. Nous pouvons également évoquer le régime de retraite assurée (PPA) qui est une assurance à laquelle les individus peuvent s'affilier et dont les intérêts et les risques principaux sont assumés par l'assureur (moyennant un certain coût). Une fois à la retraite l'assuré perçoit une rente viagère. 0.93 million d'individus avaient choisi ce produit pour leur retraite. Certains employés peuvent aussi intégrer le régime retraite de leur entreprise

(Régime de retraite d'entreprise (PPSE)) qui va leur permettre de toucher une retraite complémentaire en touchant le produit du capital de l'entreprise en différé. En 2019, ils étaient 34.2 mille à avoir choisi ce procédé. Nous pouvons évoquer au même titre que les plans d'épargne individuels. Les individus ayant sélectionné ce produit bénéficient en contrepartie d'un financement régulier durant leur vie active d'une rente une fois en retraite. Plus d'1 million d'Espagnols souscrivaient à un plan d'épargne individuel en 2019.

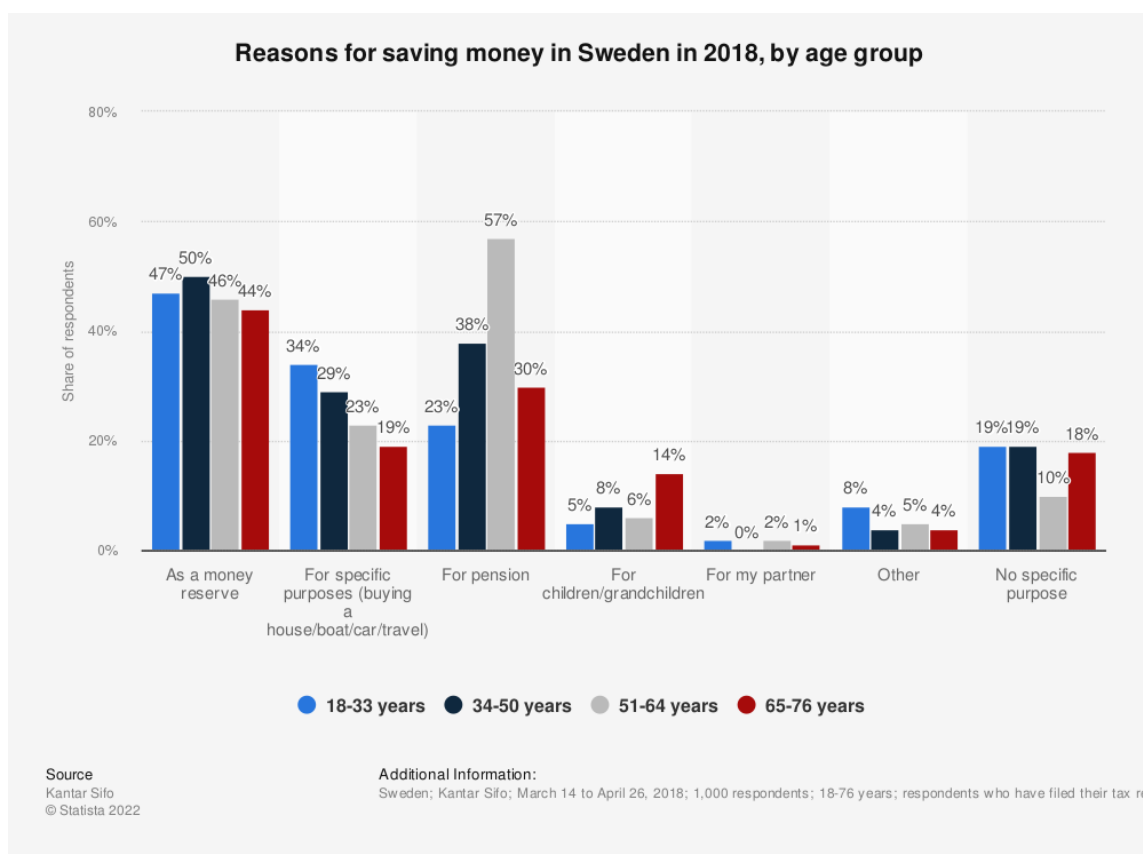
Néanmoins, souscrire à un produit financier n'est pas la seule solution qui s'offre aux Espagnols. Effectivement certaines alternatives ou alors complément sont possibles. Parmi elles nous pouvons citer les économies personnelles. Au cours de leur vie active, les salariés peuvent décider de ne pas dépenser un certain montant de leur salaire au profit de leur retraite. Cependant, très peu d'Espagnols choisissent cette option. En effet, la sécurité sociale oblige les individus à épargner via des charges sociales ce qui implique donc une augmentation des dépenses et par conséquent une diminution des économies. Nous pouvons aussi évoquer le choix des individus d'investir leur argent dans des biens : comme dans l'immobilier par exemple. En effet, $\frac{3}{4}$ du patrimoine total des ménages espagnols est constitué de biens immobiliers. Ces biens permettront aux individus une fois à la retraite soit de toucher une somme d'argent via la location de leur bien ou alors d'éviter le paiement d'un loyer.

III. Le cas de la Suède

a. Retraite en Suède : analyse statistique

Nous sommes à présent en mesure de nous consacrer aux comportements suédois en termes d'anticipation et de préparation de la retraite. Dans un premier temps, nous pouvons nous intéresser aux raisons qui motivent les différentes tranches d'âges à épargner, ce questionnement faisant l'objet du graphique ci-dessous.

Nous pouvons dans un premier temps constater que 57% des 51-64 ans déclarent épargner pour leur retraite, quand cela ne concerne respectivement que 23% des 18-33 ans et 38% des 34-50ans. Cette proportion peut alors paraître très élevée pour un âge relativement proche du départ à la retraite, mais l'on peut coupler cette information avec la faible proportion de 51-64 ans déclarant épargner pour une maison, une voiture ou travailler : les tranches d'âges les plus âgées ont généralement déjà investi dans ce type de biens, leur épargne étant alors redirigée vers d'autres préoccupations : financer leur retraite ou bien simplement mettre de l'argent de côté pour se protéger en cas d'imprévus. Nous remarquons par ailleurs qu'hormis pour cette tranche d'âge, la principale raison d'épargner est attribué au motif de mettre de l'argent de côté dont font état presque la moitié des individus de tous les âges. Respectivement 19%, 19% et 18% de ces derniers déclarent par ailleurs n'économiser pour aucune raison spécifique, ce qui est compréhensible pour les 65-76 ans mais un peu plus préoccupant pour les tranches d'âge moins âgées. Enfin, 14% des 65-76 ans déclarent mettre de côté pour leurs enfants/petits enfants, ce qui fait état d'une solidarité intergénérationnelle et intrafamiliale des plus âgés vers les plus jeunes.

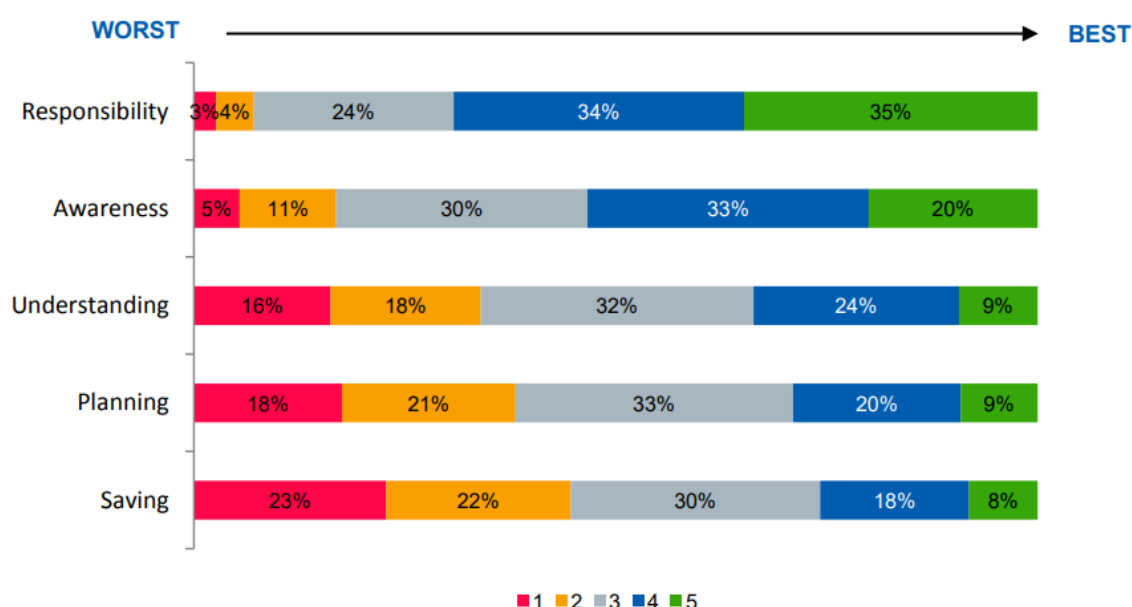


De la même manière, nous pouvons coupler cette analyse à d'autres données concernant les priorités financières des individus. L'étude réalisée en 2020 citée précédemment concernait également les ménages suédois et nous sommes en mesure de constater que, de même que pour leurs homologues espagnols, ces derniers privilégient la stabilité et pérennité financière de court terme, cela passant également la protection contre des imprévus. La retraite n'apparaît qu'en septième position, et n'est donc pas considérée comme une priorité financière par les ménages. D'une façon étonnante, davantage d'individus considèrent la rénovation de leur maison comme plus importante que la préparation de leur retraite, ce qui fait état d'une nette préférence pour le présent. Nous pouvons enfin compléter notre analyse en précisant qu'en 2021, la part de l'épargne dans le revenu disponible des ménages suédois s'élevait à hauteur de 15,46%, ce qui place ce pays parmi les quatre dont les ménages épargnent le plus (*voir annexe 3*).

Les principales priorités financières des consommateurs suédois

Assurer des engagements financiers réguliers	47%
Économiser de l'argent pour des difficultés inattendues	37%
Veiller à ce que ma famille et moi soyons adéquatement protégés	34%
Rembourser ma dette	22%
Gagner de l'argent en investissant	16%
Rénovation de ma maison	14%
Argent pour la retraite	11%

Chart 7: A gap between awareness and saving in Sweden



Le graphique ci-dessus, extrait du *AEGON Retirement Readiness Survey (2012)* [12], fait état d'un large écart entre niveaux élevés de responsabilité et de sensibilisation aux questions de retraite, et faibles niveaux de réelle compréhension, d'épargne et de planification de la retraite chez les ménages suédois. Les interrogés étaient en effet invités à évaluer leur comportement sur une échelle de 1 à 5 sur ces différents points clés dans l'anticipation et la préparation de la retraite.

Sur neufs pays étudiés, la Suède ne se place qu'en cinquième position (voir annexe 4). Ces résultats sont étonnants dans la mesure où ce même rapport fait état d'une proportion de 83% pensant qu'il est de plus en plus important de faire en sorte de planifier sa propre retraite, couplé à 25% seulement arguant qu'il n'y a rien de mal à reposer sur l'Etat pour se constituer un revenu de retraite. Ainsi, si les Suédois semblent avoir bien saisi les enjeux autour de la planification de la retraite et leur responsabilité pour s'assurer un niveau de vie décent après la retraite, ils ne sont que peu à réellement s'y consacrer en termes d'épargne retraite. Cela est d'autant plus surprenant face au fait que seuls 24% d'entre eux invoquent le manque d'épargne comme principal obstacle (contre 44% en moyenne pour tous pays confondus). Néanmoins, respectivement 44% et 30% d'entre eux avancent qu'une hausse des salaires et de allègements fiscaux les inciteraient à davantage épargner pour leur retraite. Enfin, 39% des Suédois se déclaraient « très optimistes » ou « plutôt optimistes » face au fait de partir à la retraite en conservant un niveau de vie convenable, contre seulement 28% des Espagnols (voir annexe 5).

Cette étude met ainsi en lumière une grande distinction entre la sensibilité et la prise de conscience autour de la retraite et la réelle planification de cette dernière. Pour aller plus loin, nous pouvons enfin nous interroger sur les déterminants de la préparation anticipée de la retraite. La littérature fait état d'une faible littératie financière parmi les adultes, et plus spécifiquement les jeunes, les personnes âgées, les femmes, les personnes à faibles revenus ou encore les personnes peu scolarisées. En complément, les niveaux les plus élevés de littératie financière sont observés

parmi ceux ayant essayé de planifier leur retraite. Enfin, il existe une forte corrélation entre compréhension du principe de diversification du risque et planification de la retraite. [13]

Une autre étude fait également état d'une sous-performance d'individus croyant à tort disposer d'un haut niveau de littératie financière, influencés par un nudge les ayant incité à investir dans des fonds à frais élevés. Au contraire, les individus qui possédaient une réelle littératie financière, tout comme ceux qui comprenaient qu'ils n'en disposaient pas, n'ont pas été influencés par le nudge, sont restés dans des fonds à faible coût, et ont donc accumulé de l'épargne retraite plus rapidement et plus efficacement. [14]

b. Produits d'épargne

Les multiples produits financiers proposés aux suédois semblent être répartis selon les trois piliers du système de retraite. Dans un premier temps, on constate qu'une large partie de la retraite semble être financée par le gouvernement et donc par le PPM (1er pilier). Ce premier pilier est également composé d'un investissement (2,5 % des cotisations) dans l'un des 500 fonds de pensions agréés par le gouvernement.

Nous retrouvons par la suite, quatre régimes de retraite complémentaires selon le principe du 2nd pilier. Ces régimes permettent de couvrir 90 % des salariés du pays et diffèrent selon le métier des Suédois. En effet, nous retrouvons un régime pour les ouvriers du secteur privé, un régime pour les employés et cadres du secteur privé, un régime pour les salariés de l'Etat et un régime pour les salariés des collectivités territoriales. Ils offrent la possibilité aux employés suédois de financer leur retraite à l'aide de cotisations définies.

Nous allons désormais analyser l'évolution de la part des différents produits d'épargne, dans les portefeuilles des ménages suédois. Pour cela, nous disposons de la somme de la capitalisation par produits d'épargne de 1980 à 2005. Le produit d'épargne qui a connu la plus nette augmentation (+19%, 484 milliard de couronnes suédoises) est le fond commun de placement. Cela est notamment dû à la réforme de 98 qui vient transformer le premier pilier du système de retraite suédois. En effet, comme nous l'avons dit précédemment, le système suédois est un système mixte alliant répartition et capitalisation, la part de capitalisation étant l'investissement de 2,5 % du revenu des ménages dans un fonds de pension.

Le second produit d'assurance le plus populaire est l'assurance individuelle qui passe de 9 % du portefeuille à 26 %, elle se décompose en 5 types, les assurances vie traditionnelles, les assurances vie en unité de compte, assurance maladie permanente, assurances vie collectives et l'assurance maladie accident. Ensuite, il y a les actions dont la part dans le portefeuille a augmenté de 12 % passant de 10 à 22 % du portefeuille (565 milliard de couronne suédoise). Ce succès est lié à la dérégulation du marché financier suédois qui pris fin aux alentours de 1990. Cette dérégulation permet de grosse performance, ce qui suscita l'intérêt public, expliquant ce fort investissement sur le marché des actions.

Cette forte augmentation des investissements dans ces 3 types de produits d'assurances eut un fort impact sur la part des dépôts bancaires, en effet ils ont été divisés de moitié passant de 50 % en 1980 à 25 % en 2005. On constate également une baisse des de la part des devises étrangères (3% (-8%)) et des obligations (4% (-5%)). Cette baisse de la part des obligations s'explique par leur report sur des investissements en action. En effet, avant la dérégulation du système financier, les obligations étaient un produit plus attractif.

Les produits que nous venons de citer ne sont pas les seules options dont disposent les Suédois pour financer leur retraite. Certains peuvent choisir de souscrire à une assurance vie, c'est le cas de 40 % des actifs. Ce type de dispositif bénéficie de traitements fiscaux avantageux, d'où sa popularité.

Nous allons donc revenir sur la composition des actifs de ces compagnies d'assurance vie, de 2002 à 2006. Il y a 5 types d'actifs, les "short-term paper" et les dépôts de court terme qui, comme leurs noms l'indiquent, sont des investissements de très court terme (moins de 9 mois). Il y a également les obligations (obligations d'état, étrangère et hypothécaire), les actions, les prêts et les investissements sur le marché immobilier. Ainsi en 2002, les 3 produits principaux sont donc les dépôts de court terme (11%), les obligations (45%) et les actions (37%). Pour les mêmes raisons vue précédemment, la part des obligations dans les actifs des compagnies d'assurance vie va lentement diminuer jusqu'en 2006, où elles ne représentent "que" 39 % du portefeuille, à l'instar des actions qui elles représenteront 50%.

IV. Conclusion

Arrivés au terme de notre étude, cette conclusion constitue l'opportunité de revenir sur les différents points abordés ainsi que de rappeler les principaux résultats obtenus. Notre objectif principal était d'étudier les comportements d'épargne des ménages espagnols et suédois, notamment à travers l'anticipation et la préparation de leur retraite.

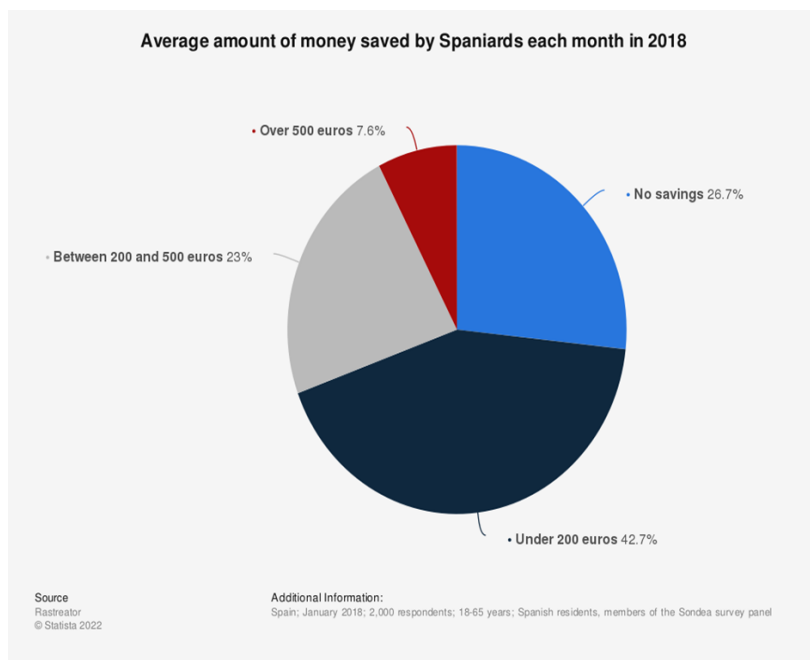
Nous avons notamment pu mettre en évidence que la constitution d'une épargne retraite n'était pas considérée comme une priorité financière dans ni l'un ni l'autre de nos deux pays. Au contraire, étaient privilégiés les actions relatives au court terme, comme le fait d'épargner en cas d'imprévu ou de s'assurer d'avoir mis ses proches à l'abri de toute difficulté financière. Nous avons également pu remarquer que les individus n'anticipent généralement pas bien la préparation de leur retraite, au point de ne parfois la débiter que parce qu'ils atteignent un certain âge, tout en mettant en avant la générosité du système de retraites comme facteur pour expliquer le faible taux de participation active à la préparation d'une épargne retraite. Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence une distinction importante entre la conscience de devoir préparer sa retraite et la réelle planification de cette dernière, tout en soulignant l'importance de la littératie financière (notamment à travers la diversification du risque) comme facteur impactant fortement la préparation de la retraite.

V. Bibliographie

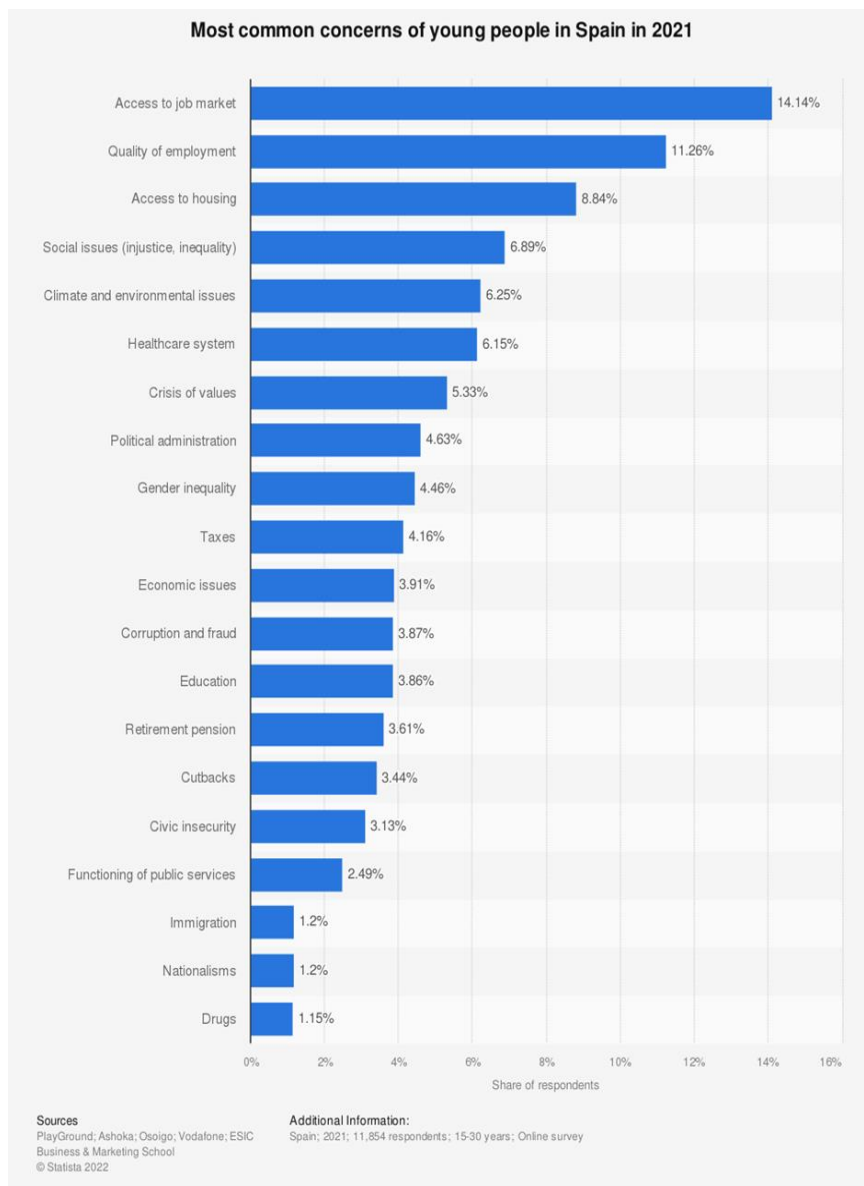
- [1] IOPS (2019), « IOPS Country Profiles – Sweden ». IOPS, p. 1-8
- [2] E. Palmer (2008), « The Market for Retirement Products in Sweden ». Policy Research Working Paper, n°4748, p. 1-74.
- [3] K. LILJA, D. BÄCKLUND (2016), « Caisses d'épargne et épargne ouvrière pendant l'industrialisation suédoise ». *Examen de l'histoire financière*. Vol. 23, n° 1, pp. 111–132.
- [4] O. HUSZ (2015), « Comment les salariés suédois sont devenus des consommateurs de produits financiers : l'expérience des « comptes chèques salariaux » dans les années 1950 et 1960 », *Critique internationale*, n° 69, p. 99-118.
- [5] Ministère de l'économie des finances et de la relance (2022), « Le système de retraite suédois ». Stockholm : Direction général du Trésor, p. 1-18.
- [6] Boursorama (2020), « La moitié des Suédois épargnent via des fonds d'investissement tous les mois » [en ligne]. Paris : Boursorama. Disponible sur internet : [La moitié des Suédois épargnent via des fonds d'investissement tous les mois - 11/08/2020 à 11:15 - Boursorama](#) (consultée le 10/01/2023)
- [7] « Statista - Le Portail de Statistiques ». Statista, <https://fr.statista.com/>. Consulté le 9 janvier 2023.
- [8] Conseil d'orientation des retraites (2018), « La retraite supplémentaire en capitalisation en Suède, au Royaume-Uni et en Allemagne ». Paris : COR, p. 1-18.
- [9] OECD (2008), « Pension Country Profile: Spain ». Paris : Organisation de coopération et de développement économiques, p. 1-16.
- [10] J. ALMENBERG, J. SAVE-SODERBERGH (2011), « Financial literacy and retirement planning in Sweden ». Cambridge University Press, p. 585-598.
- [11] OECD (2008), « Pension Country Profile: Sweden ». Paris : Organisation de coopération et de développement économiques, p. 1-16.
- [12] AEGON (2012), « The changing face of retirement ». La Haye: Aegon, p. 1-10
- [13] Almenberg, Johan, et Jenny Säre-Söderbergh. « Financial Literacy and Retirement Planning in Sweden ». *Journal of Pension Economics and Finance*, vol. 10, n° 4, octobre 2011, p. 585-98. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1017/S1474747211000497>.
- [14] Anderson, Anders, et David T. Robinson. Who Feels the Nudge? Knowledge, Self-Awareness and Retirement Savings Decisions. 25061, National Bureau of Economic Research, septembre 2018. National Bureau of Economic Research, <https://doi.org/10.3386/w25061>.

VI. Annexes

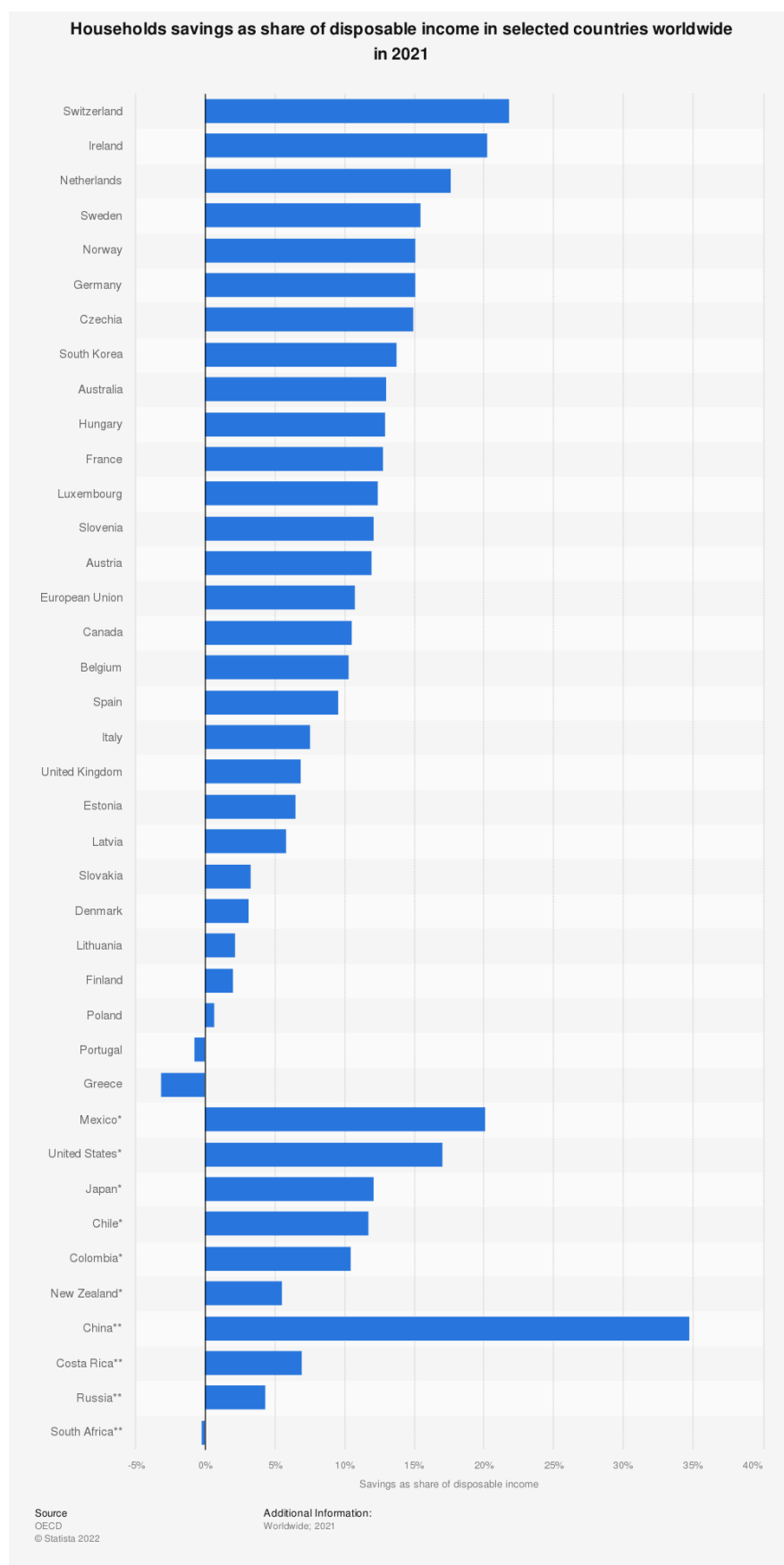
Annexe 1 : Montant moyen mensuel économisé en Espagne en 2018



Annexe 2 : Préoccupations des jeunes espagnols (15-30 ans) en 2021



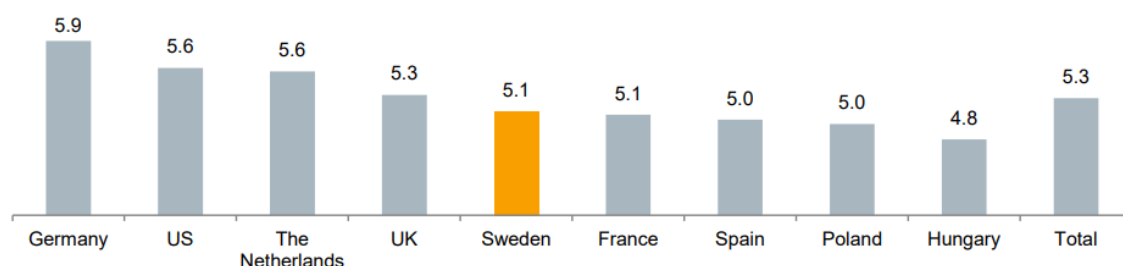
Annexe 3 : part de l'épargne dans le revenu disponible en 2021



Annexe 4 : Classements des pays en fonction de leurs comportements d'anticipation et de préparation de la retraite / AEGON Retirement Readiness Survey

Chart 8: Sweden falls in the middle of the AEGON Readiness Index

Readiness Index created by weighting the responses to six questions according to statistical importance.

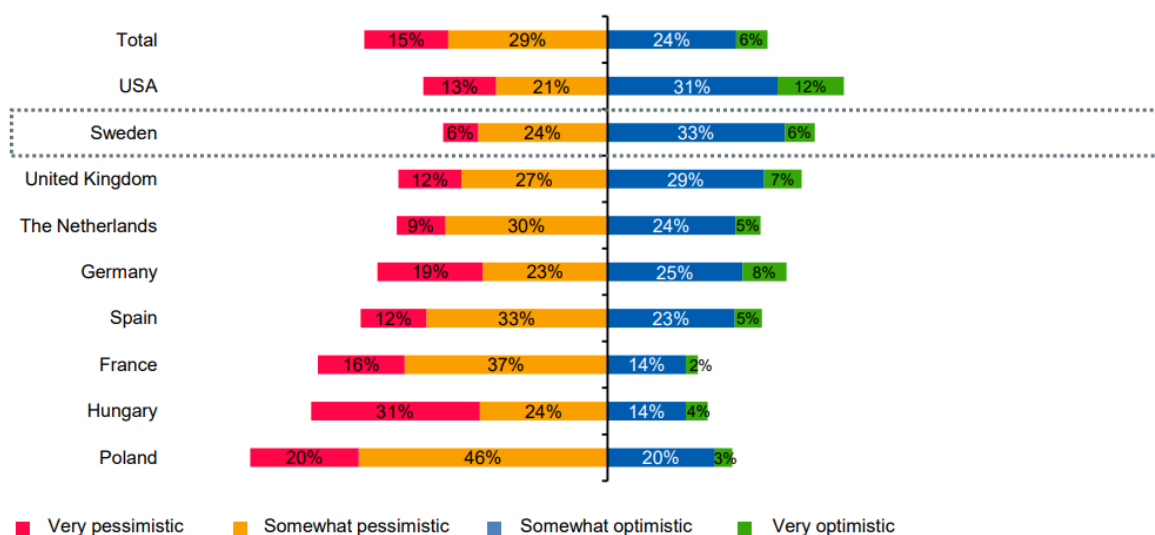


Annexe 5 : Confiance dans le fait de partir à la retraite tout en conservant un niveau de vie décent / AEGON Retirement Readiness Survey

Chart 1: The Swedish are more optimistic than pessimistic about retiring with a comfortable lifestyle

Q: How confident are you that you will be able to fully retire with a lifestyle you consider comfortable?

(Uncertains and "neithers" not shown)



Annexe 6

Table 4. The Financial Portfolio of Households, year-end figures

		1980			2005	
	SEK bn	% TA	% GDP	SEK bn	% TA	% GDP
Individual Insurance	34	9	6.0	657	26	24.6
Equities	36	10	6.7	565	22	21.2
Mutual Funds	**	**	**	484	19	18.1
Bank Deposits	182	50	33.5	619	25	23.2
Bonds	43	12	8.0	107	4	4.0
Currency	28	8	5.4	87	3	3.3
Other	44	12	8.0	2	0	0.1
Total	367	100	67.0	2521	100	94.4

Source: Statistics Sweden and Palmer (1985) for 1980 data.

Source: « The Market for Retirement Products in Sweden ». Policy Research Working Paper

Annexe 7

Table 14. Assets of life insurance companies. Billions of kronor, year-end figures and percent of total assets (within parentheses)

	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004</u>	<u>2005</u>	<u>2006</u>
Short-term paper and deposits	175 (11%)	176 (10%)	160 (8%)	188 (8%)	140 (6%)
Bonds	725 (45%)	783 (44%)	844 (44%)	894 (40%)	953 (39%)
of which:					
Government	267	287	344	345	404
Mortgage-backed	168	199	196	198	208
Foreign	228	245	250	290	266
Equities	590 (37%)	697 (39%)	807 (42%)	1 051 (47%)	1 204 (50%)
of which:					
Noted on the Swedish exchange	163	181	202	258	291
Noted on foreign exchanges	183	226	275	352	396
Loans	55 (3%)	57 (3%)	59 (3%)	51 (2%)	49 (2%)
Real estate investments	68 (4%)	59 (4%)	61 (3%)	70 (3%)	72 (3%)
Total	1 613	1 771	1 930	2 253	2 418
Short-term paper and bonds/ Equities, loans and real estate	1.26	1.18	1.08	0.92	
Of which life insurance (i.e. excluding non-life business)	1 281	1 443	1 567	1 833	1 979
Assets in life insurance, % GDP	54	59	61	69	70

Source. Based on tables published by the Swedish Financial Supervisory Authority

Source: « The Market for Retirement Products in Sweden ». Policy Research Working Paper

CHAPITRE 5

Innovation et numérique

DOSSIER SILVER ECONOMY

LAMON Océane
PEDROT Emma
SEZESTRE Emilien

M. Julian RIOCHE

La télémedecine : une alternative viable aux consultations classiques ?

Depuis des années, avec le développement des nouvelles technologies, le domaine de la santé est en recherche constante d'innovation. Le but est de déterminer comment **répondre aux diverses demandes de soins en garantissant la meilleure prise en charge possible**. De nouvelles techniques sont mises en place comme la téléconsultation ou encore l'innovation des machines.

La téléconsultation est définie par le ministère de la Santé et de la prévention française comme une **consultation à distance entre un professionnel médical et son patient via l'utilisation des technologies de l'information et de la communication**. Le terme télémedecine peut également être employé.

Cette revue de la littérature existante sur le sujet aura vocation à comprendre comment la prise en charge à distance des patients peut être réalisée en garantissant une bonne qualité de soins, à explorer le ressenti des offreurs et demandeurs de soins face à son introduction, ainsi qu'à identifier ses points forts et les possibles freins à sa démocratisation.

Focus sur la télédermatologie

Du fait de la grande diversité de pratiques médicales compatibles avec la téléconsultation, nous choisissons de restreindre notre analyse à une pratique particulière de télémedecine, à savoir la télédermatologie.

La télédermatologie est un dispositif qui constitue une **nouvelle façon d'effectuer des consultations médicales consacrées aux maladies de la peau**, et d'établir des diagnostics à distance entre un patient demandeur de soins et un professionnel de santé —dermatologue—. Cette pratique est très répandue en Amérique du Nord et dans les pays européens, et son intérêt réside dans le contexte d'une répartition géographique relativement inégale des dermatologues sur les territoires [i].

Enfin, on distingue **deux modalités d'usages possibles de la télédermatologie**. La première consiste à recréer les conditions d'une consultation classique, où le patient et le médecin interagissent par écrans interposés. Une alternative sans interaction directe est également envisageable, via l'envoi de données et photos du patient qui seront évaluées par un professionnel dans les heures ou jours qui suivent leur dépôt en ligne [i].

Une pratique qui permet une réduction des coûts et un gain de temps

	Consultation physique	Téléconsultation
Coût État	27,20€	18,59€
Coût patient	20,58€	5,45€

En Espagne, l'implémentation de ce dispositif fait état d'une **nette réduction des coûts**, tant du point de vue des pouvoirs publics que des patients. En effet, **la baisse du coût associé à une consultation est estimée à 31,68% pour l'État et de 73,53% pour un patient** lorsque l'on compare une consultation traditionnelle à une consultation en télédermatologie [d].

Des résultats similaires sont observés en Suède, ce pays ayant par ailleurs développé une application nommée *iDoc24* spécifiquement dédiée à la télédermatologie. Il a été estimé qu'en prenant en compte le coût du travail et le coût de transport, la télédermatologie permettrait de **réduire le coût de 56% par rapport à une consultation classique**. Cela peut être expliqué par le fait qu'en moyenne, une consultation en télédermatologie dure **23 minutes contre 240 minutes** en consultation classique [h].

Cette pratique est ainsi source **d'un gain évident de temps et d'argent** pour ses usagers, dans la mesure où ces derniers n'ont plus à se déplacer jusqu'au lieu de la consultation. D'autre part, cela permet par extension de désengorger les services de santé, ce qui entraîne une réduction des délais d'attente pour des actes de soins nécessitant une interaction physique entre le praticien et son patient.

Un dispositif approuvé par les usagers et par les professionnels de santé

S'il a été démontré à travers plusieurs études que la télédermatologie pouvait générer un gain de temps et d'argent pour ses usagers, la principale problématique réside dans **l'acceptation de cette alternative à la consultation classique, par les patients comme par les praticiens**.

Elle est en effet **génératrice de plusieurs contraintes** comme la nécessité de posséder du matériel informatique adapté, ce qui n'est pas généralisé chez les individus d'un âge plus ou moins avancé. Des individus pourraient par ailleurs se sentir purement **sceptiques face au fonctionnement du**

dispositif en lui-même, notamment à travers la qualité d'un diagnostic prodigué à distance sans auscultation par le professionnel de santé.

À travers la version espagnole du questionnaire européen *Health Optimum Telemedicine Acceptance Questionnaire* destiné à évaluer la satisfaction des patients à travers la facilité d'utilisation et l'utilité perçue du service de télé médecine, il a été démontré que **82% des utilisateurs de la télédermatologie considèrent qu'il s'agit d'une alternative viable à une consultation classique** [j]. Cette constatation est corroborée par une étude suédoise ayant observé que près de **90% des répondants au questionnaire auraient l'intention de recourir à nouveau à la télédermatologie** [h]. Ils nuancent néanmoins leur propos en précisant que **les individus ayant déjà expérimenté une consultation physique sont plus réticents à participer à une téléconsultation**.

Il ne faut pas non plus négliger le fait que **l'acceptation par les professionnels de santé est primordiale** pour implémenter efficacement ce genre de dispositifs. En effet, si la majorité des praticiens perçoivent la télédermatologie comme étant un outil utile et avantageux, ce sentiment positif n'est pas suffisant pour garantir leur acceptabilité au système de téléconsultation [e].

En effet, cette dernière réside dans trois critères : la présence **d'infrastructures adaptées** à l'utilisation de la télédermatologie, la possibilité pour les professionnels de **se former à l'utilisation** de la plateforme, ainsi qu'une **assistance technique** si nécessaire, tout en soulignant l'importance du contexte organisationnel [e].

L'analyse d'un questionnaire envoyé en 2019 à des médecins suédois concernant leur intention d'utiliser la télé médecine —en l'absence d'enquête spécifiquement dédiée à la télédermatologie— met d'une part en lumière le fait **qu'encore très peu de professionnels ont recours à l'utilisation des NTIC dans leur travail**. En effet, quand 78% d'entre eux ne pratiquaient pas la téléconsultation, 81% ne communiquaient pas par tchat et 86% n'utilisaient pas les SMS, 68% d'entre eux ne procédaient pas non plus par e-mail dans le cadre de la communication avec leurs patients. Néanmoins, l'étude souligne leur **intention d'avoir recours à ces technologies** dans le futur, et les réflexions autour de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le monde médical suggèrent que pour augmenter l'acceptabilité de ces dispositifs, il est nécessaire de **mettre en valeur auprès des professionnels de santé les gains de temps et d'efficacité liés à leur utilisation** [g].

La télédermatologie permet-elle de conserver une qualité de soins optimale ?

L'acceptation de ce dispositif par les patients passe nécessairement par la **confiance et la crédibilité** qu'ils lui accordent, ce qui réside entre autres dans la fiabilité des diagnostics prodigués par les professionnels de santé. Il est donc primordial de s'assurer que **la qualité des soins est équivalente** entre une consultation physique et une téléconsultation.

Une étude espagnole destinée à mener cette comparaison chez des enfants, face à la possibilité de désencombrer la fréquentation physique chez les pédiatres,

met en évidence le fait que **39.2 % des diagnostics réalisés à distance étaient parfaitement similaires** entre une consultation en présentiel et à distance, quand **16.7% de concordance partielle** était constatée [f].

Si cela peut se poser en défaveur de la téléconsultation, l'étude relève néanmoins la présence de causes externes telles que des données cliniques incomplètes ou encore des photographies de mauvaise qualité pour justifier les erreurs de diagnostics. De plus, **le pourcentage d'évaluations cliniques évitées —filtrage— a été évalué à 64,5%**, de même qu'un **temps de réponse moyen de 3,62 jours pour l'obtention d'un diagnostic**, ce qui met en lumière tout l'intérêt de cette pratique pour identifier en amont les cas ne nécessitant pas de consultation physique afin de désengorger les services de santé. Enfin, l'étude conclut en mettant en avant le fait que **la précision du diagnostic est similaire à celle que l'on retrouve chez les adultes** —du fait des expériences déjà réalisées dans la littérature existante sur le sujet— et encourage donc la généralisation de ce genre de dispositifs. [f]

Les résultats sont tout aussi encourageants du côté suédois, où une étude affirme que l'utilisation de la télédermatologie a permis **78 % de bons diagnostics sur les patients et 98 % de bonnes recommandations pour ces derniers** [c]. D'autres recherches corroborent ces résultats : deux dermatologues ont respectivement obtenu **50,7% et 60,9% de résultats de bonne qualité**. Il est également important de souligner que cette pratique n'empêche pas les médecins de **détecter un large panel de pathologies**, allant de tumeurs bénignes au psoriasis [b].

Une technologie performante, économique et appréciée, mais encore sous-utilisée

L'ensemble des résultats inhérents à cette revue tendent à converger vers un unique constat. Force est de constater que le recours à la télédermatologie par les praticiens semble constituer un succès tant pour la Suède que pour l'Espagne, et aussi bien d'un point de vue de **réduction des coûts et des délais**, que d'un point de vue de **satisfaction et de fiabilité**.

En effet, ce dispositif est perçu comme une **alternative viable** à la consultation classique, du fait des **nombreux avantages** qui lui sont associés. Pour les patients, il constitue un **gain de temps et d'argent** du fait de pouvoir obtenir un diagnostic à distance sans besoin de se déplacer. Pour les pouvoirs publics, ce dispositif est bien **moins coûteux** qu'une consultation classique. Enfin, pour les professionnels de santé, la télédermatologie permet de **conserver une certaine précision** vis-à-vis des diagnostics ainsi que de distinguer en amont les patients nécessitant un examen physique de ceux qui peuvent être traités à distance et ainsi **désencombrer les services de santé**.

Néanmoins, malgré tous ces points forts, la télédermatologie —et par extension, l'ensemble des disciplines associées à la télémédecine— et les NTIC ne sont qu'encore **trop rarement sollicités par les professionnels de santé** dans le cadre des consultations et de la communication à distance avec les patients. **Le contexte sanitaire** actuel, couplé aux grandes **inégalités de répartition géographique** de certaines professions de santé, sont des facteurs propices à mettre en lumière les

avantages de la télémédecine, dans une optique de **démocratisation progressive de leur utilisation** par le plus grand nombre dans les années à venir.

[a] Assurance maladie, « Téléconsultation », Assurance maladie, [Disponible sur internet : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine> (consulté le 05/01/2023)]

[b] A. Börve, K. Terstappen, C. Sandberg, et J. Paoli, « Mobile teledermoscopy—there's an app for that! », *DPC*, vol. 3, no 2, avr. 2013

[c] A. Börve, A. Holst, A. Gente-Lidholm, R. Molina-Martinez, et J. Paoli, « Use of the mobile phone multimedia messaging service for teledermatology », *J Telemed Telecare*, vol. 18, no 5, p. 292-296, juill. 2012

[d] A. Lopez-Villegas et al., « Economic impact and cost savings of teledermatology units compared to conventional monitoring at hospitals in southern Spain », *J Telemed Telecare*, vol. 28, no 6, p. 436-444, juill. 2022

[e] E. Orruño, M. P. Gagnon, J. Asua, et A. B. Abdeljelil, « Evaluation of teledermatology adoption by health-care professionals using a modified Technology Acceptance Model », *J Telemed Telecare*, vol. 17, no 6, p. 303-307, sept. 2011

[f] S. Paradela-De-La-Morena, R. Fernandez-Torres, W. Martínez-Gómez, et E. Fonseca-Capdevila, « Teledermatology: diagnostic reliability in 383 children », *European Journal of Dermatology*, vol. 25, no 6, p. 563-569, nov. 2015

[g] M. Pikkemaat, H. Thulesius, et V. Milos Nymberg, « Swedish Primary Care Physicians' Intentions to Use Telemedicine: A Survey Using a New Questionnaire – Physician Attitudes and Intentions to Use Telemedicine (PAIT) », *IJGM*, vol. Volume 14, p. 3445-3455, juill. 2021

[h] A. C. Seghers, K. H. Seng, M. T. Chio, E. Chia, S. K. Ng, et M. B. Tang, « A prospective study on the use of teledermatology in psychiatric patients with chronic skin diseases: Teledermatology », *Australasian Journal of Dermatology*, vol. 56, no 3, p. 170-174, août 2015

[i] A. Trettel, L. Eissing, et M. Augustin, « Telemedicine in dermatology: findings and experiences worldwide - a systematic literature review », *J Eur Acad Dermatol Venereol*, vol. 32, no 2, p. 215-224, févr. 2018

[j] J. Vidal-Alaball et al., « Validation of a Short Questionnaire to Assess Healthcare Professionals' Perceptions of Asynchronous Telemedicine Services: The Catalan Version of the Health Optimum Telemedicine Acceptance Questionnaire », *IJERPH*, vol. 17, no 7, p. 2202, mars 2020

LAMON Océane - PEDROT Emma - SEZESTRE Emilien

MASTER 2 ÉCONOMIE APPLIQUÉE PARCOURS
INGÉNIERIE DES DONNÉES ET ÉVALUATIONS
ÉCONOMÉTRIQUES

