

La référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites

Didier
Blanchet *

La réflexion sur la protection sociale entretient avec la notion d'assurance des rapports ambigus et parfois même contradictoires. On note d'abord que cette réflexion fait un large usage de la notion de risque, ce qui suggère bien que la protection sociale remplit un rôle d'assurance. On se rappelle aussi que cette vocation assurantielle de la Sécurité sociale avait été fortement mise en avant lors de sa création et qu'un certain recentrage sur cette vocation est parfois souhaité par ses gestionnaires. Mais cette demande de recentrage ne va jamais jusqu'à remettre en cause certains caractères dits non assurantiels du système, tels que les différentes formes de redistribution impliquées par les modalités de financement de l'assurance-maladie. Et la référence assurantielle est récusée avec vigueur lorsqu'elle suggère un risque de dérive vers des modes de gestion caractérisant l'assurance privée.

Ceci invite à plusieurs clarifications. D'abord à revenir sur la définition de ce que recouvre le terme d'assurance, qui caractérise soit la fonction générale de couverture de risques, soit le type particulier de couverture qui peut être proposé par des opérateurs privés. On précise alors quelles sont les règles de gestion que le contexte concurrentiel impose à ces derniers : neutralité actuarielle, préfinancement, contrôle et sélection des risques. La question de la référence assurantielle, dans ces conditions, serait de savoir jusqu'à quel point l'assurance sociale peut s'affranchir de ces règles, ce qui peut être discuté en fonction de quatre critères : le besoin de correction des inégalités, le besoin d'une couverture aussi extensive que possible, la nécessité d'éviter les effets désincitatifs ou de risque moral qui peuvent être induits par tout mécanisme de transfert, et enfin celle de conserver le soutien social qui est nécessaire à la pérennité du système.

**Didier Blanchet est chef de la division Redistribution et politiques sociales de l'Insee.*

L'auteur remercie André Masson et Pierre Pestieau pour leurs conseils, ainsi que de nombreux autres lecteurs, tout en restant seul responsable du résultat final. Les opinions émises n'engagent pas l'Insee.

Les noms et dates entre parenthèses renvoient à la bibliographie en fin d'article.

Savoir si la référence à l'idée d'assurance est pertinente en matière de protection sociale suscite des réponses souvent contradictoires et qui dépendent du contexte dans lequel la question est posée. On doit d'abord noter que le sentiment que la protection sociale remplit une fonction de couverture des risques

reste un sentiment assez partagé : le système de protection sociale semble bien être un système d'assurance en ce premier sens du terme. Mais lorsqu'on aborde la question du partage des rôles entre couverture publique et couverture privée, il arrive fréquemment que la référence assurantielle soit nettement rejetée, le souhait

de défendre la spécificité et le domaine d'intervention de la protection collective obligatoire conduisant à minimiser ce qui pourrait la rapprocher de systèmes d'assurance concurrentiels. On considère aussi parfois que l'imbrication réalisée par la protection sociale entre les deux fonctions dites d'assurance et de redistribution est désormais si étroite que la référence à la première de ces deux notions serait devenue inutile voire trompeuse (Dufourcq, 1994a ; Rosanvallon, 1995). Malgré cela, la revendication d'une meilleure séparation entre assurance et redistribution ou solidarité demeure et trouve des applications partielles dans l'organisation concrète de la protection sociale. La question de ce partage intéresse aussi les statisticiens, lorsqu'ils cherchent à préciser le contenu de la notion de prélèvements obligatoires (Plagnet et Concialdi, 1992 ; Willard, 1992) : parmi ces prélèvements, il est souhaitable de séparer ceux qui n'offrent en retour aucune contrepartie individualisable, et ceux qui correspondent uniquement au prix payé pour un service de protection contre tel ou tel risque de l'existence. Cette distinction intéresse enfin les macro-économistes, pour qui les prélèvements à vocation assurantielle ou redistributive devraient se caractériser par des impacts très différents sur les revendications salariales et donc sur la formation du coût du travail (Vernière, 1992).

L'impression qui se dégage de ce rapide panorama est donc celle d'un certain désordre. Selon la perspective retenue, il semble que la référence à l'idée d'assurance apparaisse tout à la fois utile ou indésirable, ce qui suggère qu'il peut d'abord y avoir des malentendus sur ce qu'on entend par ce terme même d'« assurance ». Il n'est pas dans l'objet de cet article d'en codifier le bon usage. Mais, comme il faut disposer d'un point de départ, nous proposons de partir d'une définition minimale. Il est indéniable que le système de protection sociale remplit une *fonction* d'assurance, si l'on entend par là le seul fait que ce système sert à couvrir des risques, sans présager de la façon dont ces risques doivent être gérés ni de la façon dont cette couverture doit être tarifée et financée, et notamment par de l'impôt et des cotisations. Cette première définition implique bien que la fonction d'assurance soit présente dans presque tous les secteurs de la protection sociale. La notion de risque reste particulièrement peu discutable dans le domaine de la maladie : même si chacun a une quasi-certitude d'occasionner des frais élevés, un jour ou l'autre, à l'assurance-

maladie, personne ne peut dire à quel âge exact ni de combien, et cette incertitude rend souhaitable une mutualisation de ce risque (1). La notion de risque est aussi valable pour le chômage : l'évolution récente suggère même que ce risque deviendrait de plus en plus partagé, alors qu'une plus forte proportion de la population pouvait s'en croire autrefois abritée (Cerc, 1993). La notion de risque continue enfin d'avoir une certaine pertinence en matière de retraite. Il est certes indéniable que les retraites peuvent aussi s'analyser en termes de salaire différé ou de report (2) de revenu entre phase active et inactive de l'existence et qu'elles remplissent aussi une fonction de gestion de la main-d'œuvre ou de régulation du marché du travail. Mais leur existence n'en continue pas moins de traduire le besoin qu'ont les individus d'être protégés contre les chutes de revenu ou de productivité relative qui, dans un monde sans protection sociale, étaient autrefois associés au processus d'avancée en âge. Cette fonction réapparaît d'ailleurs pleinement en matière de préretraite. Au demeurant, même si l'accès à la retraite devient désormais une quasi-certitude, la durée de cette retraite reste une variable aléatoire, ce qui légitime là encore le recours à des mécanismes de mutualisation.

Au sens large du terme, et en excluant le cas de la politique familiale qui ne sera pas traité ici (3), il semble ainsi excessif et peu constructif de nier que le système de protection sociale joue à notre égard un rôle d'assureur. Le vrai débat ne porte donc pas sur l'existence d'un tel rôle, mais sur la façon dont il est ou devrait être rempli, et le meilleur moyen d'en faire ressortir l'originalité consiste d'abord à reconstituer la façon dont il pourrait l'être par des systèmes de protection privée soumis à une logique concurrentielle.

Une couverture privée aux possibilités restreintes

L'exercice privé de l'activité d'assurance présente des limites spécifiques qui ne tiennent

1. Il n'y a que dans le domaine du « petit risque » que l'utilité de cette mutualisation puisse être parfois contestée, mais il ne s'agit pas d'une contestation du caractère aléatoire de ce risque : il faut séparer la question de savoir si un événement doit être considéré comme aléatoire ou non et celle de savoir si cet aléa génère un besoin d'assurance significatif ou légitime.

2. Selon la terminologie utilisée notamment par Padieu (1982) ou Bichot (1992).

3. Sauf à voir dans les prestations familiales une contrepartie indispensable de la mise en place de l'assurance-vieillesse, pour en éviter d'éventuels effets déstabilisants sur les comportements démographiques (Bichot, 1993).

pas forcément à une conception différente de celle qui existerait en assurance sociale, mais qui tiennent avant tout au contexte concurrentiel dans lequel il se situe. La nécessité de tarifier au plus juste va d'abord conduire l'assureur à éviter tous les facteurs qui pourraient compliquer la quantification du risque, c'est-à-dire la prévision de sa fréquence et de ses conséquences financières (4). Il ne proposera ainsi que des couvertures pour des risques bien définis, et évitera la couverture des risques susceptibles de manipulation de la part de l'assuré, c'est-à-dire exposés au phénomène de *risque moral* (5), sur lequel nous reviendrons en détail plus loin. La durée de couverture du risque sera aussi délimitée par contrat, ce qui exclut la couverture de risques se réalisant avant que l'individu soit en mesure de contracter (Mirrlees, 1995). Il faut y ajouter que le contrat va en général imposer un prépaiement de la prime de la part de l'assuré. Ce prépaiement correspond à ce que la littérature qualifie d'*inversion du cycle de production* : à la différence de la plupart des biens et services, l'assurance est un service payé avant d'être produit.

Enfin et surtout, l'assureur ne peut proposer de contrat fonctionnant systématiquement à perte pour une catégorie particulière de personnes. Il lui serait certes possible de compenser ces pertes par des hausses générales de cotisation, mais cela conduirait à la fuite des meilleurs de ses clients (les bas risques), récupérés par la concurrence. Éviter ce problème d'écrémage ou de *sélection adverse* conduit en l'occurrence à trois conséquences principales :

– il implique d'abord que la tarification de l'assurance ne pourra se faire qu'en fonction du coût de production de la couverture et non des ressources de l'assuré. L'assurance concurrentielle exclut toute forme de redistribution du revenu ;

– lorsqu'il existe des facteurs de risque observables, et sauf si la loi le lui interdit, l'assureur va devoir en tenir compte dans le calcul de la prime. Un tel principe de tarification est qualifié d'actuariellement neutre. Il en résulte une pénalisation du mauvais risque, dont on ne peut exclure qu'elle soit parfois équitable, lorsque le surcroît de risque résulte d'un comportement volontaire, mais qui sera le plus souvent inéquitable ;

– lorsque les différences d'exposition au risque sont inobservables par l'assureur, celui-ci va devoir essayer d'en tenir compte d'une manière

indirecte qui ne sera pas forcément plus favorable. Soit celle-ci se fait *a posteriori* par un système de bonus-malus qui se fonde sur la sinistralité observée : ce système pénalisera de la même manière le bon risque malchanceux et le mauvais risque. Soit cette différenciation se fait *ex ante* au moyen de contrats dits « séparateurs », proposant le choix entre une couverture « tous risques » onéreuse parce que tarifée pour les mauvais risques et une couverture partielle visant les bons risques. Même pour ceux-ci, le résultat de la différenciation peut alors s'avérer défavorable par rapport aux bénéfices qu'ils retireraient d'un contrat uniforme forçant la mutualisation entre les différentes classes de risque (6).

Ces remarques générales peuvent être illustrées par de nombreux exemples. Ainsi l'assurance privée se développe-t-elle le plus facilement autour de risques facilement délimitables et sur l'ampleur desquels l'information statistique est précise et facile à collecter tels que le risque-vie ou le risque mortalité, d'où le développement important de l'offre d'assurance-vie (Besson, 1993). En revanche, elle a plus de mal à se développer sur des risques dont la nature reste encore difficile à établir, tels que la dépendance, dont la définition est nécessairement conventionnelle (7) et dont on ne se sent pas capable d'évaluer les tendances à long terme. Les problèmes de sélection adverse expliquent aussi les limites de la couverture maladie privée, notamment dans le pays où elle est pourtant le plus développée, à savoir les États-Unis. Le marché s'y est révélé inadéquat pour fournir une couverture correcte aux hauts risques que constituent les personnes âgées. Il ne couvre la maladie qu'aux âges où son importance n'a qu'une probabilité limitée de connaître une dérive considérable, et c'est ce phénomène qui a rendu nécessaire la mise en place du système public du *Medicare*, destiné aux plus de 65 ans, bien avant les essais de réforme plus ambitieux envisagés ces dernières années (8). L'incapacité du marché à offrir une couverture aux plus démunis y a également imposé le développement d'une couverture spécifique, le programme *Medicaid*.

Dans la même perspective, le fait que l'assureur redoute le risque moral contribue à expliquer qu'il ne s'aventure pas sur des domaines tels

4. Ce point renvoie à la distinction entre le risque au sens strict, qui serait quantifiable et justiciable du calcul des probabilités et l'incertitude, qui ne le serait pas (Knight, 1921).

5. Pour une introduction aux différents concepts d'économie de l'assurance utilisés dans cet article, on pourra se référer à Kessler (1990) ou au dictionnaire édité par Gollier et Bourguignon (1994). Leur application aux problèmes de protection sociale est notamment illustrée par Barr (1992).

6. Rotschild et Stiglitz (1976). Voir par exemple la présentation de Henriot et Rochet (1991).

7. Voir l'article de P. Genier, dans ce numéro.

8. Voir l'article de K.S. Pham (dans ce numéro) pour un bilan de l'échec de cette réforme.

LE CONCEPT D'ASSURANCE : DES USAGES VARIABLES

Trois usages

La notion d'assurance souffre ou bénéficie, selon les contextes, de significations et de connotations variables. Il semble que son usage, historique ou contemporain, puisse être de trois natures.

– Lors de la mise en place des systèmes de protection sociale, le terme d'assurance bénéficie d'une connotation positive qui l'oppose à l'idée d'*assistance* (1). Cette dernière correspond à ce que l'on qualifierait aujourd'hui de filet de protection minimal. En mettant en avant l'idée d'assurance, les promoteurs de la protection sociale souhaitent donc promouvoir un programme de couverture plus ambitieux. Cette motivation explique la présence du terme d'assurance dans les intitulés de la plupart des organismes de protection sociale mis en place à cette période.

– La situation actuelle est sensiblement différente. Une démarche répandue revient en effet à réserver le terme d'assurance à des opérations de couverture comparables à celles qui pourraient éventuellement être réalisées par le marché : il s'agit donc d'opérations dans lesquelles l'individu doit s'acquitter d'une prime d'assurance proportionnelle au risque qu'il représente (principe de neutralité actuarielle), et qui supposent la passation d'un contrat préliminaire explicite par lequel il marque son entrée dans le système. Dans ce contexte, il est clair que l'idée d'assurance cadre mal avec un bon nombre de principes de la protection sociale, ce qui débouche parfois sur la position radicale selon laquelle la protection sociale n'est pas de l'assurance.

– Enfin, la littérature économique a pris l'habitude inverse d'utiliser le terme d'assurance dans un sens beaucoup plus large. Il y a assurance sitôt que des mécanismes de mutualisation sont utilisés pour couvrir un risque (voire même sitôt qu'il y a échange de risques entre des agents dont les aversions pour le risque sont différentes). Pour un exemple de ces usages très variés, rappelons que certains économistes décrivent les phénomènes de rigidité salariale comme résultant de contrats d'assurance implicites contre les fluctuations de productivité, l'employeur faisant office d'assureur. Les questions d'assurance et de gestion du risque sont également centrales en économie financière. D'autre part, l'idée d'assurance peut aussi être étendue pour intégrer les problèmes de redistribution. Cette dernière est vue comme une assurance contractée « derrière le voile d'ignorance », pour reprendre la métaphore rawlsienne, c'est-à-dire une assurance-revenu sur laquelle les individus devraient théoriquement s'accorder en l'absence d'information sur la position qu'ils sont appelés à occuper dans la société, cette forme d'assurance englobant du même coup l'idée d'assistance. Cette analogie est

bien sûr très formelle, mais elle permet d'établir des parallélismes intéressants entre problèmes d'assurance et de redistribution (2). Par ailleurs, en montrant la confusion qui existe, à la limite, entre ces différentes notions, elle aide à expliquer les difficultés que l'on peut avoir à les démêler dans des situations plus concrètes (voir sur ce point l'encadré 2).

Deux distinctions sous-jacentes : l'assurance comme fonction ou comme principe de tarification

Cette diversité d'usages peut conduire à quelques confusions ou malentendus. Pour les éviter, le point principal à retenir est que le même mot sert à désigner une *fonction* (de couverture des risques) et une *modalité* particulière de satisfaction ou de gestion de cette fonction (une assurance correspondant au type de couverture offerte par le marché).

Pour bien préciser la nécessité de distinguer ces deux usages, prenons une analogie. Soit une entreprise publique de transport. Celle-ci peut tarifer ou financer ses services de différentes manières : elle peut les tarifer au coût réel, mais elle peut aussi appliquer des tarifications redistributives (subventions croisées entre grandes lignes rentables et petites lignes moins rentables). Ce financement pourrait même être totalement fiscalisé, ce qui ferait disparaître la notion de tarification. Il n'en viendrait pas pour autant à l'idée que cette entreprise cesserait par là même de remplir sa fonction de transport des individus d'un point ou un autre du territoire.

De la même manière, il devrait être permis d'énoncer que la protection sociale remplit une fonction d'assurance, et de séparer cette affirmation de la question de savoir si elle doit être gérée comme une assurance (sous-entendu privée). Elle peut être financée par de l'impôt ou des cotisations. Comme l'entreprise de transport, elle peut aussi se permettre des tarifications redistributives, et même offrir des services totalement gratuits, tels que les services d'assistance, avec cette remarque supplémentaire que cette tarification redistributive ou ces services gratuits pourront aussi être, au second degré, considérés comme étant eux-mêmes des services d'assurance : assurance contre le risque que des moyens trop faibles interdisent de faire face aux coûts réels de la couverture fournie, ce qui est un risque que le marché est incapable de couvrir.

1. Voir l'article de G. Lattès, dans ce numéro.

2. Voir Piketty (1994) pour un exemple d'exploitation systématique de cette dualité. Une illustration fréquemment citée est Varian (1980). Voir encore Fleurbaey (1994) qui resitue cette conception de la redistribution parmi les autres tendances de l'économie du bien-être.

que la couverture du risque chômage ou des risques de chute de revenu ou de productivité. Si un frein au développement de tels contrats est la crainte que les contrats ne soient choisis que par les individus qui se sentent le plus vulnérables à ce genre de risque, c'est-à-dire un problème de sélection adverse, un frein au moins égal vient en effet de la crainte que la mise en place de la couverture conduise à un relâchement de l'effort de maintien dans l'emploi. Enfin, la logique du prépaiement explique que, là où les contrats d'assurance ont une forte dimension intertemporelle, leur gestion repose sur la capitalisation de réserves. Or ce recours au prépaiement, s'il peut avoir l'intérêt de renforcer l'épargne et l'accumulation du capital, a aussi pour conséquence que ces systèmes sont peu capables de faire face à des risques qui n'ont pas été anticipés. Cet argument est souvent invoqué en matière de retraite, s'agissant de la difficulté à anticiper pleinement les variations futures de l'espérance de vie et également de l'inflation (Bodie, 1990), mais un argument de même nature vaut aussi pour l'assurance-maladie : un scénario de prépaiement où chaque génération recevrait un montant de soins à hauteur de ce qu'elle a été capable de préfinancer par ses revenus d'activité ne permettrait pas aux générations âgées de bénéficier d'innovations médicales à coût élevé (9).

9. C'est pourtant la conclusion paradoxale à laquelle aboutirait une conception trop étroite de l'équité intergénérationnelle telle qu'elle pourrait dériver des travaux de Kotlikoff (1992). Pour une discussion de ces travaux, voir Kessler et Masson (1995).

Assurance et redistribution : un partage difficile

Parmi tous ces problèmes, la protection sociale résoud d'abord directement celui de l'écrémage et de la sélection adverse en imposant une couverture obligatoire et en contraignant le choix de la caisse d'assurance. Cette obligation permet le même type de couverture pour les mauvais risques que pour les bons risques. Simultanément, elle autorise une large redistribution entre catégories de revenu qui permet d'ajuster le coût de l'assurance aux moyens plutôt qu'aux besoins, et les débats permanents sur les modalités de financement de la protection sociale montrent en quoi la gamme des outils envisageables est, à cet égard, potentiellement variée : financements proportionnels ou plus ou moins progressifs, qu'ils soient directement assis sur les salaires ou fiscalisés et assis sur les revenus, la consommation ou la valeur ajoutée. Enfin, le caractère obligatoire permet de s'affranchir de la contrainte de prépaiement, et autorise des situations de paiement *a posteriori*, à travers des mécanismes de répartition. En matière de retraite, l'État ou des systèmes

obligatoires peuvent imposer aux générations futures le paiement des retraites de leurs aînés. De la même manière, ils peuvent imposer à des actifs le financement, pour leur aînés, de techniques médicales dont ceux-ci n'auraient pas été en mesure de prévoir ni l'apparition ni le coût.

Dans ces conditions, on voit qu'une caractéristique du système de protection sociale va être l'imbrication étroite qu'il réalise entre assurance et redistribution, cette dernière s'effectuant selon plusieurs axes, l'axe d'intensité d'exposition au risque, l'axe de l'âge, l'axe du revenu. Ce constat conduit souvent à une première attitude qui est de considérer que cet enchevêtrement est nuisible à la lisibilité du système et qu'il faut donc chercher à le minimiser, en tentant de séparer au mieux ce qui relève de l'assurance *stricto sensu* et ce qui relève de la redistribution ou de la solidarité, pour, au besoin, renvoyer la gestion et le financement de ces fonctions à des acteurs différents.

On sait comment cette position trouve des tentatives d'application concrète dans certains aspects de l'organisation du système de protection sociale : séparation du régime d'assurance et d'assistance en matière de couverture du risque chômage, essai de fiscalisation de la politique familiale, création du Fonds de solidarité vieillesse. On trouvera dans l'article de G. Lattès (ce numéro) une description plus précise de ces tentatives et de leurs enjeux. Il semble néanmoins que son application débouche sur quelques difficultés.

Force est d'abord de constater que cette demande de séparation entre assurance et solidarité n'est jamais totale. Par exemple, elle ne remet que très rarement en cause la redistribution entre classes de revenu qui est liée au non-plafonnement des cotisations maladie. La question du partage assurance-solidarité tend en fait à se cantonner sur un sous-ensemble de la redistribution opérée par la protection sociale, celle qui est due à l'existence de prestations non contributives, c'est-à-dire qui sont accordées sans aucune condition de cotisation préalable. La clarification des comptes qui en résulte, si elle est indéniable, n'est donc que périphérique par rapport à l'ensemble des mécanismes redistributifs à l'œuvre dans le système de protection sociale.

En second lieu, si on souhaitait donner un tour plus systématique à cette distinction, on se heurterait vite à son caractère un peu artificiel.

L'analyse des conditions de fonctionnement de l'assurance privée a certes suggéré un critère pour aider à cerner le champ de l'assurance pure, qui est le critère de la neutralité actuarielle, mais un examen attentif montre que son domaine d'application est en fait limité (cf. encadré 2). Une fois sorti du contexte restreint d'un contrat d'assurance particulier, couvrant un risque précis sur une période précise, ce critère prend en effet un caractère extrêmement relatif qui le rend inutilisable. Par exemple, une tarification uniforme entre bons et mauvais risques est actuariellement non neutre si la neutralité est évaluée conditionnellement à la classe de risque, mais elle peut aussi bien être vue comme une assurance actuariellement neutre contre le risque de devenir un mauvais risque, qui est aussi un risque. La redistribution selon l'axe de l'âge traduit en partie une redistribution entre générations, mais elle n'est aussi qu'une conséquence d'un contrat d'assurance intertemporel géré en répartition. Enfin, même la tarification redistributive entre classes de revenus, qui semble plutôt aller du côté de la redistribution pure, constitue aussi, vue sous un autre angle, une forme d'assurance contre le risque qu'un revenu insuffisant interdise l'accès à une couverture maladie, chômage ou retraite correcte, assurance qui ne peut être financée qu'en surtarifiant ce risque aux personnes à revenus élevés.

L'idée d'un partage incontestable entre assurance et redistribution s'avère donc plus utopique qu'on aurait pu le croire *a priori*. Souligner cette difficulté de classement ne signifie certes pas qu'une certaine délimitation des fonctions et des rôles ne puisse pas être bénéfique, au moins pour éviter une dilution excessive des

responsabilités gestionnaires, mais cela signifie que cette séparation se fera au mieux en fonction de critères conventionnels, qui ne renvoient pas forcément à un partage clair entre des concepts fondamentaux bien identifiables.

Une meilleure stratégie serait alors de prendre acte de ce caractère imbriqué des fonctions d'assurance et de solidarité ou de redistribution, qui constitue la spécificité de la protection sociale. Pour autant, cette attitude n'implique pas de clore le débat sur l'intérêt de la référence assurantielle. Elle conduit plutôt à le reformuler de la façon suivante. On a identifié une pratique particulière de l'activité d'assurance, celle de l'assurance privée. Celle-ci se traduit à la fois par l'application de ce principe de neutralité actuarielle et par le recours à une gamme plus large d'instruments de gestion des risques. Il est acquis que l'assurance sociale, grâce à son caractère obligatoire, a la possibilité théorique de se passer de cette règle ou de ces instruments. Mais ceci n'implique pas qu'il soit systématiquement souhaitable qu'elle le fasse. La question est alors de savoir lesquels de ces instruments peuvent y être retenus, dans quelles circonstances, et jusqu'à quel point. Cette question peut-être discutée en fonction des contraintes auxquelles reste soumise cette assurance sociale. L'une est une contrainte qu'elle partage avec l'assurance privée, et vient de ce que l'une comme l'autre sont exposées aux effets de risque moral. La seconde contrainte vient de ce que, relevant d'une procédure de décision collective, sa pérennité suppose qu'elle reçoive un assentiment suffisamment large dans la population qu'elle couvre, ce qui peut également mettre un frein à un démarquage radical par rapport à la logique assurantielle telle qu'elle s'impose

Encadré 2

REDISTRIBUTION, SOLIDARITÉ ET ASSURANCE : DE LA DIFFICULTÉ DES CLASSEMENTS

La protection sociale remplit une fonction d'assurance, mais cette fonction n'est pas dissociable facilement des fonctions de solidarité et de redistribution auxquelles on cherche fréquemment à l'opposer. Dire cela ne vise pas à décourager toute tentative pour établir une démarcation entre ces différents postes ni à montrer que la question de partage des rôles et des responsabilités en matière de protection sociale constitue une fausse question (la question de savoir qui doit faire quoi est au contraire d'une grande importance). Il s'agit simplement d'attirer l'attention sur les difficultés de ce partage et de montrer qu'il est difficile de le faire au nom de

concepts qui s'avèreraient trop généraux pour être opérationnels. On peut l'illustrer en envisageant deux façons de procéder à ce partage.

Une première possibilité pour chiffrer le montant de redistribution qui est imposé à un individu ou dont il bénéficie serait de calculer l'écart entre ce qu'il paie au système et ce qu'il paierait auprès d'un système privé pour bénéficier de la même couverture. Mais cette comparaison n'a qu'une faisabilité très limitée puisque l'intérêt de la couverture publique est précisément de proposer des couvertures pour lesquelles le marché n'est pas en mesure de fournir



Encadré 2 (suite)

une couverture équivalente. Ainsi, la comparaison entre rendements de la retraite publique et rendements de placements financiers pourrait avoir un sens, dans certaines limites, parce qu'une substitution de produits reste envisageable jusqu'à un certain point entre retraite privée et retraite publique (sans présager de son caractère souhaitable) ; en revanche, il n'y aurait pas de sens à comparer le coût d'un contrat d'assurance-maladie proposé par une compagnie privée pour une courte période ou sous certaines restrictions d'accès, avec la cotisation maladie versée à un système qui prend en charge les dépenses maladies potentielles depuis la naissance jusqu'à la date du décès.

L'autre possibilité renonce à la comparaison avec un équivalent marchand, mais consiste à se référer directement au concept de neutralité actuarielle. On dira qu'il y a redistribution ou solidarité lorsque l'individu verse au système ou en reçoit davantage que ce qu'il est susceptible d'en recevoir en espérance mathématique. Or cette définition pose elle aussi plusieurs problèmes, car le critère de neutralité actuarielle est relatif : il dépend de la gamme des risques pris en compte (un prélèvement qui n'est pas actuariellement neutre vis-à-vis de deux risques pris séparément peut l'être vis-à-vis de ces deux risques pris conjointement), il dépend aussi de l'intervalle de temps sur lequel ce critère est évalué (ce qui est de l'assurance *ex ante* implique toujours de la redistribution *ex post*, aussi la frontière entre les deux dépend-elle du moment où cesse le *ex ante* et où commence le *ex post*), et enfin de l'information dont on dispose sur le degré d'exposition au risque de l'individu.

Cela peut être formalisé de manière simple. Il existe un premier critère de neutralité actuarielle qui serait dénué d'ambiguïté, le critère de neutralité instantanée, qui implique l'identité entre cotisation instantanée et espérance d'indemnisation instantanée, c'est-à-dire le produit de la probabilité de sinistre par le coût de l'indemnisation :

$$\text{Cotisation} = E[\text{Prestations}]$$

où l'opérateur E désigne l'espérance mathématique. Mais si ce critère est sans ambiguïté, ce n'est qu'en raison de son caractère excessivement restrictif : il néglige le fait qu'un contrat d'assurance peut fort bien comprendre un aspect multi-périodes, sans quoi l'assurance-vie, par exemple, ne serait pas de l'assurance. Dans ces conditions, on voit qu'il est au minimum souhaitable de réécrire le critère sous une forme intertemporelle, soit par exemple sous une forme :

$$\sum_{a=a_0}^{a_1} \frac{\text{Cotisations}(a)}{(1+r)^{a-a_0}} = \sum_{a=a_0}^{a_1} \frac{E[\text{Prestations}(a)]}{(1+r)^{a-a_0}}$$

où a est l'âge, a_0 et a_1 sont les bornes de l'intervalle sur lesquelles la neutralité est évaluée, et où r est un taux d'actualisation.

On voit ainsi que, ce faisant, on est amené à faire reposer ce critère de neutralité actuarielle sur des

conventions qui vont le rendre en partie arbitraire. Dans le cas d'une assurance de marché, le a_0 et le a_1 sont fixés par le contrat d'assurance, et le r est en principe un taux d'intérêt du marché. Mais ces repères n'existent plus en matière de protection sociale. Imaginons à la rigueur qu'on puisse s'entendre sur le fait que a_1 doit constituer la durée de vie limite, comment choisir l'âge a_0 ? On sait que si on le prend égal à zéro, on retombe alors sur la métaphore rawlsienne qui permet d'assimiler toute redistribution à une assurance contractée derrière le voile d'ignorance, c'est-à-dire avant d'avoir la moindre idée du type et de l'ampleur des risques auxquels on a des chances d'être confronté. Par exemple, même la redistribution opérée par le système fiscal ou le RMI peuvent être vues, d'une certaine façon, comme une forme d'assurance contre les conséquences de l'échec scolaire ou professionnel (Varian, 1980). On conviendra alors que cette définition débouche sur une vision trop extensive du champ de l'assurance, même si l'encadré 1 a mentionné qu'elle est l'occasion d'analogies intéressantes entre problèmes d'assurance optimale ou de redistribution optimale. Mais si l'on en déduit que l'âge zéro est un seuil trop bas, à quelle valeur positive faut-il le fixer ? Faut-il que ce seuil soit variable selon le type de risque considéré, en sachant par ailleurs que déplacer ce seuil modifie le constat sur la neutralité actuarielle de deux façons : à la fois parce que cela déplace mécaniquement la durée sur laquelle cotisations et indemnités sont prises en compte, mais aussi parce que le passage du temps a pour effet d'apporter de l'information sur le degré d'exposition au risque des individus. Dernier point, même le taux r du marché ne s'impose pas non plus comme référence absolue, sitôt qu'il fluctue. Une bonne assurance peut aussi être une assurance contre le fait de traverser des années de conjoncture moins favorables (Smith, 1982 ; Gordon et Varian, 1988), et il n'y a pas de raison de juger la quantité d'assurance ou de redistribution dont aura bénéficié chaque génération à l'aune d'un taux d'intérêt de référence qui fluctuerait de l'une à l'autre.

Enfin, même si le critère de neutralité actuarielle pouvait être défini sans ambiguïté, il faut voir qu'il tracera au mieux une frontière entre assurance et redistribution pure, mais pas nécessairement entre assurance et solidarité, car cette dernière inclut une certaine idée de réciprocité (1) et donc de retour sur investissement, même si celui-ci s'exprime en termes beaucoup plus flous que dans le cas de l'assurance. Ainsi, que les cotisations à la retraite soient considérées comme traduisant une certaine forme de solidarité envers les plus âgés n'empêche pas que nous ne les acceptons qu'en échange de la perspective de bénéficié, demain, d'un transfert équivalent de la part de nos enfants, ce qui renvoie bien à une forme de bilan coûts-avantages implicite : même en matière de solidarité, il peut donc exister une certaine norme de neutralité actuarielle, même si elle constitue une référence beaucoup moins stricte que dans le cas de l'assurance de marché.

1. Ce qui explique au passage que cette solidarité se soit d'abord exprimée dans un cadre familial, local ou professionnel, où le respect de la réciprocité est d'un contrôle plus facile. Pour d'autres développements, voir Blanchet (1995b).

en assurance privée. Nous allons d'abord examiner en détail la question du risque moral, dont la nature comme les conséquences exactes nécessitent quelques précisions.

Des contraintes liées à d'éventuels effets de risque moral...

À l'origine, le terme de risque moral reçoit, en assurance, une définition dénuée d'ambiguïté. On part d'un état « naturel » dans lequel un risque se présente avec une certaine occurrence. Il y a risque moral si, suite à la mise en place d'une couverture contre ce risque, sa probabilité d'occurrence augmente, en raison de comportements moins prudents (10). Pour l'assureur, nous avons dit que le problème que pose ce phénomène de risque moral est qu'il vient accroître la difficulté à prévoir et maîtriser le coût du service d'assurance. Pour les assurés, ce risque moral a l'effet pervers de conduire à des situations d'inefficacité, qui ont une parenté étroite avec les problèmes d'externalité qui sont la plus familière des sources d'inefficacité économique. Le phénomène peut être résumé de la façon suivante. Supposons que l'individu ait la possibilité de réduire son exposition à un risque donné par une action de prévention individuelle. Il serait collectivement optimal que chaque individu s'autoprotège jusqu'au point où le coût marginal de l'autoprotection égalise l'économie marginale qui en résulte pour l'ensemble de la collectivité, mais l'individu ne prend pas en compte ce critère dans le choix de son autoprotection : s'il supporte la totalité de son coût, il n'en tire en effet qu'un bénéfice infime, à savoir l'économie qu'il a permis d'occasionner divisée par le nombre total d'assurés. D'où un comportement tout à fait rationnel de cavalier seul, qui se traduit par un comportement moyen face au risque qui s'avère globalement sous-efficace.

À partir de là, il est fréquent de généraliser la notion de risque moral pour décrire toute forme de modification du comportement individuel en situation de couverture des risques (11). Ainsi, en assurance-maladie, si on émet rarement l'hypothèse qu'il existe un risque moral au sens d'accroissement de la fréquence des problèmes de santé suite à une moindre prévention ou à une accentuation des comportements pathogènes, il est en revanche fréquent de parler de risque moral *ex post* pour décrire le fait que, face à un problème de santé donné, l'assuré et/ou son médecin adopteront un traitement plus coûteux que celui qui aurait été appliqué en l'absence de

couverture. En assurance-chômage, il est également assez rare de parler de risque moral *ex ante* au sens où l'existence d'une couverture tendrait à accroître la fréquence d'entrée en chômage, mais l'expression est parfois appliquée aux effets que pourrait avoir l'indemnisation sur la durée de ce chômage. On l'appliquerait également aux effets désincitatifs au travail des systèmes de préretraite. En matière de retraite enfin, il arrive que l'on recoure à ce vocabulaire pour décrire les effets dépressifs que les systèmes de répartition pourraient avoir sur l'épargne ou d'autres comportements (12).

Ces élargissements du concept appellent quelques précautions car, compte tenu du caractère très connoté de ce terme de risque moral, ils pourraient suggérer que toutes ces formes de modifications de comportement sont répréhensibles ou indésirables. On rappelle donc que c'est aussi l'un des buts de la protection que d'autoriser certaines modifications de comportement face au risque ou suite à la réalisation du risque, et que celles-ci ne sont porteuses d'effets pervers qu'au-delà d'un certain point. Par exemple, le but de l'assurance-maladie n'est pas uniquement de prendre en charge les dépenses de maladie minimales auxquelles les individus se livreraient en l'absence de couverture, dont le niveau serait sous-optimal, à la fois vis-à-vis de l'état de santé courant et surtout vis-à-vis de l'état de santé futur. De la même manière, dans le cas du préretraité, la non-reprise d'emploi suite à un épisode de chômage qui survient à l'approche de soixante ans, si elle signifie bien que le système « désincite » au travail n'est pas forcément identifiable à un abus vis-à-vis de ce système, puisque la dispense de reprise d'emploi est précisément l'un des aspects de la prestation d'assurance qui est fournie par le système (Blanchet, 1995a). Il n'y a détournement véritable que lorsque le système est utilisé par des individus dont l'exclusion du marché du travail n'est qu'apparente, où lorsque l'entreprise utilise ce moyen pour externaliser ses difficultés à gérer sa main-d'œuvre vieillissante, mais même dans ce cas, on voit que la limite est floue entre travailleurs ou

10. Cette notion doit donc être clairement distinguée de celle de fraude à l'assurance, qui n'en serait qu'un cas tout à fait extrême.

11. Pour poursuivre le parallèle entre assurance et redistribution, on la voit d'ailleurs utilisée pour décrire les effets désincitatifs que cette dernière est susceptible d'entraîner. Voir Piketty (1994) pour l'exploitation de ce parallélisme.

12. Le terme pourrait ainsi s'appliquer aux effets des systèmes de retraite sur les comportements démographiques eux-mêmes, tels qu'ils sont envisagés par Bichot (1993).

entreprises dont les problèmes d'emploi sont plus ou moins marqués. Dans le cas de l'assurance-chômage, on peut encore rappeler que l'allongement des périodes de recherche d'emploi n'est pas nécessairement contradictoire avec ce qui était l'une des fonctions initiales de l'assurance-chômage, à savoir améliorer l'efficacité de l'appariement entre offreurs et demandeurs d'emploi en évitant aux seconds la nécessité d'accepter le premier emploi rencontré dans l'hypothèse où il n'est pas celui où leurs capacités sont utilisées au mieux (Atkinson et Micklewright, 1991) (13).

Dans le même ordre d'idées, il n'est pas réaliste d'incriminer des problèmes de risque moral comme sources uniques de la croissance des dépenses de protection sociale (14), qui s'explique avant tout par d'autres facteurs : facteurs macro-économiques dans le cas du chômage (15), progrès technique dans le cas des dépenses de santé, allongement de la durée de vie dans le cas des retraites. Cette croissance peut encore être reliée à l'hypothèse plausible selon laquelle les services de protection contre les risques seraient un bien supérieur, c'est-à-dire dont la demande s'accroît spontanément avec le niveau de vie moyen, et le ferait même en l'absence de mécanismes de mutualisation collective.

... appelant des régulations spécifiques

Ces réserves montrent que l'élimination totale des effets de risque moral ou la recherche de couvertures parfaitement neutres vis-à-vis des comportements individuels et qui fonctionneraient à enveloppe budgétaire parfaitement constante n'est pas nécessairement un but légitime. La question du niveau souhaitable de ces enveloppes suppose une réflexion spécifique qui dépasse le cadre du présent article. En revanche, et dans la mesure où ces effets induits de la protection sociale seraient effectivement porteurs d'inefficacité, chercher à en limiter l'ampleur constitue bien une première raison de conserver une certaine dose de mécanismes assurantiels au sein de l'assurance sociale. L'assurance publique, comme l'assurance privée, peuvent en l'occurrence recourir à deux types d'instruments, le contrôle, ou les incitations financières (16).

C'est la voie du contrôle direct qui est en principe la plus efficace, lorsque ce contrôle n'est pas trop coûteux, car elle permet de conserver une couverture complète en contrepartie d'une

certaine restriction de l'autonomie des individus (régulation étroite du système de soins, contrôles renforcés sur les pratiques de licenciement et de mise en préretraite ou sur l'activité de recherche d'emploi de la part des chômeurs). Mais ces contrôles posent d'importants problèmes informationnels. Par exemple, dans le cas de l'assurance-maladie, le contrôle de la dépense suppose des moyens d'information sophistiqués sur l'état de santé des patients et les traitements dont ils bénéficient dont la mise en place ne peut-être que progressive. Ces contrôles, même lorsqu'ils sont techniquement possibles, peuvent par ailleurs s'avérer coûteux, ce qui explique qu'ils ne constituent pas toujours la meilleure solution.

La voie des incitations ou pénalités financières peut, pour sa part, avoir plusieurs sous-modalités. Le ticket modérateur est l'une d'entre elles, qui reproduit le principe général de théorie de l'assurance qui veut que, en présence de risque moral, il ne soit jamais souhaitable de fournir une assurance totale. Il arrive aussi qu'on voie réapparaître l'idée de contrats avec franchise ou l'idée de différenciation des tarifs selon l'ampleur du risque, qui peut prendre deux formes : soit la différenciation par grandes classes de risque, soit la différenciation véritablement individualisée, sur la base des antécédents personnels, c'est-à-dire une tarification du type bonus-malus.

Jusqu'où peut aller l'introduction de cette logique d'incitation financière (cf. encadré 3) ? Il faut d'abord rappeler que, vis-à-vis des problèmes de risque moral, la tarification différenciée selon la classe de risque ne présente aucune vertu régulatrice particulière tant que l'appartenance à telle ou telle classe de risque reste

13. Même dans le cas de la retraite, les effets désincitatifs que cette dernière peut avoir sur les différents comportements ne sont pas forcément défavorables. Par exemple, une préparation à la retraite qui ne passerait que par l'épargne serait probablement à l'origine d'une sur-accumulation inefficace, si bien que, jusqu'à un certain point, la désincitation à l'épargne qui résulte du système est économiquement souhaitable (Samuelson, 1974). D'autre part, pour renvoyer à la question de ses effets désincitatifs sur les comportements démographiques, on peut rappeler que ces effets induits sont aujourd'hui recherchés, plutôt que combattus, dans les pays en développement qui souhaitent accélérer leur transition démographique.

14. Pour un point de vue plus radical sur l'ampleur des problèmes de risque moral, voir néanmoins Lindbeck (1995).

15. Voir notamment l'article de C. Cases (dans ce numéro) pour un examen critique de la thèse d'un effet de l'indemnisation du chômage sur son ampleur.

16. Sur l'apport et les limites de ces outils en assurance-maladie et en assurance-chômage voir respectivement S. Jacobzone et C. Lefèvre, dans ce numéro.

FAUT-IL MODULER LA COUVERTURE SELON LE RISQUE ?

L'idée d'un traitement différencié selon la classe de risque est une forme d'inflexion « assurantielle » qui est souvent suggérée ou au contraire dénoncée. Elle peut prendre diverses formes : tarification liée à des critères de risque directement observables *a priori*, systèmes de bonus-malus (c'est-à-dire tarification différenciée selon la sinistralité observée), ou encore différenciation implicite à travers des contrats dits « séparateurs », lorsque les différences d'exposition au risque ne sont pas observables.

L'introduction de tels mécanismes est-elle utile et légitime en assurance sociale ? Ceci doit être discuté en fonction du type de problème rencontré, d'une façon que le tableau ci-dessous essaye de synthétiser. On établit pour cela une distinction selon que le facteur qui explique le surcroît de risque est volontaire ou involontaire, et selon qu'il est observable ou inobservable, fréquent ou rare.

Supposons d'abord que le surcroît de risque résulte d'un comportement parfaitement volontaire, ce qui correspond à la notion de risque moral, et observable. Dans ce cas, la différenciation des classes de risque est légitime à la fois en équité et en termes d'efficacité. Elle améliore l'équité si on juge normal que les individus qui s'exposent délibérément au risque n'imposent pas le coût de ce comportement aux autres assurés. Et cette différenciation améliore aussi l'efficacité si le résultat de cette surtarification conduit à limiter cette exposition volontaire au risque. Le bonus-malus en assurance automobile présente en partie cette caractéristique de joindre l'équité à l'efficacité, puisqu'il pénalise les mauvais conducteurs et réduit la fréquence des accidents en incitant à la prudence.

Mais si l'on sort de ce cas simple, on voit que les conclusions peuvent être plus complexes et même inversées. Deux problèmes se posent :

– Si l'exposition au risque est inobservable, alors la seule façon de différencier les bas risques et les hauts risques sera d'offrir ce qu'on qualifie de contrats séparateurs : couverture complète à coût élevé, ou couverture partielle à coût réduit (franchise), avec l'hypothèse que les premiers contrats seront choisis par les hauts risques et les seconds

par les bas risques. Or, outre que cette pratique de protection « à la carte » n'est guère usuelle en assurance sociale, elle a pour effet final de pénaliser les bas risques, qui n'ont que le choix entre une couverture incomplète et une couverture surtarifiée destinées aux hauts risques. Le cas où ce caractère inefficace de la différenciation implicite apparaît le mieux est celui où les hauts risques sont minoritaires. Dans ce cas, les bas risques peuvent avoir intérêt à renoncer à toute discrimination, ce qui ne majorera que faiblement leur primes, plutôt que d'avoir à supporter les conséquences d'une sous-assurance. Et cette non-discrimination, évidemment, sera aussi à l'avantage des hauts risques.

– Si le fait d'être un haut risque ne résulte pas d'un comportement volontaire, appliquer une couverture différente à ces hauts risques n'a pas d'effet régulateur particulier, puisque le risque est une donnée exogène, et n'apporte donc aucun gain en efficacité globale. La différenciation n'a que des effets redistributifs, qui iront dans le sens de l'inéquité (on pénalise des individus pour des caractéristiques dont ils ne sont pas responsables) : par exemple, dans la mesure où on n'est pas responsable de son âge, faire payer davantage à l'assurance-maladie les personnes âgées en raison de leurs dépenses plus élevées n'aurait aucun effet régulateur (cela n'aurait aucune raison de les pousser à dépenser moins), et serait inéquitable si ceci conduisait à détériorer sensiblement leur niveau de vie par rapport aux actifs.

Au total, il apparaît que l'intérêt d'une modulation de la couverture dépend à la fois de considérations techniques ou factuelles (le haut risque est-il rare, est-il observable ?) et plus normatives : le risque plus élevé dépend-il ou non d'un comportement volontaire ? Où commence et où s'arrête la responsabilité ? La discussion devrait également prendre en compte, en toute rigueur, les effets sociaux positifs que peuvent avoir certains comportements à risques : par exemple, en assurance-chômage, il est socialement utile que certains individus prennent le risque de s'orienter vers des activités nouvelles ou non protégées, dont le bilan est aléatoire mais macro-économiquement positif en moyenne.

Effets sur l'efficacité et l'équité d'un traitement différencié des hauts risques, selon leurs caractéristiques

Observabilité et fréquence du haut risque	Haut risque involontaire		Haut risque volontaire (problème de risque moral)	
	Efficacité (1)	Équité	Efficacité	Équité
Observable (2)	0	-	+ ou 0	+
Inobservable (3)				
– Fréquent	0	-	+ ou 0	+
– Rare	-	-	?	+

1. 0 = neutre ; + = amélioration ; = détérioration. L'efficacité est jugée selon le critère paretien usuel : il y a gain en efficacité lorsque le dispositif améliore le bien-être des deux catégories de population, c'est-à-dire les hauts risques et les bas risques. Le dispositif est neutre lorsqu'il génère à la fois des gagnants et des perdants. L'efficacité baisse si le système est défavorable aux deux catégories de population. L'équité est définie, de façon non formalisée, comme la compensation des différences qui sont indépendantes de la volonté individuelle, et la non-compensation des différences résultant des choix individuels. Pour un examen de ce concept d'équité, qui renvoie à l'idée d'égalité d'opportunités ou d'égalité des chances, on se référera à Fleurbaey (1994 ; 1995).

2. Tarification ou couverture différentielles explicites.

3. Différenciation indirecte (contrats séparateurs).

prédéterminée. Faire cotiser davantage un groupe donné qui est structurellement gros consommateur de soins, par exemple, n'aura aucun impact sur les comportements individuels au sein de ce groupe, tant qu'y jouera le phénomène de mutualisation interne. Les considérations d'efficacité n'interviennent ainsi que dans les cas où la co-assurance ou la différenciation visent des comportements que les individus sont capables de modifier. Il en va de même pour ce qui est du caractère équitable ou inéquitable de cette différenciation, qui dépend lui aussi du caractère plus ou moins délibéré de l'exposition au risque. Ajoutons que la considération d'équité entre classes de revenu peut inviter, par ailleurs, à ce que ces mécanismes de co-assurance ou de tarification différenciée ne soient pas excessivement pénalisants pour les bas revenus, d'où l'idée de tickets modérateurs ou de franchises modulés selon le revenu.

Ces remarques montrent que la recherche d'une correction de ces problèmes de risque moral ou d'incitation, si elle implique bien de considérer avec attention les outils de régulation du risque utilisée en assurance privée, n'oblige pas du tout de revenir à un modèle assurantiel pur, recherchant une neutralité actuarielle systématique dont on a de toute manière montré le caractère irréaliste ou excessivement restrictif. Ainsi, le fait que la tarification de l'assurance-maladie soit redistributive entre classes de revenu est neutre, au moins au premier ordre, vis-à-vis des problèmes de régulation de la dépense maladie proprement dite. Il en va de même pour ce qui est de la redistribution que le système effectue entre familles, à travers la non-différenciation des cotisations selon le nombre d'enfants à charge (17). Le fait que l'assurance-maladie redistribue des jeunes vers les vieux est également sans incidence sur la régulation du système, puisqu'on ne choisit pas son âge.

Des nuances du même ordre peuvent être formulées en matière de retraite : un départ en retraite anticipé et volontaire fait supporter un surcoût par le système de retraite qu'il n'est pas illégitime de compenser par application d'un abattement sur le montant de la pension que l'usage qualifie bien d'« actuariellement neutre ». Mais le même abattement n'a pas forcément lieu d'être pour des sorties anticipées qui sont le résultat d'une contrainte et non d'un choix, et cet abattement n'est effectivement pas pratiqué par les systèmes de préretraite, qui doivent en revanche contrôler le caractère subi de l'exclusion précoce du marché du travail (18).

De la même façon, proportionner le montant de la retraite à la durée d'activité ou au salaire antérieur peut être vu comme une façon de préserver les incitations correctes au travail ou à l'investissement en capital humain au cours de la vie adulte, ce que ne ferait pas un système offrant une retraite forfaitaire, mais on peut aussi bien considérer que les écarts à cette règle de neutralité remplissent une fonction d'assurance contre des aléas de carrière (19). Enfin, la différenciation des conditions d'accès à la retraite en fonction de facteurs observables et involontaires d'écarts d'espérance de vie n'a aucune vertu régulatrice, et peut au plus être discutée en fonction de critères d'équité. En l'occurrence, si l'on voit mal le gain en équité qui pourrait résulter d'une différenciation selon le sexe, il est plus fréquent de considérer qu'un tel gain pourrait résulter d'une différenciation selon la catégorie sociale (20).

Une contrainte d'équilibre politico-économique

L'objectif de régulation, s'il justifie de considérer avec intérêt certains des principes de tarification ou de gestion des contrats d'assurance qui prévalent en assurance privée, n'implique donc pas d'y adhérer totalement. Une justification plus forte d'une telle adhésion existe-t-elle alors du côté de la seconde des contraintes de gestion de l'assurance sociale dont nous avons indiqué l'existence, et qui est en quelque sorte le pendant du problème d'écroulement auquel était confronté l'assureur privé ? La tarification au plus juste s'imposait à ce dernier pour éviter que les contrats proposés par ses concurrents ne soient systématiquement préférés aux siens. Le problème de l'assurance collective ou de la politique redistributive en général est de proposer un contrat qui soit au moins préféré par une majorité d'agents ou davantage, selon le type de procédure de choix collectif qui décide, directement ou indirectement, des règles de fonctionnement de ces systèmes.

Cette contrainte fournit bien une limite apparente à la redistributivité du système de protection sociale. Ainsi, c'est le souci de ne pas déstabiliser le consensus relatif dont il bénéficie qui a jusqu'ici conduit à éviter que le

17. Il faut être plus précis dans le cas de la famille : proportionner les cotisations-maladie au nombre d'enfants à charge pour rétablir la « vérité de coûts » n'aurait effectivement aucun effet modérateur sur la dépense d'assurance-maladie pour les enfants déjà à charge. En revanche, on peut imaginer que cela pourrait dissuader d'avoir des enfants supplémentaires, mais il est peu probable que ce soit le type d'effet recherché.

18. Voir l'article de D. Blanchet, C. Brousse et M. Okba, dans ce numéro.

19. Voir l'article de L. Caussat, dans ce numéro.

20. Voir l'article de F. Legros, dans ce numéro.

système ne se borne à la fourniture de revenus de remplacement strictement uniformes de type beveridgien (réduits au minimum vieillesse ou à des prestations chômage forfaitaire), ou, plus radicalement encore, que soit mis en place un État providence « sélectif », qui demanderait non seulement des contributions plus importantes aux ménages à revenu élevé (à travers la fiscalité) mais les écarterait aussi du bénéfice des prestations correspondantes, comme le ferait une assurance-maladie réduite à l'aide médicale gratuite sous conditions de ressources. Ces solutions auraient certes l'avantage d'autoriser des réductions considérables du prélèvement fiscal-social, mais, en amenant une majeure partie de la population vers des systèmes d'assurance privée, elles pourraient aussi conduire à une dualisation croissante et à une désaffection des catégories moins défavorisées pour le fonctionnement du système public qui, à long terme, pourrait même nuire à la qualité du filet de protection minimal (21).

Pourtant, là encore, cette considération n'implique pas qu'on doive revenir à l'extrême inverse d'une protection sociale qui ne serait que le décalque de ce que peut faire l'assurance privée. Ce système n'aurait certes pas à se poser de problèmes d'arbitrage politique puisqu'il constituerait un système où personne n'est ni perdant ni gagnant. Mais, du même coup, on ne voit plus en quoi consisterait l'avantage relatif de cette protection sociale par rapport aux solutions de marché, et il est de toute manière excessif de considérer qu'un consensus ne peut être trouvé que sur des systèmes non redistributifs, puisque la redistribution qui s'opère, hors

protection sociale, par le système fiscal, est parfaitement capable de bénéficier d'un tel consensus.

Ainsi, entre le premier extrême d'un État-providence très redistributif parce que sélectif dans ses prestations et financé par des prélèvements fortement progressifs, et l'autre extrême d'une assurance sociale qui refuserait de se démarquer sensiblement de ce que peuvent proposer des systèmes d'assurance privée, il doit exister une position médiane, peut-être variable selon les types de risque envisagés, d'une façon qui dépend des différentes contraintes qui pèsent sur le système, c'est-à-dire de l'ampleur potentielle des effets de risque moral et du degré de consentement à redistribuer de la part des assurés. Cette façon de poser le problème permet de mieux cerner les apports et les limites des emprunts que la réflexion sur la protection sociale peut faire à l'idée d'assurance et à la signification particulière que prend cette notion d'assurance dans un contexte concurrentiel et marchand. La protection sociale remplit un rôle d'assurance qui n'est visiblement pas moindre que celui qui est rempli par l'assurance privée. On a même vu en quoi son caractère obligatoire lui donne les moyens d'assurer une gamme de risques bien plus large que ne le ferait l'assurance privée. Ce caractère lui permet par là-même de franchir largement la frontière, au demeurant imprécise, qui sépare cette fonction d'assurance et la fonction de redistribution. La question de savoir jusqu'où elle doit le faire est ensuite à trancher en fonction de considérations jointes de régulation des comportements face au risque, d'équité, et d'acceptation politique. □

21. Pour un examen plus complet, voir Math (1995). Pour un éventail d'opinions sur la sélectivité ou l'accentuation du caractère beveridgien du système de protection sociale voir Du-fourcq (1994b), Pestieau (1994), Sterdyniak (1995) ou encore Legros (1994).

BIBLIOGRAPHIE

Atkinson T. (1991), « Social Insurance », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 16, pp. 113-132.

Atkinson T. et Micklewright J. (1991), « Unemployment Compensation and Labour Market Transitions: a Critical Review », *Journal of Economic Literature*, vol. 29, pp. 1679-1727.

Barr N. (1992), « Economic Theory and the Welfare State », *Journal of Economic Literature*, vol. 30, pp. 741-803.

Besson D. (1993), « Les assurances dans les années quatre-vingt : l'envolée », *Insee-Première*, n° 244.

Bichot J. (1992), *Économie de la protection sociale*, Armand Colin.

Bichot J. (1993), *Quelles retraites en l'an 2000 ?*, Armand Colin.

Blanchet D. (1995a), « Équité, efficacité et fonctions assurantielles de la retraite et de la préretraite », *Revue Économique*, vol. 46, pp. 993-1002.



- Blanchet D. (1995b)**, « Deux usages du concept d'assurance et deux usages du concept de solidarité », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, pp. 33-44.
- Bodie Z. (1990)**, « Pensions as Retirement Income Insurance », *Journal of Economic Literature*, vol. 28, n° 1, pp. 28-49.
- Caussat L. (1994)**, « Sécurité sociale : pour l'assurance », *Droit Social*, vol. 11, pp. 902-907.
- Cerc (1993)**, « Précarité et risque d'exclusion en France », *Documents du Cerc*, n° 109.
- Dufourcq N. (1994a)**, « Sécurité sociale : le mythe de l'assurance », *Droit Social*, n° 3, pp. 291-297.
- Dufourcq N. (1994b)**, *L'État Providence sélectif*, Documents de la fondation Saint-Simon.
- Fleurbaey M. (1994)**, « Éléments d'économie normative », *miméo*, Insee.
- Fleurbaey M. (1995)**, « Equal Opportunity or Equal Social Outcome? », *Economics and Philosophy*, vol. 11, pp. 25-55.
- Gollier C. et Bourguignon F. (1994)**, « Dictionnaire d'économie de l'assurance », numéro spécial de la revue *Risques*, n° 17.
- Gordon R.H. et Varian H.R. (1988)**, « Intergenerational Risk Sharing », *Journal of Public Economics*, vol. 37, pp. 185-202.
- Henriet D. et Rochet J.-C. (1991)**, *Microéconomie de l'assurance*, Economica.
- Legros F. (1994)**, « Beveridge : cinquante ans après le rapport », *Risques*, n° 18, pp. 165-179.
- Math A. (1995)**, « Sélectivité ou universalité ? La question de la mise sous condition de ressources des allocations familiales », *Revue belge de Sécurité sociale*, vol. 37, n° 1, pp. 119-176.
- Kessler D. (1990)**, « Petit dictionnaire d'économie de l'assurance », *Risques*, n° 1, pp. 29-51.
- Kessler D. et Masson A. (1995)**, « Redistribution et politique sociale : la double dimension de l'âge et de la génération », in *Les retraites : genèse, acteurs, enjeux*, B. Cochemé et F. Legros, eds., Armand Colin.
- Knight F. (1921)**, *Risk, Uncertainty and Profit*, Boston, Houghton Mifflin.
- Kotlikoff L.J. (1992)**, *Generational Accounting: Knowing who Pays, and when, for what we Spend*, The Free Press, MacMillan.
- Lindbeck A. (1995)**, « Hazardous Welfare State Dynamics », *mimeo*, Institute for International Economic Studies, University of Stockholm.
- Mirrlees J.A. (1995)**, « Private Risk and Public Action: the Economics of the Welfare State », *European Economic Review*, vol. 39, pp. 383-397.
- Padieu R. (1982)**, « Réflexions sur l'effet redistributif des transferts sociaux », *Économie et Statistique*, n° 143, pp. 45-57.
- Pestieau P. (1994)**, « Social Protection and Private Insurance: Reassessing the Role of Public Versus Private Sector Insurance », *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory*, vol. 19, pp. 81-92.
- Piketty T. (1994)**, *Introduction à la théorie de la redistribution des richesses*, Economica.
- Plagnet B. et Concialdi P. (1992)**, *Prélèvements fiscaux et sociaux*, Rapport du CNIS.
- Rosanvallon P. (1995)**, *La nouvelle question sociale. Repenser l'État-providence*, Seuil.
- Rotschild M. et Stiglitz J. (1976)**, « Equilibrium in Competitive Insurance Market », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 11, pp. 629-49.
- Samuelson P.A. (1974)**, « Optimum Social Security in a Life-Cycle Growth Model », *International Economic Review*, vol. 16, pp. 539-544.
- Smith A. (1982)**, « Intergenerational Transfers as Social Insurance », *Journal of Public Economics*, vol. 19, pp. 97-106.
- Sterdyniak H. (1995)**, « Vers une réforme fiscale en France ? », *Observations et Diagnostics Économiques*, n° 53, pp. 107-145.
- Varian H.R. (1980)**, « Redistribution Taxation as Social Insurance », *Journal of Public Economics*, vol. 14, pp. 46-68.
- Vernière L. (1992)**, « Les enjeux d'une maîtrise de la dépense sociale », *Une année en demi-teinte : rapport sur les comptes de la nation 1991*, Insee-Études.
- Willard J.-C. (1992)**, « Prélèvements obligatoires, salaires direct et indirect : fausses querelles, vrais enjeux », *Droit Social*, n° 2, pp. 93-99.
- Zeckhauser R. (1974)**, « Risk Spreading and Distribution », in *Redistribution through Public Choice*, H.M. Hochman et G.E. Peterson, eds., Columbia University Press.