

Coût de fonctionnement de l'assurance privée et de l'assurance sociale : de l'efficacité microéconomique à l'équité sociale

Gilles Caire (GEDES, Université de Poitiers)

Article paru dans Dupuis J.-M. (ed.), **Politiques sociales et croissance économique**, t. 1, L'Harmattan, 2002

Résumé

Cette contribution propose une quantification, une explication et une mise en perspective des coûts de fonctionnement de l'assurance privée et publique, principalement à l'égard des risques maladie et vieillesse en s'appuyant sur le cas français et sur certaines expériences étrangères (Suisse, États-Unis, Royaume-Uni).

1. INTRODUCTION

L'objet de cette communication est triple : il s'agit de quantifier les coûts de fonctionnement respectifs de l'assurance privée et de l'assurance sociale en France et de les comparer à ceux de certains pays étrangers (Suisse, États-Unis et Royaume-Uni) ; puis d'expliquer les écarts importants de coûts par la différence de nature entre les deux formes de protection ; et enfin d'en évaluer les implications en termes d'analyse des systèmes de protection sociale.

Dans ce but, nous restreindrons le champ d'étude aux risques couverts par les deux formes d'assurance, à savoir : la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, la vieillesse et le veuvage. Seront ainsi exclus les risques famille et chômage pour lesquels le privé ne propose pas de couverture (du fait de l'endogénéité du risque dans le premier cas ; de la crainte de risque moral et de la corrélation entre risque et revenu dans le second cas), ainsi que le risque accident du travail et maladie professionnelle trop spécifique à nos yeux.

2. UN ÉCART AU MINIMUM DE 1 À 4 À L'AVANTAGE DE L'ASSURANCE SOCIALE EN FRANCE

Afin d'appréhender le coût de fonctionnement des dispositifs d'assurance en France, nous raisonnerons sur la base des charges d'exploitation du compte de résultat de l'assureur (l'approche en termes de ratio de chargement plus appropriée à l'étude des régimes de retraite par capitalisation sera développée plus loin sur le cas des fonds de pensions anglais).

2.1. Les frais de gestion des assurances sociales et des groupements mutualistes

2 Coût de fonctionnement de l'assurance privée et de l'assurance sociale

En 1998, pour 294 milliards d'euros de prestations sociales versées (en espèces, en nature et en services sociaux), le système français de Sécurité sociale a consacré environ 12 milliards (DREES, 1999) à ses frais de gestion. Ces frais administratifs liés au versement des prestations comprennent les charges de personnel (salaires et cotisations sociales), qui représentent les deux tiers du total, les consommations de biens et services (fournitures de bureau, matériel informatique), les impôts et taxes, les primes d'assurance... Le coût de fonctionnement est donc d'un peu moins de 4% des prestations versées, coût d'ailleurs plutôt décroissant sur le long terme¹. Concernant le régime général, le ratio frais de gestion administrative/prestations versées en 2000 de la branche maladie² (CNAMTS, hors accidents du travail et maladies professionnelles) est de 4,9% et de 5,5% si l'on y ajoute le coût du contrôle médical, et celui la branche retraites (prestations légale vieillesse et veuvage de la CNAVTS) de 1,5%³. Le coût de fonctionnement est ainsi d'environ 90€ (100€ avec le contrôle médical) par an pour la CNAM par personne couverte (pour 1780€ de prestations versées et 48,9 millions de personnes couvertes) et de 90€ pour la CNAV par retraité (pour une pension annuelle moyenne – hors veuvage - de 5700€ et 9,7 millions de retraités).

Concernant les autres principaux régimes obligatoires d'assurance sociale⁴, les ratios frais de gestion administrative/prestations versées (1) et frais de gestion administrative par allocataire (2) sont les suivants :

Tableau 1 : Coût de fonctionnement de certains régimes obligatoires (2000)

Risque	Maladie	Vieillesse			
		ORGANIC	CANCAVA	AGIRC	ARRCO
Organisme	CANAM				
Ratio (1)	8,0% ⁵	4,4%	3,4%	3,4%	4,2%
Ratio (2)	104€	144€	111€	223€	117€
Nombre d'allocataires (en millions)	3,0	0,9	0,8	1,8	9,5
Prestation /allocataire/an	1250€	3269€	3279€	6553€	2781€

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale

Outre les économies d'échelle, qui sont liées aux différences de taille des organismes, la diversité des résultats s'explique par l'hétérogénéité des missions

¹ Au plan international, selon l'OIT les coûts de fonctionnement de la Sécurité sociale se situent majoritairement selon les pays entre 2 et 6%.

² Prestations légales maladie, maternité, invalidité, décès et prestations extralégales d'action sanitaire et sociale.

³ En matière d'assurance, le risque santé est toujours plus coûteux à gérer que le risque vieillesse du fait d'une fréquence de sinistres par nature plus élevée (on est plusieurs fois malade dans sa vie, alors que l'on n'est qu'une fois retraité).

⁴ La nature des régimes de fonctionnaires et d'employeurs ne permet pas d'isoler des frais de gestion. Pour la MSA, les données disponibles ne nous ont pas permis de différencier les frais de gestion selon les risques couverts.

⁵ La structure des coûts se décompose en 60% pour la CANAM et les Caisses Mutuelles Régionales, et 40% pour les 173 organismes conventionnés, qui sont chargés des opérations d'encaissement des cotisations et du règlement des prestations.

remplies (certains régimes gèrent simultanément des régimes obligatoires, des régimes complémentaires et des régimes facultatifs), et les difficultés rencontrées pour les exercer. Ainsi les régimes autonomes ont pour rôle de liquider des prestations, mais doivent aussi assumer des tâches de recouvrement, parfois non sans difficulté dans le contexte professionnel qui est le leur. Aussi les régimes autonomes ont-ils des coûts de personnel sensiblement plus lourds que ceux de la branche du régime général qui, elle, ne gère pas directement le recouvrement des cotisations qui est assuré par l'ACOSS et les URSSAF (dont les frais de gestion représentent 0,5% des cotisations collectées).

Concernant les groupements mutualistes dont le rôle principal est de verser des prestations complémentaires de maladie, les frais de gestion⁶ rapportés au chiffre d'affaire s'étagent entre 10 et 14% pour les mutuelles professionnelles et d'entreprises ainsi que les caisses chirurgicales et 63% (!) pour les mutuelles scolaires et sportives (ROUSSEL, 2002). De même on peut remarquer que le coût actuel de fonctionnement des régimes de retraite supplémentaire et de prévoyance est de plus de 20% (DREES, 1999).

2.2. Les frais d'acquisition et d'administration des entreprises d'assurance

Dans le nouveau plan comptable de l'assurance mis en place en 1995, les charges du compte technique sont présentées non pas par nature mais par destination (LE DOUIT, 1997). Les charges techniques d'exploitation sont ainsi décomposées en trois rubriques :

- *les frais d'acquisition de contrats* qui comprennent les commissions versées aux apporteurs (agents généraux, courtiers ou salariés) mais aussi les coûts qui peuvent être directement ou indirectement rattachés à la commercialisation (marketing, publicité, frais des réseaux commerciaux, frais des services chargés de l'établissement des contrats) ;

- *les frais d'administration du portefeuille de contrats* (commissions d'apérition, frais des services de quittancement, de surveillance du portefeuille, de réassurance, frais de contentieux liés aux primes). Ils diffèrent fortement selon le type de risque, le nombre d'assurés, l'importance de la prime unitaire, les modalités de recouvrement, la fréquence des sinistres ;

- *les autres charges techniques* (coûts de structure, direction générale et fonctions d'administration générale : juridique, comptabilité, contrôle, actuaires...).

Sur la période 1995-1999 (afin de lisser les effets conjoncturels des variations de chiffre d'affaires et de sinistralité), les charges techniques d'exploitation des assurances vie et capitalisation représentaient en France en moyenne 8,7 % des primes encaissées (hors taxes), et celles des assurances dommages 23,5% (FFSA, 2001). Si l'on y ajoute le résultat technique les deux ratios sont alors de 10,5% et 27,8%, ce qui correspond au pourcentage des primes qui n'est pas ou ne sera jamais redistribué aux assurés sous forme d'indemnités présentes (charges des

⁶ qui incluent les frais liés à la gestion des réalisations sociales affiliées et des régimes obligatoires.

4 Coût de fonctionnement de l'assurance privée et de l'assurance sociale

sinistres et participation des assurés aux résultats) ou futures (via les provisions techniques). Concernant plus particulièrement le risque santé, les deux ratios précités sont à titre d'exemple de 24% et de 25% en 2000 pour l'activité santé du groupe AGF (Rapport financier 2001)⁷.

Il faut cependant préciser que ces données sur l'assurance privée ne sont pas directement comparables à celles de l'assurance sociale pour au moins trois raisons :

1) concernant l'assurance santé, la comparaison est biaisée car les assurances complémentaires arrivant en bout de chaîne de traitement, leur travail ne porte que sur des dossiers déjà contrôlés, ce qui sous-estime l'avantage de l'assurance sociale qui est pourtant au moins déjà quatre fois plus économe (DE CASSON et RAVOUX, 1992) ;

2) la totalité de l'assurance vie ne peut être assimilée à une assurance vieillesse ; il faudrait pouvoir isoler le coût de fonctionnement des contrats d'assurance vie en cas de vie, avec sortie en rente viagère qui est plus coûteuse pour l'assuré que la sortie en capital (cf. plus bas le cas anglais) ;

3) certains frais liés à l'opération d'assurance ne sont ici pas pris en compte alors qu'ils se traduisent par une non-redistribution aux assurés. Ainsi les frais de règlement des sinistres (services règlements, commissions versées au titre de la gestion des sinistres, prestations des inspecteurs, frais de contentieux liés aux sinistres...) sont rattachés à la rubrique charges des sinistres. De même, les frais de gestion (internes et externes) des placements (coûts des services de gestion des placements, honoraires, commissions, courtage..) sont inclus dans la charge des placements.

Ces premiers éléments conduisent donc à penser que les coûts de fonctionnement de l'assurance publique – du moins ceux du régime général - et de l'assurance privée sont en France dans un rapport au minimum de 1 à 4 et même plutôt de l'ordre de 1 à 5.

3. LE COUT DE GESTION DE L'ASSURANCE PRIVEE AU PREMIER EURO À L'ÉTRANGER

La situation française est cependant particulière car l'assurance privée est exclusivement cantonnée à la couverture complémentaire et facultative pour les risques santé⁸ et vieillesse. Afin d'élargir la perspective aux coûts d'une gestion de l'assurance au premier euro, nous considérerons pour la

⁷ La plupart des rapports annuels des sociétés d'assurance ne permettent pas d'isoler un compte de résultat du risque santé.

⁸ Dans le régime maladie agricole et dans celui des professions indépendantes, la concurrence est limitée à la gestion administrative des cotisations et des prestations.

santé les cas américain et suisse, et pour la retraite les fonds de pension au Royaume-Uni⁹.

3.1 Les coûts de fonctionnement de l'assurance maladie aux États-Unis et en Suisse

Selon les statistiques officielles de la HCFA (Health Care Financing Administration), le coût de fonctionnement (*net cost of private health insurance*, enregistrant la différence entre les primes reçues et les indemnités versées) rapporté aux prestations est aux États-Unis en 2000 de 13,6% pour l'assurance privée contre 5,0% de frais administratifs pour l'ensemble des programmes fédéraux et locaux de santé publique¹⁰ et moins de 3,5% pour le *Medicare*.

Sur d'autres bases, PHELPS (1992) évaluait la surprime moyenne payée par les assurés à environ 20% des prestations versées en 1990 (contre 14,6% la même année pour la HCFA¹¹), et détaillait selon le nombre de personnes impliquées par la police d'assurance :

Tableau 2 : **Surprimes de l'assurance maladie aux États-Unis (en % des prestations)**

polices individuelles	60-80%
polices de groupe (entreprises de 1 à 10 salariés)	30-40%
(11 à 100 salariés)	20-30%
(101 à 200 salariés)	15-20%
(201 à 1000 salariés)	8-15%
(plus de 1000 salariés)	5-8%

source : PHELPS, p. 183

Cette relation inverse entre nombre d'assurés et montant de la surprime s'expliquerait d'une part par l'existence d'économies d'échelle et d'autre part par une moindre antisélection. L'entreprise, constituée sur une base n'ayant aucun rapport avec la souscription du contrat comprend à la fois des bons et des mauvais risques, ce qui permet d'éviter les visites médicales préalables ou la recherche d'information sur le passé médical du client. Ainsi l'appartenance ou non à une grande entreprise rompt le principe d'unicité de prix chère aux libéraux, et explique, conjointement,

⁹ Pour une comparaison internationale des coûts administratifs des fonds de pension, le lecteur pourra se reporter à : JAMES E., SMALHOUT J., VITTAS D. (2001).

¹⁰ Ce ratio intègre d'autres postes de dépenses administratives que ceux de la fonction d'assurance au sens strict : hôpital général, psychiatrie, lutte contre l'alcoolisme, aide médicale aux enfants, santé scolaire,...

¹¹ La différence d'estimation n'est pas explicitée par PHELPS. Cependant la hiérarchie des coûts du tableau est corroborée par d'autres études.

aux inégalités de revenu que 15% de la population américaine ne dispose d'aucune couverture maladie¹².

Le système d'assurance maladie suisse (LAMal, Loi fédérale sur l'assurance maladie) a pour originalité depuis 1996 d'associer un contrat uniforme d'assurance obligatoire à une concurrence sur les prix.

Encadré 1 : les grands principes de LAMal

- tous les résidents sont tenus de contracter une assurance de base obligatoire (pour les soins, les prestations en espèces restant facultatives) auprès d'une des quelques 110 caisses-maladie agréées. Ils sont libres de choisir leur caisse et d'en changer (deux fois par an en juin et en décembre avec un préavis de 3 mois) ;
- la loi définit une liste exhaustive de soins basiques devant être remboursés par tous les assureurs (les prestations supplémentaires relevant d'assurances contractuelles complémentaires) ;
- les assureurs sont obligés d'accepter sans aucune réserve tout client et ne peuvent différencier leurs primes selon le sexe, l'âge ou le risque individuel. Ils doivent proposer une prime uniforme par canton (les enfants payant moins cher). Les primes ne dépendant pas du revenu, une aide est directement versée par le canton aux personnes à bas revenu ;
- la loi institue également une « institution commune » de compensation des risques. Les assureurs dont la charge financière est supérieure à la moyenne (plus de femmes et de personnes âgées) reçoivent des contributions financières des assureurs dont la charge est inférieure à la moyenne¹³ ;
- l'assuré peut choisir entre l'assurance ordinaire (47% des assurés en 2000) et trois autres formules qui lui permettent de bénéficier d'un rabais : 1) l'assurance avec franchise annuelle à option (45% des assurés), 400 à 1500FS restant à sa charge, procurant un rabais de 8 à 40% ; 2) l'assurance avec choix limité de fournisseurs au sein d'un réseau de soins (8% des assurés) ; 3) l'assurance avec bonus lorsqu'il n'y a aucune demande de remboursement durant l'année (moins de 0,2% des assurés).

Source : Office fédéral des assurances sociales

Après une très forte augmentation de 1996 à 1998, due sans doute au changement de système, les coûts administratifs se sont stabilisés à environ 8% des prestations versées, à comparer à 6,9% avant l'instauration de LAMal. Une partie non négligeable des coûts de fonctionnement paraît attribuable aux coûts de changement d'assureur, qui sont estimés entre 300 et 800FS par changement, soit entre 2,5 et 7 fois le coût moyen annuel

¹² En 1998, la quasi totalité des grandes entreprises propose une couverture maladie, alors que ce n'est le cas que de 54% des entreprises de moins de 200 salariés.

¹³ L'écémage existe cependant à travers l'offre combinée assurance de base/complémentaire, le ciblage des campagnes commerciales vers des populations particulières, l'allongement sélectif des délais de remboursement, la détérioration du service-clientèle... (COLOMBO, 2001).

de gestion d'un assuré pour une caisse. Étant donné, que chaque année environ 4% des assurés suisses changent de caisse, cela représenterait au moins 10% du total des coûts administratifs (COLOMBO, 2001).

La moindre importance des coûts de fonctionnement de l'assurance maladie en Suisse au regard de ceux des États-Unis semble provenir de trois facteurs : 1) la standardisation du contrat ; 2) l'interdiction faite aux caisses de réaliser des profits sur l'assurance de base¹⁴ ; 3) le contrôle des coûts administratifs par les autorités. Inversement la gestion d'assurances exclusivement individuelles en Suisse, alors qu'aux USA il s'agit à plus de 80% de polices de groupe est à priori défavorable en termes de coûts administratifs.

3.2 Les coûts de fonctionnement des comptes individuels au Royaume-Uni

La particularité du système anglais de retraites est le principe du « contracting out ». Un salarié peut choisir de renoncer au dispositif du SERPS (mais pas au régime de base) et de le remplacer par une affiliation à un régime de pension privé.

Encadré 2 : le système de retraite obligatoire au Royaume-Uni

Le système britannique de retraite obligatoire repose sur deux types de régimes : un dispositif public national qui est lui même à deux étages et des régimes privés qui sont de deux types.

Le système public est géré par l'État, organisé selon le principe de la répartition et financé par des cotisations sociales (une part du *National Insurance Contribution*, qui finance également une partie du NHS et l'assurance chômage). Il comporte deux niveaux. Le premier, le régime de base (*Basic State Retirement Pension*), assure une pension forfaitaire, d'un montant faible (300 £ par mois) à tous les travailleurs à partir de l'âge de 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes. Le second niveau créé en 1978, le SERPS (*State Earnings Related Pension Scheme*), obligatoire uniquement pour les salariés, assure une pension complémentaire qui est liée aux revenus antérieurs (il remplace 20% du salaire moyen calculé sur les 20 meilleures années).

Les régimes de pensions privés sont de deux natures, mais dans les deux cas, la perception du capital est soumise à des critères d'âge et les contributions des salariés et les gains à la sortie sont exemptés d'impôt sur le revenu (dans certaines limites). Les régimes professionnels (*occupational pensions*) sont organisés par les entreprises ou les administrations du secteur public, et concernent la moitié des salariés anglais. Ils sont en majorité à prestations définies, avec sortie en rente

¹⁴ Il est à noter que jusqu'à présent aucune compagnie d'assurance n'a demandé d'agrément pour l'assurance de base alors que la loi permet ce cas de figure, à condition de séparer cette activité non lucrative de ses autres activités. Les 110 caisses agréées sont toutes des organisations à but non lucratif.

(partielle ou totale), mais ne sont pas transférables. Ils permettent un rabais de cotisation au SERPS (1,6 point pour le salarié, 3 points pour l'employeur), si la prestation servie est au moins équivalente à celle du SERPS. Les comptes individuels (*appropriate personal pensions*), introduits en 1986 par le gouvernement Thatcher, sont gérés par des institutions financières privées (surtout des compagnies d'assurance), et sont à cotisations définies avec sortie en rente (partielle ou totale) avec abondement de l'État (croissant avec l'âge) et rabais fiscal. Le quart des salariés a choisi ce système.

Les coûts associés au système de retraites individuelles par capitalisation sont au Royaume-Uni multiples et particulièrement complexes. Dans un article de référence, MURTHI, ORSZAG et ORSZAG (1999) les décomposent en trois éléments :

1) *les coûts d'accumulation* qui comprennent : a) des coûts d'adhésion ou d'ouverture du dossier au moment de la souscription du contrat (parfois jusqu'à 40% de la prime d'ouverture) ; b) des coûts forfaitaires mensuels de l'ordre de 2 à 3£ par mois ; c) des frais sur chaque versement (5 à 10% de la prime) ; d) des frais annuels de gestion sur l'épargne capitalisée (de 0,5 à 1,5% des capitaux investis) ; e) des coûts d'arbitrage à chaque opération de transfert dans le cas d'un contrat multi-supports¹⁵.

2) *les coûts de modification du contrat (alteration cost)*, subdivisés en : a) des coûts de transfert lorsque l'assuré désire changer de fournisseur financier. La préservation de la valeur réelle des droits n'est généralement pas assurée car la possibilité de transfert d'un plan à l'autre pose de nombreux problèmes de mise en œuvre ; b) des frais de rachat occasionnés par le retrait des capitaux avant le terme prévu du contrat (retraite anticipée, chômage). Ils peuvent atteindre 20 à 40% des sommes accumulées sur certains contrats, notamment lorsque les frais de gestion sont précomptés ; c) des frais de réduction lorsque le contrat suit son cours mais qu'il n'est que partiellement ou plus du tout alimenté car le salarié ne peut plus contribuer à la hauteur prévue. Ces coûts, complexes à quantifier car dépendant du nombre de modifications et des âges auxquels elles interviennent, sont pourtant d'une importance majeure. En effet, selon ORSZAG (1999), au cours des années 1990 en raisonnant sur une durée de 4 ans, ce n'est pas moins de 40% des comptes qui ont connu une rupture soit en termes de transfert, soit en termes d'irrégularité de paiements ;

3) *les coûts de sortie en rente viagère*, résultant à la fois de coûts administratifs de gestion des annuités de rente, du chargement de sécurité nécessaire et du phénomène d'antisélection : les personnes qui, pour des raisons d'historique de

¹⁵ A titre de comparaison, les frais sur l'assurance vie en France sont les suivants : a) entre 0 à 50€; b) 0€; c) 2 à 6,5% d) 0,4 à 1% e) 0,5 à 2% (Source : Le Particulier, n°903b, 1997).

santé personnel et familial, anticipent une espérance de vie plus longue que la moyenne sont plus enclines à sortir en rente et à choisir des annuités plus élevées¹⁶.

Afin de mesurer de façon cohérente l'effet cumulatif de ces charges sur la pension finale du travailleur, il est possible de calculer la perte de valeur du compte due à l'ensemble des coûts de gestion calculée sur la totalité des périodes de cotisations. Ce ratio de chargement dépend de l'historique des cotisations du travailleur (durée et progression des salaires), du taux de rendement et de la structure des coûts de gestion. Prenons l'exemple d'une personne cotisant pendant 40 ans sur un contrat d'assurance vie conformément aux hypothèses suivantes : son salaire progresse de façon constante chaque année de 2,5% (sauf *) et donc s'il choisit un taux d'effort constant ses cotisations progressent aussi de 2,5% ; le taux d'intérêt est lui aussi constant de 5%¹⁷ (sauf **). Selon l'importance respective des frais sur les versements et de gestion sur le capital accumulé, les résultats sont les suivants :

Tableau 3 : Simulations de ratios de chargement de l'assurance vie

Progression annuelle des salaires	Taux d'intérêt annuel	Frais sur les versements	Frais de gestion sur le capital	Somme capitalisée sans frais	Somme capitalisée avec frais	Ratio de chargement
2,5%	5%	5%	1%	174	131	25%
2,5%	5%	0%	1%	174	138	22%
2,5%	5%	5%	0%	174	165	5%
3,5%*	5%	5%	1%	205	157	24%
2,5%	3%**	5%	1%	115	89	23%

En appliquant cette méthodologie aux données concernant les compagnies d'assurance gérant les comptes individuels de pension au Royaume-Uni, ORSZAG (1999) évalue la moyenne du ratio de chargement dans un intervalle se situant entre 43% et 58%. C'est donc environ la moitié du capital accumulé (versements + intérêts) qui au moment de la retraite a disparu dans les frais divers prélevés par les assureurs, sous la forme de coûts d'accumulation (environ la moitié du total), de modification des contrats (30%) et de sortie en rente (20%). Ce résultat refléterait plus des coûts de fonctionnement administratifs importants qu'un taux de profit inhabituellement élevé, qui reste inférieur sur ces plans de pension à celui sur d'autres instruments d'épargne ou d'assurance.

¹⁶ En France, le coût de la sortie en rente est en général de 2 à 5% sur le capital selon le type de contrat, auxquels s'ajoutent près de 3% sur les arrérages. De plus, il faudrait aussi prendre en compte le coût de réversibilité de la rente au profit du conjoint ou concubin (5% de prestation en moins chez PREFON avec une réversibilité à hauteur de 60%) afin de pouvoir comparer aux pensions de réversion de la sécurité sociale.

¹⁷ L'espérance de gain en termes réels sur la période 1951-2000 a été en France de 5,5% pour les actions et 4,4% pour les obligations (TANAY, 2002).

Mais comme le souligne DIAMOND (1998), le taux de chargement n'est pas le même selon le montant des différents comptes individuels car les coûts unitaires de tenue de compte sont principalement des coûts fixes, liés à la sauvegarde des données, à la communication avec les gestionnaires des comptes, au recouvrement et au traitement des versements. Il en résulte que les coûts de chargement sont plus élevés pour les personnes à revenus faibles ou instables (voire même écartent les petits comptes par l'application d'un montant minimum)¹⁸. DIAMOND ajoute que dans une logique de bonne répartition des risques, une diversification des placements sur plusieurs fonds est théoriquement optimale, ce qui là encore pénalise les bas revenus¹⁹. De plus, le meilleur choix dépend des caractéristiques de la carrière de chaque travailleur, comme le nombre de fois où il change d'emploi ou le nombre et la durée de ses périodes de chômage. Devant la complexité des critères de choix, il est dès lors possible qu'il entreprenne des investissements à rendement significativement plus faible que le rendement moyen des marchés financiers. Il conclue en soulignant qu'une réglementation de l'information et des barèmes des coûts de gestion est nécessaire, et doit sans doute être complétée par l'instauration d'une subvention publique pour les petits comptes.

La disparité et l'importance des frais sur ces comptes individuels, et le scandale du « misseling »²⁰ ont finalement conduit le gouvernement Blair à créer des fonds communs de pensions (*stakeholders pensions schemes*) en vigueur depuis avril 2002, gérés par des Trustees, dont les frais et les campagnes publicitaires sont rigoureusement encadrés. On trouve là la nécessité d'une sorte de « label de qualité » pour plus de transparence.

4. LES « AVANTAGES PRODUCTIFS » DE L'ASSURANCE SOCIALE

Les résultats quantitatifs précédents peuvent s'expliquer par le processus même de la production du service d'assurance, l'assurance sociale générant des économies en termes de coûts internes de gestion. Mais elle engendre aussi moins de coûts externes pour les assurés, les entreprises et les producteurs de soins.

¹⁸ De même, pour l'assurance vie en France les coûts de gestion sont plus élevés en cas de versements irréguliers, et sont aussi souvent dégressifs (de façon officielle ou négociée au cas par cas) en fonction de la remise investie. De plus les contrats imposent tous un montant minimum par versement (de 30 à 1500€).

¹⁹ Pour les fonds de pensions d'entreprise, les travailleurs à employeurs multiples (au même moment ou successivement) sont défavorisés de façon similaire car cela réduit la taille moyenne des comptes et duplique les coûts fixes.

²⁰ De 1988 à 1993, de nombreux anglais ont été persuadés par des techniques commerciales agressives et des publicités abusives voire mensongères, à quitter le fonds de pension professionnel auquel ils appartenaient, pourtant bien plus favorable, pour un compte individuel. Les gérants de ces comptes individuels ont été condamnés à des remboursements à près de 2,5 millions de personnes pour une somme totale estimée à plus de 15 milliards d'euros.

4.1 Des coûts internes de production plus faibles

Ainsi alors que la « Sécu » est souvent suspectée de manque de productivité par sureffectif, absentéisme, bureaucratie et paperasserie, il semble que globalement elle soit plus économe que le privé. On pourrait éventuellement l'expliquer par un équipement moins coûteux (pas de siège social « tapageur »), ou des salaires moins élevés, mais plus fondamentalement, les organismes de Sécurité sociale disposent de trois avantages productifs par rapport au privé²¹, que nous présentons ci-dessous par ordre d'importance croissante (BICHOT, 1992 ; CAIRE, 2002).

Tout d'abord, ces organismes bénéficient d'un chargement de sécurité plus faible du fait de leur grand nombre d'adhérents. Ainsi pour une probabilité de sinistre²² de 1% (maladie particulière, ou année de vie supplémentaire par rapport à l'espérance de vie pour l'assurance vieillesse) et un risque de perte accepté de 5%, il faut ajouter à la prime pure un chargement de sécurité de 16,4% pour 10 000 assurés (plus du tiers des assureurs maladie en Suisse n'atteignait pas cette taille²³), de 5,2% pour 100 000 (taille moyenne des caisses chirurgicales en France), de 1,6% pour un million (nombre de retraités de l'ORGANIC), de 0,5% pour 10 millions (ARRCO) et de 0,2% pour 50 millions d'assurés (population couverte par la CNAMTS). Certes les compagnies d'assurance peuvent résoudre ce problème par la pratique de la réassurance, mais celle-ci rajoute un intermédiaire qui lui aussi prélèvera des frais de gestion et une marge supplémentaire.

Ensuite, l'absence de concurrence permet de supprimer tous les frais de prospection commerciale et de marketing. Outre les frais publicitaires, leur montant peuvent être très variables selon le réseau de distribution de la société (guichets d'établissements financiers, agents d'assurance, courtiers, salariés bénéficiant de rémunération proportionnelle ou non). Dans tous les cas, le versement de commissions aux apporteurs de contrats représente un poste important des charges d'exploitation des sociétés d'assurance. Ces diverses commissions sont ainsi estimées représenter plus du tiers des coûts de fonctionnement total des fonds de pension américains (JAMES *et alii*, 2001).

Enfin, la gestion est simplifiée pour trois raisons. En premier lieu, le « contrat » vis-à-vis de l'assuré social est unique : le calcul de la cotisation est uniforme et les prestations sont identiques, alors que le privé gère des frais d'établissement de contrat au coup par coup. En deuxième lieu, les frais engagés pour lutter contre l'antisélection (par exemple les examens

²¹ Outre le fait important qu'il s'agit d'institutions sans but lucratif qui ne sont pas soumises à la contrainte du profit, taux de profit nécessairement répercuté sur le montant des primes. Ainsi l'objectif affiché de taux de rentabilité des fonds propres était chez Axa en 2001 de 12%.

²² La variable aléatoire du nombre de sinistres suivant une loi de Gauss.

²³ Chaque assureur maladie est tenu de constituer des réserves afin d'amortir les fluctuations de coûts et du nombre d'assurés d'une année sur l'autre. Le montant minimum des réserves correspond à 15% des primes à percevoir pour un assureur maladie important (+250 000 assurés ; moins de 10% des caisses atteignent cette taille), le pourcentage est plus élevé pour un assureur ayant moins d'assurés. Le niveau des réserves exigées est aujourd'hui l'objet de nombreux débats.

médicaux des futurs clients en santé et en assurance viagère) n'ont plus lieu d'être. En troisième lieu, le recouvrement des contributions s'opère sur les employeurs, ce qui nécessite moins d'ordres de paiement et engendre plus de régularité dans les paiements. Comme le note BICHOT (1992), on a là l'application au domaine de l'assurance du principe de standardisation taylorien de la célèbre Ford T : « le client peut choisir n'importe quelle couleur pourvu qu'elle soit noire ».

En d'autres termes, si l'assurance sociale génère certains inconvénients en termes de restriction à la liberté individuelle, en imposant notamment à certains une couverture excessive par rapport à leurs besoins, et éventuellement en moindres gains de productivité du fait de l'absence de pression concurrentielle (ce qui reste à prouver), cela est largement compensé par les économies de fonctionnement qui résultent de sa position de monopole et de la simplification des procédures. Ce constat est également valable pour l'assurance privée. Les expériences américaine des HMO et des caisses d'assurance maladie en Suisse montrent clairement que les assureurs ont eu recours à une concentration horizontale afin d'éviter la duplication de coûts fixes²⁴. De même, les coûts annuels de gestion administrative des fonds de pension aux États-Unis dépendent très fortement du nombre de comptes et du volume global des actifs gérés (1,54% des actifs détenus pour les fonds gérant moins de 10 millions de dollars d'actifs et 0,96% pour ceux gérant plus de 1 milliard), et de la diversité des contrats gérés : 1,5% pour les fonds de pension à gestion active (choix largement ouvert d'options et d'arbitrages pour l'assuré) et 0,32% pour ceux à gestion passive (fonds indexés) (JAMES et *alii*, 2001).

4.2 Des coûts externes moindres pour les « usagers » et les autorités de régulation

La sécurité sociale est souvent critiquée pour la complexité des règles applicables, qui génèreraient des pertes de temps et d'argent considérables pour les « usagers », entendus au sens large, c'est-à-dire les assurés, les entreprises et les professionnels de santé. Ces coûts de transaction externes à l'organisme d'assurance sociale semblent pourtant à priori plutôt faibles par rapport à ceux existant dans un système d'assurance décentralisé, tant pour les « usagers » que pour les autorités publiques de régulation :

Tableau 4 : Coûts externes de l'assurance privée

Entreprises	Assurés	Régulateur
- négociation avec les salariés sur l'arbitrage salaire/protection assurantielle	- recherche d'informations sur le rapport qualité-prix	- mise en place d'un encadrement légal et définition de l'étendue de la couverture
- choix de l'assureur et gestion	- moindre mobilité	

²⁴ Ce qui conduit dans certains états américains à un oligopole de quelques compagnies géantes qui menace à son tour le principe même de la concurrence (BOCOGNANO et *alii*, 1999).

interne du contrat (traitement des dossiers et des règlements) - coût d'évitement des salariés à risque santé élevé	professionnelle - prix de la « peur » de perdre leur assurance (opérations frauduleuses et faillites pour la vieillesse, risque de devenir un mauvais risque pour la santé)	- agrément, tutelle et contrôle des règles prudentielles - pour la santé : contrôle de la qualité des soins, et éventuellement organisation de la capitation et de la compensation des risques afin d'éviter la discrimination - garantir la transparence de l'information du public
--	--	--

Cet élargissement nécessaire de la perspective aux coûts externes de l'assurance bute cependant sur des difficultés de quantification provenant de la valorisation monétaire du temps consacré à l'acquisition d'information et à la négociation des contrats – sans parler du « salaire de la peur » - ou de la distinction de ces coûts spécifiques au sein des charges générales des entreprises. Néanmoins, deux articles d'HIMMELSTEIN et WOOLHANDLER (1986 et 1991), constituent une bonne illustration de quantification des coûts externes de l'assurance privée pour les professionnels de santé. Pour eux, la gestion administrative est bien plus coûteuse dans un système d'assurance de marché de type américain que dans un système centralisé de type canadien :

Tableau 5 : **comparaison des frais administratifs des assureurs et des professionnels de santé aux États-Unis et au Canada**

	en % du chiffre d'affaires (article de 1986)		par habitant (article de 1991)	
	États-Unis	Canada	États-Unis	Canada
Frais administratifs				
Assurances	10%	2,5%	106\$	17\$
Médecins	45%	36%	106\$	41\$
Hôpitaux	18%	8%	162\$	50\$
Maternités	15%	10%	26\$	9\$
Total	21,7%	13,7%	400\$	117\$

A titre d'exemple, ils estiment ainsi que le temps consacré (par le médecin et son secrétariat médical) à la facturation d'une consultation était de 6 minutes aux USA et de moins de 30 secondes au Canada, grâce à la standardisation des feuilles de remboursement.

5. CONCLUSION

Il est vrai que la simple appréciation des coûts de gestion en pourcentage du budget ou par tête est trompeuse, et que ces coûts sont trop couramment et trop facilement attribués à du gaspillage bureaucratique ou aux marges indues d'une pléthore d'intermédiaires. Or ce qui compte au final pour l'assuré c'est l'efficacité en termes d'allocation optimale des ressources et donc la qualité de la protection : taux net de rendement et degré de risque pour les retraites, « rapport qualité-prix » pour la santé.

Pour les libéraux, la concurrence en matière d'assurance fournit les incitations appropriées à une gestion plus performante et provoque une émulation qui accroît la qualité et la diversité des services proposés à la clientèle, effets positifs qui font plus que compenser l'augmentation des coûts de gestion et de commercialisation. Inversement pour les défenseurs d'une protection sociale beveridgienne unifiée, uniforme et universelle, l'inefficacité en termes de protection des risques et la « mauvaise grasse » se situent plutôt du côté des assurances privées.

Dresser un bilan complet « coûts/avantages » du « tout marché » et du « tout État » - qui de plus intégrerait les conséquences macroéconomiques des deux systèmes en termes de croissance, de marché du travail et d'épargne - dépasserait largement l'objet de cet article. Plus modestement, notre étude nous conduit à deux conclusions en matière d'analyse de la protection sociale :

1) la non-prise en compte de l'ensemble des coûts de fonctionnement peut conduire à de grossières sur-estimations des avantages économiques de l'assurance de marché. Concernant la santé, la concurrence entre assureurs provoque une complexification du processus d'assurance et une certaine « externalisation » des coûts de gestion vers les usagers et les autorités de régulation. Concernant la comparaison de la rentabilité pour l'individu des retraites par capitalisation et par répartition, l'assimilation très souvent effectuée entre rendements moyens des marchés obligataire et d'actions et rendement des fonds de pension néglige totalement l'inflation des coûts de commercialisation et de publicité et les frais supportés par l'assuré résultant de la concurrence et des diverses commissions financières.

2) l'existence d'un « contrat unique » de services, en termes de risques couverts, de prix, de limitation des options et de garantie viagère, combiné à une obligation d'assurance (pour lutter contre la myopie économique, l'antisélection et l'écrémage) est source d'efficacité économique (par économies d'échelle) et constitue une condition indispensable d'équité sociale, en termes d'information et de qualité de la couverture du risque.

BIBLIOGRAPHIE

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

- BOCOGNANO et alii (1999) "Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères", in *Rapport du Conseil d'analyse économique* n°13
- CAIRE G. (2002), *Économie de la protection sociale*, Paris, Bréal
- COLOMBO F. (2001), "Towards more choice in social protection ? Individual choice of insurer in basic mandatory health insurance in Switzerland", *OCDE Labour market and social policy occasional papers*, n°53.
- DE CASSON B., RAVOUX V.(1992) *Vive la sécu !*, Paris, CNAMTS
- DIAMOND P. (1998) "L'économie publique de la réforme du régime public de retraites aux États-Unis, in *Rapport du Conseil d'analyse économique* n°7
- DREES (1999), "Les comptes de la protection sociale 1995-1998", *Dossiers Solidarité et Santé* n°4
- FFSA (2001), *L'assurance française en 2000*, Paris, FFSA
- HIMMELSTEIN, D.U., WOOLHANDLER, S. (1986) "Cost Without Benefit: Administrative Waste in U.S. Health Care", *New England Journal of Medicine*, February 13, n°314
- HIMMELSTEIN, D.U., WOOLHANDLER, S. (1991) "The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System", *New England Journal of Medicine*, May 2, n°324
- JAMES E., SMALHOUT J., VITTAS D. (2001) "Administrative Costs and the Organization of Individual Account Systems: A Comparative Perspective", *World Bank-Country Economics Department, Working paper*
- LE DOUIT J. (1997) "La comptabilité des entreprises d'Assurances", in EWALD F. et LORENZI J.-H. (éd.), *Encyclopédie de l'assurance*, Paris, Economica
- MURTHI M., ORSZAG J.M., ORSZAG P.R. (1999) "The charge ratio on individual accounts : lessons from the U.K. experience", *Birkbeck College Working Paper 99-2* (University of London)
- ORSZAG P.R. (1999) "Administrative costs in individual accounts in the United Kingdom", *Center on Budget and Policy Priorities, Working paper*.
- PHELPS C. (1992, traduction 1995), *Les fondements de l'économie de la santé*, Publi-Union
- ROUSSEL P. (2002) "L'activité des groupements mutualistes : un panorama en 1999", *Études et Résultats*, DREES, n°154.
- TANAY A.(2002) "Les actions plus rémunératrices que les obligations et l'or au XXe siècle", *INSEE Première*, n° 827.

Article paru dans Dupuis J.-M. (ed.), **Politiques sociales et croissance économique, tome 1, L'Harmattan, 2002**