



SES, Spé de Terminale

Travail obligatoire pour les élèves qui ont choisi la Spé SES

Chapitre 11 de Première

L'assurance et la protection sociale dans nos sociétés modernes.

I. S'assurer contre une inégale exposition aux risques

I 1. Les risques sociaux

Les risques sociaux sont des événements qui sont susceptibles de toucher tout le monde et qui provoquent une diminution du niveau de vie de l'individu ou du ménage, parce que ses dépenses augmentent (maladie, accident, maternité...) ou que ses ressources diminuent (retraite, chômage).

La couverture de ces risques ainsi que l'inégale exposition à ces risques légitiment l'intervention de l'état, et donc leur prise en charge par la collectivité.

On parle alors d'état-providence ou d'état-social.

L'état-social désigne donc, au sens large, l'ensemble des interventions économiques et sociales de l'état, et dans un sens plus restreint, uniquement l'intervention de l'état dans le domaine du social, particulièrement à travers le système de protection social.

I 2. Un long processus historique

Le besoin de se protéger du risque est ancien. Cette protection était autrefois confiée à la charité et à la solidarité familiale (avoir beaucoup d'enfants était la meilleure garantie pour ses vieux jours).

Les organisations religieuses ont "équipé" le territoire Européen d'hospices et d'hôpitaux.

Mais jusqu'à la révolution Française, la gestion du risque social était aléatoire et de faible qualité. La réponse était de nature charitable et d'assistance (rien de systématique).

La révolution Française va interdire les associations (ouvrières notamment) et le corporatisme (loi Le Chapelier 1791).

(une corporation : Sous l'Ancien Régime, organisme social qui groupait tous les membres d'une profession, de la base au sommet ; corps de métiers.

Ensemble de personnes exerçant la même profession : ex. La corporation des médecins.)

C'est désormais aux pouvoirs publics de gérer les risques sociaux. Le principe de solidarité sociale est créé dans la déclaration des droits de l'homme de 1793. Il ne sera appliqué qu'un siècle plus tard, en Allemagne d'abord, avec le premier chancelier, Otto Von Bismarck, dans les années 1880.

Les premières formes de protection sociales sont alors des créations ouvrières.

Face à la prise de conscience des risques (maladie, accidents du travail, vieillesse), les sociétés de secours mutuel vont apparaître.

À la veille de la révolution de 1830, ces sociétés se multiplient et constituent un point d'appui pour les actions de grève et de solidarité.

La III^{ème} République marque le début de l'ère du social et la justification de l'intervention de l'état du fait que la division du travail accroît la dépendance de chacun envers tous.

Ce sera la reconnaissance de l'assurance comme technique de réparation des risques et moyen de solidarité.

La loi du 8 avril 1898, assurant la protection des salariés de l'industrie contre les accidents de travail, est la première loi visant à mutualiser les coûts liés à un risque.

(La mutualisation : Action de mutualiser, répartir solidairement parmi les membres d'un groupe ou de mettre en commun).

Elle oblige les employeurs à prendre en charge le risque lié aux accidents du travail en s'assurant.





Le salarié bénéficie alors , d'une protection et les dommages sont payés directement par l'employeur ou par des caisses.

La législation sur la protection sociale va être un long parcours chaotique.

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 sont considérées comme les actes fondateurs de notre Sécurité Sociale.

I 3. Des risques inégaux

Les risques couverts par la collectivité sont la maladie, l'accident, la perte d'emplois, la vieillesse et la maternité.

Le rapport à la santé demeure très inégalement réparti.

Il dépend des expositions différenciées aux maladies :

- . des conditions de travail potentiellement dangereuses (dangerosité des métiers, accidents de travail, exposition à des facteurs pathogènes, stress...).
- . des comportements individuels à risques (drogues, tabac, alcool, conduite dangereuse, rapports non protégés, addictions aux jeux vidéos, fugues, obésité ...).
- . des conditions matérielle de vie (qualité de l'alimentation, du logement, nuisances, pollution, accès aux soins...).
- . des représentations différente (culture) concernant la nécessité de se faire soigner de manière préventive ou curative.

L'aversion au risque varie d'une personne à l'autre ou selon l'âge.

L'aversion au risque est un comportement qui pousse un individu à hésiter, voire à ne pas supporter la pression induite par la prise de risques.

Il s'agit d'une notion subjective qui diffère selon les personnes. C'est donc avant tout un comportement psychologique face aux risques. Ce comportement étant bien souvent le fruit de notre passé et particulièrement de notre enfance, de la façon dont nous avons été éduqués.

Elle correspond à une préférence de l'individu pour ce qui est sûr et se manifeste par une volonté de ne pas prendre de risque, même si cela peut présenter des avantages.

L'attitude à l'égard du risque est fondamentale dans la prise de décision mais la perception du risque peut être en décalage avec le risque réel.

Elle diffère donc d'un individu à l'autre selon le type de risque, mais dépend aussi de l'information disponible.

I 4. Les arbitrages individuels selon l'aversion au risque

Face à l'éventualité d'un risque l'individu peut adopter plusieurs attitudes :

- Prévenir le risque : . Les moyens de prévention sont connus, ils permettent alors de réduire le risque ou le cout du risque.

. Procéder à des recherches pour trouver de nouveaux moyens de prévention ou de gestion du risque.

- Assumer le risque : . Attendre d'être confronté au risque et y faire face (assumer le cout).

. Faire dévier le cout vers un tiers (gratuité des secours assumée par la collectivité).

. S'assurer (cotiser pour se couvrir partiellement ou totalement contre le risque selon le contrat choisi).

II. Les modalités de gestion collective des risques par les assurances et ses effets

II 1. Trois grands principes

La gestion collective de risques répond à trois principes :

. La prévention : elle consiste à sensibiliser les individus face aux risques individuels qu'ils peuvent prendre et qui peuvent présenter un cout pour la collectivité (campagnes de prévention).





Il s'agit de responsabiliser les individus à avoir des conduites moins risquées, cela représenterait un bénéfice pour la collectivité (réduire les dépenses)..

. La mutualisation : cela signifie répartir les dépenses engendrées par la réalisation d'un risque individuel entre un grand nombre d'assurés.

Les contributions de chacun ajoutées à celles des autres servent à régler les risques auxquels certains seulement seront exposés à un moment ou à un âge donné.

L'activité d'assurance trouve son origine dans la volonté des agents économiques (les individus et les entreprises) de se protéger contre les aléas de l'existence, qu'il s'agisse de dommages aux biens (automobiles, habitations, matériels professionnels...) ou aux personnes (santé, invalidité, décès...), que ceux-ci aient été causés involontairement à autrui (responsabilité civile) ou à soi-même.

Certaines assurances sont obligatoires, comme l'assurance automobile pour les dommages causés aux tiers. De nombreuses assurances sont facultatives (assurance complémentaire santé qui couvre les frais médicaux au-delà du remboursement par la sécurité sociale, assurance-vie ...).

L'assurance permet le partage des risques entre une multitude de personnes, chaque assuré ayant un droit à recevoir une indemnité en fonction de la nature et l'importance des dommages subis en cas de sinistre ou d'accident, en contrepartie du paiement d'une cotisation appelée prime d'assurance.

Le plus souvent, la prime est payée au début d'une certaine période (en général une année) et l'ensemble des primes collectées par l'assureur doit lui permettre de couvrir les indemnités que celui-ci aura à régler pendant la période en question.

Le client paie ici le prix (la prime) avant de recevoir la prestation (l'indemnité) en cas de sinistre.

L'activité d'assurance repose donc sur la mutualisation des risques, les primes payées par tous les assurés finançant les indemnités versées à ceux qui subissent des sinistres. (Mutualiser tous les produits d'assurance permet de partager plus de cotisations et ainsi de garantir de meilleurs remboursements aux assurés).

Dans certains domaines on peut observer une certaine individualisation des risques. Le principe est bien connu par les automobilistes : plus un conducteur est vertueux, plus le tarif de son assurance est allégé. C'est ce qu'on appelle la clause de bonus-malus.

Mais ce principe est difficilement (moralement) applicable dans d'autres domaines comme la santé notamment (par exemple : je mange gras, donc je grossis, donc je prends des risques pour ma santé...donc je paye davantage !).

. La diversification : la diversification du risque correspond à la nécessité de ne pas regrouper les risques qui ont des chances de se réaliser en même temps et au même endroit.

Par exemple, si une entreprise (assurance) assure contre la grêle tous les exploitants agricoles d'une même région, le moindre orage de grêle peut entraîner des conséquences catastrophiques pour l'assureur. Il a donc intérêt à diversifier les profils des assurés et les types de risques.

II 2. Des effets positifs

La gestion collective des risques génère des effets positifs pour la population : elle est un facteur d'amélioration de la santé et du bien-être des populations et en cela de la productivité. Elle permet également d'améliorer le niveau de vie des individus et ainsi de contribuer à la croissance économique.

On parle de dépense socialisée pour caractériser la dépense financée par les administrations publiques ou les institutions sans but lucratif au service des ménages. 18 pour cent des dépenses de consommation sont ainsi prises en charge par la collectivité. Elles comprennent les dépenses de santé de l'assurance-maladie, les aides au logement, le coût de la scolarité ...

II 3. Les limites : les asymétries d'information

La gestion collective des risques se heurte, cependant, à des limites propres à la logique d'assurance.

- L'aléa moral.





Il y a un risque d'aléa moral lorsque l'assureur ne peut vérifier les efforts de prévention des risques de santé de l'assuré, celui-ci pouvant prendre des risques supplémentaires car il se sait assuré.

C'est donc une situation où un individu peut adopter un comportement risqué, sachant que le coût du risque supplémentaire qu'il prend sera pris en charge par la collectivité (ici l'assurance).

L'aléa moral désigne alors la modification du comportement des agents une fois qu'un contrat (comme une assurance) est signé, ce qui n'était pas prévisible ou très difficile à évaluer pour l'assureur.

La prise en charge collective des risques de santé par les assurances se heurte donc à des problèmes d'aléa moral.

Le principe de l'aléa moral correspond à la difficulté à responsabiliser les assurés sociaux.

Les individus peuvent :

- . Avoir des conduites à risque ou peu préventives (dépistages, vaccins...) car ils ne paient pas l'intégralité du coût de leur comportement.
- . Surconsommer des soins (multiplication des consultations)
- . Subir une sur-prescription de soins de la part du corps médical

Des moyens de limiter cet aléa moral existent :

- . Augmenter le "ticket modérateur" (ce qui reste à charge pour l'assuré) et les remboursements (certains médicaments ne sont pas ou plus remboursés, par exemple) pour faire payer le patient.
- . Sensibiliser par des campagnes pour limiter la surconsommation des médicaments et des prises de risques (comportements à risques)..

- La sélection adverse ou antisélection.

La sélection adverse est une conséquence d'un manque d'information sur un produit à acheter ou sur une personne à assurer par un assureur.

Cette asymétrie d'information va conduire à mal sélectionner et mal évaluer le produit ou le comportement d'une personne, et donc à commettre une erreur d'appréciation lors d'un contrat.

Pour une assurance, cela s'explique par la difficulté à évaluer les risques (santé...) spécifiques des différents clients.

Les individus ayant des probabilités différentes de tomber malade, le coût de l'assurance n'est alors qu'un coût moyen qui ne permet pas de distinguer les "bons" des "mauvais" assurés.

A ce prix les agents ayant le plus faible risque de tomber malade, peuvent renoncer à s'assurer (trop cher), alors que les individus « plus à risques » vont s'assurer. L'assurance, malgré elle, sélectionne les assurés qui vont lui coûter plus cher.

Les moyens de limiter ce phénomène :

- . Améliorer l'information dont dispose l'assurance sur les individus.
- . Mettre en place des systèmes de bonus/malus selon les comportements (assurance automobile par exemple, difficile pour la santé - voir plus haut-).
- . Généraliser la sécurité sociale identique et obligatoire pour tous : le phénomène de sélection adverse disparaît lorsque l'assurance est publique et universelle.

III. Les logiques de la prise en charge par la protection sociale.

III 1. Diverses institutions.

La prise en charge des risques sociaux est assurée par diverses institutions publiques et privées : les pouvoirs publics, les mutuelles, les compagnies d'assurance, la famille.





Les individus sont protégés socialement par une combinaison d'actions de la famille (entraide familiale) , du marché (assurances privées...) et de l'état (la protection sociale).

Ces acteurs se complètent et la protection sociale est historiquement venue suppléer aux insuffisances de la famille et du marché

III 2. La protection sociale.

La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences des "risques sociaux".

Les risques sociaux : Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, en provoquant une baisse de ressources ou une hausse de ses dépenses.

La protection sociale comprend alors, l'ensemble des dispositifs mis en œuvre pour assurer et aider les individus face aux risques majeurs de l'existence (chômage, maladie, vieillesse, famille, handicap...).

III 3. Les logiques de la protection sociale.

La protection sociale repose sur 2 logiques principales :

- Une logique d'assurance sociale, lorsque l'objectif est de compenser un risque de perte de revenus (chômage, maladie, vieillesse, accident de travail...).

Les prestations sociales "contributives" sont financées par des cotisations (comme dans une assurance privée), et sont donc réservées uniquement à ceux qui cotisent (et leurs ayants-droit) , et leur montant peut être proportionnel aux versements effectués par l'assuré (allocations retraites, allocation chômage...) ou pas (remboursement de médicaments...).

Les cotisations sociales sont "assises" sur la masse salariale et comprennent une partie dite "salariale" (différence entre le salaire brut et le salaire net) et une partie dite "patronale" (payée par l'employeur).

Aujourd'hui on doit y rajouter certains impôts et taxes : ceux ci affectés à la sécurité sociale sont la CSG (contribution sociale généralisée créée en 1991) et la CRDS (contribution pour le remboursement de la dette sociale créée en 1996).

La protection sociale repose, donc ici, sur des prestations sociales, versées directement aux ménages en espèces (pensions de retraite...) ou en nature (remboursement de soins de santé...). Elle fournit aussi des services à prix réduit ou gratuitement (crèches, hôpitaux...).

La sécurité sociale joue un rôle majeur dans la protection sociale, mais elle ne représente pas la totalité de celle ci (des mutuelles et assurances privées jouent aussi un rôle dans cette fonction de protection).

- Une logique d'assistance

La protection sociale peut aussi viser une certaine réduction des inégalités, en adoptant les principes d'assistance et de solidarité entre les contribuables.

Elle permet une redistribution des revenus.

Les prestations sont alors versées sous condition de ressources, mais sans obligation préalable de cotisation (exemple : RSA - revenu de solidarité active).

L'assistance est un système de protection contre les risques sociaux financé par la collectivité (impôts) et destiné à tout individu qui remplit les critères de ressources.

Elle aboutit à une réduction des inégalités.





Donc :

Le système de redistribution :

. Logique d'assurance (redistribution horizontale, dite "Bismarckienne" car "inventée" par le chancelier Otto von Bismarck (1815-1898) en Allemagne).

Système de protection contre les risques sociaux concernant les individus qui ont versés des cotisations prélevées sur leur salaire, et qui ouvre des droits pour le cotisant et sa famille (ayants-droit).

Un système financé par des cotisations versées par les salariés et les entreprises.

. Logique d'assistance (redistribution verticale, dite "Beveridgienne" car "inventée" par William Henry Beveridge (1879 - 1963) économiste et homme politique britannique).

Revenus versés par la collectivité (pouvoirs publics) à tout individus sans contrepartie pour le protéger des risques sociaux, en fonction de ses besoins et/ou de ses ressources financières.

Système financé par les impôts et taxes (impôts indirects).

Le système Français de protection sociale est un système hybride qui mêle les logiques d'assistance et d'assurance. (Horizontalité et verticalité).

III 4. Une fiscalisation croissante.

En France, coexistent donc, ces deux logiques.

Depuis les années 1990, on assiste à une fiscalisation de la protection sociale, dont une part croissante des ressources provient d'impôts et de taxes (fiscalité), notamment la CSG.

On parle aussi de "budgétisation" car la fiscalité entre dans le budget de l'état.

La fiscalisation de la sécurité sociale, correspond au financement des ressources de la protection sociale par des impôts et taxes, afin de compléter les ressources liées aux cotisations sociales et assurant le fonctionnement du système assurantiel (les cotisants et leurs ayants-droits sont protégés en contrepartie de leur contribution).

De plus, la montée du chômage, de la précarité et de l'exclusion a conduit les pouvoirs publics à distribuer des minima sociaux aux citoyens qui en ont besoin selon une logique de solidarité (la collectivité contribue au financement des prestations sociales versées aux plus démunis).

Le système de protection sociale a donc, profondément évolué au cours des dernières décennies, tant en recettes qu'en dépenses :

Du côté des recettes, celles-ci se sont progressivement diversifiées du fait d'une volonté de mettre à contribution d'autres revenus que les revenus d'activités (salaires) avec la CSG (contribution sociale généralisée) et la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale).

Ces évolutions ont modifié la structure du financement de la protection sociale : les cotisations sociales demeurent la principale source de financement mais leur poids a nettement diminué, notamment du fait de la montée en puissance des impôts et taxes finançant les régimes de protection sociale.

Au niveau des dépenses, les évolutions propres à chaque risque ont été très importantes : on note , notamment le renforcement des dépenses de solidarité (pauvreté, exclusion...).

Le système, initialement "Bismarckien", a évolué de plus en plus vers un modèle "Beveridgien".

III 5. Trois modèles de l'état providence dans les pays occidentaux.

- Le modèle libéral (ou d'assistance) (Beveridgien, vertical).





Le but : lutter contre la pauvreté

Qui est couvert ? Seulement les plus démunis.

Sources des droits sociaux : La pauvreté, des revenus insuffisants

Principes : Assistance pour les plus pauvres, filet social minimal (urgence).

Logique des prestations : Sélectives, faibles et sous condition de ressources.

Financement : par l'impôt.

Dans quel pays ? Etats-Unis, Royaume-Uni, Japon

- Le modèle Assuranciel (continental) (Bismarckien, horizontal).

But : Protéger les assurés des risques sociaux.

Qui est couvert ? Les cotisants (et leurs ayants-droits).

Sources des droits sociaux : L'emploi, le statut de salarié (et donc de cotisant).

Principes : Assurance sociale, redistribution horizontale.

Logique des prestations : Proportionnelles au revenu et à la contribution.

Financement : Par les cotisations salariales et patronales.

Dans quel pays ? L'Allemagne, la Belgique, la France (système devenu hybride).

- Le modèle social-démocrate (universaliste) (Beveridgien, vertical).

But : Réduire les inégalités et maintenir la cohésion sociale

Qui est couvert ? Tous les citoyens.

Source des droits sociaux : La citoyenneté.

Principes : Redistribution verticale.

Logique des prestations : Universelles, élevées et services gratuits étendus.

Financement : Par l'impôt.

Dans quel pays ? Pays Scandinaves.

III 6. La complémentarité entre les acteurs publics et privés.

Divers acteurs participent à la protection des risques sociaux :

. La famille par la solidarité entre génération, par les soins apportés aux proches.

. L'état-social (état providence) à travers la Sécurité Sociale.

. Les mutuelles qui sont à but non-lucratif et qui offrent à leurs membres une couverture de certains risques sociaux (maladie, retraite.).

Cette couverture repose sur le principe de l'assurance et permet à ses adhérents de recevoir des prestations "contributives"(il faut avoir cotisé pour en bénéficier).

Elles remboursent une partie des dépenses liées à un risque social (frais médicaux non pris en charge par la Sécurité Sociale, complément retraite...).

. Les assurances privées qui prennent aussi en charge des risques sociaux mais qui sont à but lucratif.

Trois compléments (pour les élèves qui veulent "aller" un peu plus loin).

Annexe # 1

Les solidarités familiales suppléent aux solidarités collectives.

Le modèle social Français mise sur une forte activation des solidarités familiales et sociale, entre les générations.

Elle institutionnalise un double circuit intergénérationnel :





. Ascendant au niveau social, par le jeu des retraites qui lie les générations actives aux génération retraitées (les actifs d'aujourd'hui financent par leurs cotisations sociales les retraites des retraités d'aujourd'hui).

. Descendant, au niveau familial : solidarité familiale dans la protection des jeunes (cohabitation prolongée, aides financière et morale...)

Mais les solidarités familiales, bien qu'effectives, ne compensent pas totalement certaines difficultés rencontrées à certaines périodes de la vie et cela entraîne de nouvelles inégalités.

Annexe # 2

La notion de risque pour comprendre une campagne de prévention contre le tabac.

Dans les années d'après-guerre, pour inciter les femmes à fumer, les publicités de l'industrie du tabac mettaient en scène, une cigarette à la main, des actrices très glamour, souriantes, impeccablement maquillées et coiffées.

Cinquante ans plus tard, l'American Cancer Society utilise prend ces icônes à l'inverse.

Il s'agit désormais, en jouant sur l'image du corps et l'attention portée au regard d'autrui, de détourner les gens du tabac en leur montrant un fumeur repoussant.

La prévention des conduites à risque en général, et en particulier des conduites à risque juvéniles, constitue une entreprise morale : elle promeut le culte de la santé et porte la marque de la culture du risque, elle s'apparente à une panique morale (cela désigne le fait qu'un événement ou un fait peut être brusquement défini comme une menace pour la société, ses valeurs, ses intérêts).

La promotion des conduites saines implique nécessairement la disqualification de celles qui ne le sont pas : si la prévention consiste en principe à informer, conseiller, encourager les personnes qui n'ont pas de "bons" comportements de santé, elle finit toujours par les "montrer du doigt".

Les conduites à risque sont alors, désignées à l'opprobre et présentées comme un signe d'une infériorité morale.

Annexe # 3

Le mécanisme de l'assurance et les limites de la mutualisation.

L'activité d'assurance repose par nature sur une certaine mutualisation (mise en commun) des risques, c'est à dire le partage des risques entre différentes personnes, chaque assurés ayant droit à recevoir, en contrepartie du paiement d'une cotisation, une indemnité en fonction de la nature des préjudices qu'il subit.

Cette forme de mutualisation des risques établie par une assurance privée n'a pas toujours un caractère solidaire.

Elle conduit en effet, dans les faits, les assureurs à segmenter leur population d'assurés en "classes d'assurés" avec des profils et des risques différents, chaque classe faisant l'objet d'un tarif (cotisation) différencié.

De plus en présence d'asymétries d'information entre assurés et assureurs (le comportement de l'assuré face au risque n'est pas connu à priori par l'assureur), les sociétés d'assurance peuvent (en l'absence d'une régulation, d'un contrôle de l'état visant à favoriser une couverture de toute la population et qui soit financièrement accessible pour tous), tenter de se prémunir contre les mauvais risques :

. par un recueil direct d'informations auprès de l'assuré (par exemple par un questionnaire médical en matière d'assurance santé)

. par des techniques de sélection indirectes : exclusions de certains assurés, limites de garanties pour certains, options tarifaires (des paiement différenciés).

La notion de solidarité implique, donc, en principe que les couvertures fournies par les assurances privées soient encadrés, régulées par l'état, de façon à éviter l'exclusion de certains assurés ou une augmentation des cotisations trop importante pour d'autres une segmentation des risques qui se rapprocherait trop d'une tarification fondée sur l'appréciation des risques individuels).

