

Les travaux de l'Enass

Ecole nationale d'assurances

L'assurance dépendance,
produit universel :
ambition ou fantasme ?

Géraldine VIAL



INTRODUCTION

Ce n'est un mystère pour personne que le vieillissement de la population aura de plus en plus de conséquences sur l'organisation de nos sociétés occidentales, bouleversant les principes de solidarité intergénérationnelle qui prévalent depuis plusieurs décennies. Il n'est pas rare aujourd'hui de voir cohabiter 4 ou 5 générations ou sein d'une même famille, et bon nombre d'adultes doivent faire le grand écart entre la crèche et la maison de retraite.

Si les incertitudes entourant l'avenir de notre système de retraite sont en général bien connues du grand public, un voile pudique entoure la perte d'autonomie des personnes âgées et ses nombreuses conséquences. Pourtant, le coût de la dépendance – 35.000 euros par an et par personne dépendante, et plus de 19 milliards d'euros pour la collectivité – est bel et bien une menace, pour le budget des familles comme pour les finances publiques.

Face au risque de perte d'autonomie – car il s'agit bien d'un risque, et non d'une fatalité ou même d'une période de la vie – la réponse reste largement le déni. Dans l'échelle des craintes intimes, la dépendance dépasse la mort et avoisine probablement la folie. Difficile de se protéger, donc, contre ce qu'il est insupportable d'anticiper.

Pourtant, des solutions assurantielles existent. Elles ne sont pas spécialement récentes, puisque le premier contrat de prévoyance dépendance date de 1985. Trois millions de personnes, soit 5% de la population française, seraient aujourd'hui couvertes – mais pas nécessairement bien couvertes – contre le risque de dépendance. Ces produits de prévoyance ont beau être à la fois assez simples à comprendre par l'assuré et robustes techniquement pour l'assureur, le marché peine à décoller, et les organismes qui les diffusent sont confrontés à un vrai problème de rétention de la clientèle. Car il n'est pas tout d'inciter à la souscription, encore faut-il parvenir à fidéliser les assurés sur plus d'une vingtaine d'années.

La réforme du « Cinquième Risque », plusieurs fois décalée et désormais promise pour le premier semestre 2010, a l'ambition de prendre le sujet de la dépendance à bras le corps. Ce qui passera nécessairement par un accroissement du rôle joué par les assureurs, puisque la solidarité nationale ne pourra pas tout prendre en charge.

A quelles conditions l'assurance dépendance deviendra-t-elle un produit universel ? Et avec quel modèle économique sous-jacent ? Ces questions, tout assureur de personne est susceptible de se les poser aujourd'hui. Certains ont déjà des réponses. D'autres attendent que le contexte institutionnel se stabilise. Mais tous savent qu'il ne pourront pas laisser passer le train : ce n'est pas tous les jours qu'une branche d'assurance cherche à se réinventer.

S'il est difficile de présager de ce que changera vraiment le « Cinquième Risque », on peut néanmoins espérer qu'il contribuera à créer un « écosystème » plus favorable à l'assurance dépendance et à sa généralisation. Quitte, d'ailleurs, à bouleverser certaines rentes de situation bien établies. Aux assureurs, toutes familles confondues, d'inventer l'écologie correspondante, et de devenir des acteurs du « bien vieillir ».

L'enjeu dépasse la simple solvabilisation de la perte d'autonomie pour aujourd'hui et pour demain. Les réponses apportées au défi de la dépendance préfigureront la nécessaire modernisation de la protection sociale « à la française ». Avec, à la clef, la recherche d'un continuum de garantie tout au long de la vie, en santé et prévoyance.

Il y a gros à parier que « l'universalisation » de l'assurance dépendance, ou à tout le moins sa généralisation, ne reposera pas sur une réponse unique. Une prime reviendra à ceux qui, les premiers, parviendront à bâtir des produits innovants d'épargne assortis de garanties, assis sur le bon mix entre épargne et prévoyance. Mix d'ailleurs susceptible d'évoluer en fonction du cycle de vie de l'individu.

Alors que les maisons de retraite tendent à devenir des « antichambres du funérarium », l'autre défi du « Cinquième Risque » est celui de l'éclosion d'une véritable filière spécialisée dans le maintien à domicile. L'incursion récente de Sodexo sur ce métier aux Etats-Unis tend à suggérer que la course à la taille critique a commencé, et surtout que l'heure est à la recherche de « sponsors ». De quoi aiguillonner les assureurs, qui s'interrogent sur l'évolution de leur propre métier, le « care management » en ligne de mire.

SOMMAIRE

I. Un défi sociétal, un enjeu majeur de financement

1. Des besoins croissants de couverture

- Nous vieillissons
- Mais allons nous bien vieillir ?
- La dépendance, une issue inéluctable ?
- Période de la vie ou risque ?

2. La prise en charge de la dépendance, un enjeu majeur de financement

- La prise en charge publique
- Les dépenses privées
- L'aide informelle, une ressource non comptabilisée

3. L'APA, une réponse perfectible... et non pérenne

- Bref historique de l'APA
- Modalités
- Les bénéficiaires de l'APA en 2008
- Un système qui montre ses limites
- Des difficultés prévisibles de financement
- Une architecture complexe

4. Le Cinquième Risque, une réforme attendue et nécessaire

- Les objectifs
- Vers une refonte de l'APA
- Une réforme à iso-budget
- Les propositions de la Mission d'information du Sénat
- Les réponses apportées préfigureront la refonte de la protection sociale à la française
- Un exemple pour l'Europe ?

II. Un risque assurable, sous conditions

1. Un risque assurable, s'il est bien défini

- Un risque complexe et de long terme
- La définition de la dépendance, pierre angulaire du système
- Couvertures forfaitaires, couvertures indemnitaires

2. La France, pionnière en matière d'assurance dépendance

- Le marché existe depuis 25 ans, mais pèse encore peu chez les assureurs
- Trois millions de personnes couvertes
- La croissance du marché ralentit
- Les options dépendance en inclusion ont moins la cote
- L'individuel dépasse le collectif
- Un marché atomisé ... et concentré
- Distribution : les banquiers ont doublé les assureurs
- Des prestations en forte hausse

3. Des produits simples pour un risque complexe

- Des produits simples ?
- De la première à la quatrième génération
- La percée ténue de l'épargne dépendance

4. Les limites du système

- Un rapport prix / garanti souvent insuffisant
- L'âge de souscription reste élevé
- Des assurés qui ne vont pas au bout de la démarche
- Les contrats ne sont pas normés
- Le casse-tête de la dépendance partielle
- La délicate articulation entre individuel et collectif

III. Généraliser l'assurance dépendance : quelques pistes

1. L'énigme de l'assurance dépendance

- Les individus face au risque : entre myopie et déni
- > *Le rôle de l'information : l'évidence allemande*
- L'assurance dépendance a-t-elle raté sa cible ?
- > *freins et déterminants de la souscription*
- Un contexte institutionnel peu favorable
- > *La position des différentes familles d'assureurs*
- Faut-il rendre obligatoire l'assurance dépendance ?
- ➔ *Le plan Eldershiel de Singapour*

2. Le Cinquième risque, catalyseur d'un marché encore adolescent

- Avant / après : exercice de simulation
- Le Cinquième risque, ou l'art de la maximisation sous contraintes ?

3. Les assureurs et le « bien vieillir » : une nouvelle « écologie » de la dépendance

- Vers une nouvelle écologie de la dépendance
- Produit universel ou couverture universelle ?
- Un continuum entre collectif et individuel
- Le bon dosage entre épargne et prévoyance
- Demain, un variable annuities dépendance ?

4. Dépendance et services, quelle martingale ?

- L'autre défi du Cinquième Risque
- Dépasser l'opposition forfaitaire / indemnitaire
- La difficile éclosion d'une filière spécialisée dans le maintien à domicile
- Les assureurs, « care managers » ?

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Lucie Taleyson, responsable des Risques Vie au GIE AXA, d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire. Comme il s'agit de l'une des plus grandes spécialistes de la dépendance en France (et en Europe), il me semblait logique et légitime de faire largement référence à certains de ses écrits et à nos discussions sur le sujet.

Je remercie chaleureusement Corinne Prevel (AGF) et François-Xavier Albouy (Malakoff-Médéric) d'avoir partagé avec moi leur vision sur les services à la personne et l'évolution du métier d'assureur.

Merci également à tous ceux qui m'ont éclairée directement ou indirectement sur les dimensions techniques et politiques du dossier, notamment Bertrand Boivin-Champeau (CTIP), Yanick Bonnet (Gema), Marie-Françoise Bourdon (Clinea), Gilles Cossiq (FFSA), , Christophe Eberlé (Optimind), Jean Frey (Partner Re), Yves Hérault (AXA), Marie-Sophie Houis-Valletoux (Maaf), Jean-Manuel Kupiec (Ocirp), Bruno Latourette (Scor), Daniel Lenoir (FNMF), François Lusson (Winter & Associés), Gérard Ménéroud (CNP Assurances), Yanick Philippon (Mercer), Olivier Picaud (R&B Partners), Jean-Pierre Menanteau (Aviva France), Gilles Meyer (Scor), Guillaume Sarkozy (Malakoff-Médéric), Christian Schmidt de la Brélie (D&O), Martin Vial (Europ Assistance), Danielle Wajsbrot (La Banque Postale)... et à ceux qui ne seraient pas cités !

Enfin, il va sans dire que mes plus grands remerciements vont à Adélie et Isild, qui ont accepté de me laisser travailler certains après-midi ensoleillés du mois d'août.

I. UN DEFI SOCIETAL, UN ENJEU MAJEUR DE FINANCEMENT

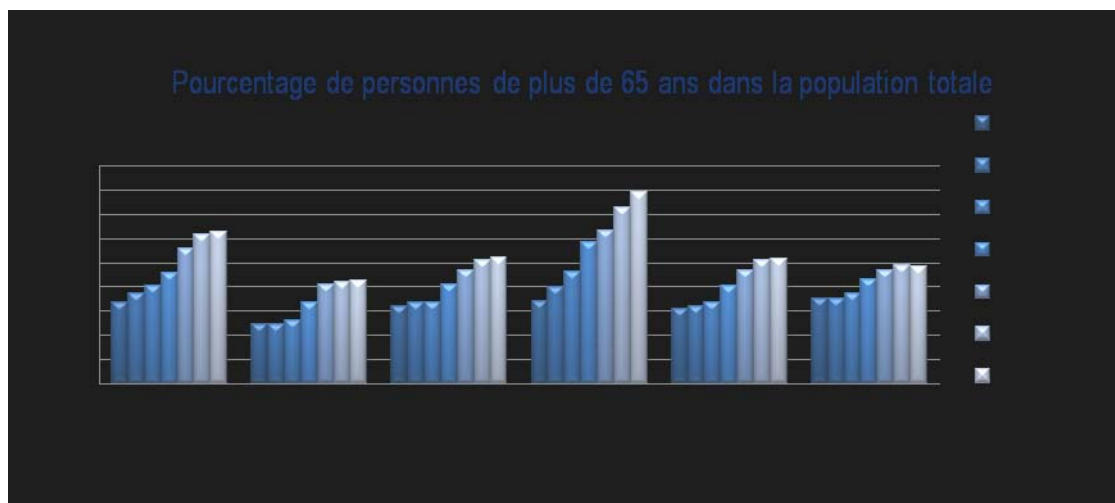
1. Des besoins croissants de couverture

Nous vieillissons

Les chiffres sont formels : nous vieillissons en Europe, et la dépendance nous coûtera cher. Car “ plus longtemps ” ne veut malheureusement pas toujours dire “ en meilleure forme ”.

En 2008, **l'espérance de vie était de 78 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes**, à comparer à 44 et 47 ans en 1900. Nous gagnons 6 heures d'espérance de vie par jour, soit un trimestre par an. Comme le rappelle Lucie Taleyson, responsable des risques vie au GIE AXA, “ *les gains d'espérance de vie proviennent à 20% du niveau socio-économique, à 30% de l'éducation de la mère, et à 50% de la génération et des progrès de la médecine, d'où des effets de cohorte* ”, ce qui ne sera pas sans incidence dans la problématique de la dépendance.

Ces facteurs, couplés à un taux de fécondité qui reste bas (1,6 enfant par femme en Europe), à une structure démographique particulière liée au baby boom, ou encore à une immigration “ encadrée ” (pour ne pas dire limitée), expliquent le vieillissement des populations dans les pays de l'OCDE. La part des plus de 65 ans dans la population totale augmente. Si les proportions sont plus ou moins marquées d'un pays à l'autre, le phénomène n'est nulle part démenti.



Source : AXA

En 2050 en Europe, les personnes âgées (65-79 ans) et très âgées (plus de 80 ans) seront proportionnellement plus nombreuses que les enfants (0 –14 ans), alors que les deux populations s'équilibraient encore en 2004. En schématisant, il y avait 1 personne âgée pour 4 actifs en 2004 (20-64 ans), il y en aura une pour 2 actifs en 2050... On comprend pourquoi la question du financement des retraites occupe les esprits avant celle de la dépendance.

EUROPE	2004 (millions)	%	2050 (millions)	%
Enfants (0-14)	75	16%	61	14%
Actifs (15-64)	307	67%	254	57%
Pers. Agées (65-79)	57	12%	83	19%
Très âgées (+80)	18	4%	50	11%
Total	457		448	

Source : Eurostat 2004

EUROPE	2004	2025	2050
Ratio 60+ / 20-59	39%	58%	80%
Ratio 65+ / 20-64	27%	39%	58%
Ratio 70+ / 20-69	18%	25%	40%

Source : Eurostat 2005 demographic projections (EU 25)

Le phénomène est particulièrement marqué en France. Selon l'INSEE, **les plus de 75 ans devrait quasiment doubler, en nombre comme en proportion, d'ici à 2050**, pour passer de 8% à 15,7% de la population. Soit 11 millions de personnes sur les 70 millions que comptera alors la France, dont le tiers des habitants aura plus de 60 ans.

ENCADRE : LE VIEILLISSEMENT AU NIVEAU MONDIAL

Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans dans le monde devrait plus que doubler d'ici à 2040, passant de 506 millions en 2008 à 1,3 milliard de personnes, selon une étude américaine de juillet 2009. Dans les dix prochaines années, et pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, " *les personnes âgées de 65 ans et plus seront plus nombreuses que les enfants de moins de cinq ans* " prévoit l'étude du bureau américain du recensement (Census Bureau). " *La population mondiale connaît un vieillissement sans précédent* ", soulignent les auteurs de l'étude. **D'ici à 2040, la population âgée de plus de 65 ans devrait augmenter de 160% et celle de plus de 80 ans de 233%**. Les plus de 65 ans représenteront alors 14% de la population mondiale.

Mais allons nous bien vieillir ?

Selon les projections de l'INSEE (qui reposent sur plusieurs scénarii plus ou moins pessimistes), **le nombre de personnes âgées dépendantes devrait augmenter de 40% à 50% d'ici à 2040**, pour se situer entre 1,2 et 1,5 millions de personnes. A noter que le scénario central de l'INSEE repose sur l'hypothèse d'une stabilité de la durée de vie en dépendance, pour les hommes comme pour les femmes de plus de 60 ans, à l'image de ce qui a été observé par le passé. Ce qu'il faut globalement retenir est que le nombre de personnes dépendante progresse de 1% par an, que l'âge d'entrée en dépendance tend à reculer, tandis que l'espérance de vie en dépendance est stable, de l'ordre de 4 ans.

Ces projections résultent du jeu de plusieurs facteurs, dont certains sont d'ailleurs modélisés par les assureurs pour la conception de leurs produits d'assurance dépendance :

- la **prévalence**, c'est à dire la probabilité d'être dépendant au sein d'une population de référence,
- l'**incidence**, c'est à dire la probabilité d'entrée en dépendance,

- la **rémission**, c'est à dire la probabilité de sortir de la dépendance,
- la **mortalité**, et plus particulièrement le différentiel de mortalité entre personnes dépendantes et personnes en bonne santé.

Il y avait **1.115.000 personnes dépendantes de plus de 60 ans en France en 2008** contre environ 0,8 millions en 2000, si l'on se base sur le nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), étudiée ci-après. Précision importante, comme nous le verrons plus tard, 45% d'entre eux, soit 505.000 personnes relèvent du premier niveau de prise en charge publique (GIR 4). Il n'est pas certain que ces personnes seront encore demain considérées comme "suffisamment dépendantes" pour bénéficier d'une prise en charge publique, mais nous y reviendrons.

Une chose est sûre, la prévalence de la dépendance chez les seniors augmente de façon exponentielle avec l'âge. Selon l'enquête HID de l'INSEE, la population française des seniors compterait 6,6% de dépendants répartis comme suit :

# pers dépendantes	% de la tranche d'âge
60 - 69 ans	2,06%
70 - 79 ans	4,65%
80 - 89 ans	17,69%
> 90 ans	42,55%

ENCADRE : L'ENQUETE HID

L'enquête HID de l'INSEE est la première enquête nationale réalisée auprès des personnes en situation d'incapacité en France. Son maître d'œuvre est l'INSEE. Il s'agit d'une enquête centrée sur les incapacités, quelles que soient leurs origines et leur retentissement.

L'enquête HID couvre l'ensemble de la population, de tous âges, de tous type d'incapacités et de tous lieux d'habitat (domicile privé ou institutions). Elle vise à fournir des données de cadrage aux nombreuses données statistiques disponibles (mais éparées et partielles) en particulier d'origine administrative.

Permettant d'établir des prévalences pour les principaux types de handicap, elle vise aussi à en estimer l'incidence pour améliorer des prévisions encore incertaines. L'enquête s'est déroulée entre 1998 et 2001 avec 4 phases de recueil de données.

Certains facteurs conjoncturels entrent en ligne de compte dans la prévalence de la dépendance, d'où un phénomène de "cohorte" qui tend à signifier que **la dépendance est un risque corrélé** (autrement dit, certaines générations sont plus touchées que d'autres). Les démographes s'attendent ainsi à deux phases d'accroissement marqué de la population dépendante :

- 2005 – 2010 : la génération née après la première guerre mondiale atteint des âges où le taux de prévalence est élevé
- 2030 : arrivée de la génération des baby boomers à l'âge de 80 ans. Les premiers baby boomers auront 75 ans en 2021. Les derniers, nés en 1973, atteindront cet âge en 2048. Pour mémoire, la natalité est restée sur un rythme élevé de 805.000 à 882.000 naissances par an de 1946 à 1974.

Même si l'âge reste le facteur prédominant, il ressort que la prévalence de la dépendance est également corrélée avec certains facteurs socio-économiques comme :

- le sexe : les femmes sont plus sujettes que les hommes à la dépendance ;
- l'âge de fin d'étude : plus les études sont longues, plus la dépendance survient tardivement ;
- le nombre d'enfants : à partir de 4 enfants, pour une femme, le taux de dépendance augmente

Jusqu'à présent, le nombre de personnes âgées dépendantes a peu varié car la durée moyenne de dépendance a stagné, voire diminué depuis le début des années 70. Elle reste de l'ordre de 4 ans en moyenne, avec une phase d'hébergement collectif de 12 mois à 18 mois, qui tend d'ailleurs à se raccourcir. L'augmentation du nombre de personnes très âgées (plus de 85 ans), couplée au développement des maladies neuro-dégénératives, devrait toutefois amplifier le phénomène de dépendance.

La maladie d'Alzheimer (ou les maladies apparentées) est aujourd'hui la principale cause de dépendance lourde. Selon le réassureur SCOR, qui dispose d'une expertise ancienne et reconnue sur le marché de l'assurance dépendance, **40% à 50% des entrées en dépendance proviennent de maladies neuro-dégénératives**. La réalité du phénomène a d'ailleurs été prise en compte par les pouvoirs publics : le plan Alzheimer du 1^{er} février 2008, piloté par Florence Lutsman, l'ancienne secrétaire générale de l'ACAM, prévoit une enveloppe de 1,6 milliard d'euros sur 5 ans, dont 200 millions pour la recherche, 200 millions pour les soins et 1.200 pour la prise en charge des malades.

Finirons nous tous dépendants ?

Le chiffre peut faire peur : selon Bruno Dubois, du Centre des maladies cognitives et comportementales de l'Hôpital de la Salpêtrière, une petite fille qui naît aujourd'hui a une espérance de vie de 90 ans, et 40 % de risque de développer une maladie d'Alzheimer, toutes choses égales par ailleurs. Mais, précise-t-il aussitôt, “ *elle aura 90 ans dans 90 ans* ”...¹

Le nombre de patients atteints de démence en France est estimé à 865.000, dont 330.000 cas de démence sévère. 45% des cas surviennent après 85 ans. Le nombre de nouveaux cas annuels est estimé à 225.000. “ *Dans l'hypothèse d'une prévalence constante de la maladie, le nombre de personnes atteintes serait de 1.270.000 en 2020 et de 2.150.000 en 2040* ”, rappelle Bruno Dubois, citant des données de l'OPEPS (rapport 2454 du 6 juillet 2005). Mais, ajoute-t-il, “ *si l'on découvre un médicament qui retarde le processus pathologique, ne serait-ce que de 5 ans, on diminue de moitié le nombre de cas de prévalents. Ce qui n'est pas sans conséquence économique, puisque le coût global de ces patients est estimé à 10 milliards d'euros par an* ”.

Qu'on se rassure, **la tendance de fond est malgré tout à la “ compression de morbidité ”**. Les gens devraient normalement vivre plus longtemps et en meilleure santé, le phénomène étant surtout observé pour les dépendances lourdes. Tout le problème, résumé par Rose-Marie Van Lerberghe, directrice générale du groupe de maison de retraite Korian, est que “ *la compression de morbidité n'est pas linéaire* ”². Globalement l'espérance de vie sans incapacité augmente, mais par à-coups.

¹ Revue Risques n° 78, juin 2009

² Idem

La dépendance, période de la vie ou risque ?

En France, une personne qui atteint l'âge de 65 ans aujourd'hui aurait une probabilité de plus de 40% d'avoir recours à des soins de dépendance ultérieurement, selon une étude de l'OCDE de 2005. Mais, et c'est l'assureur qui parle, “ *nous ne serons pas tous dépendants avec une fin de vie insupportable* ”, rassure Gérard Ménéroud, directeur général délégué de CNP Assurances³. Et d'expliquer que sur une génération de personnes de 65 ans, seulement 15% seront effectivement en situation de perte d'autonomie avant leur fin de vie, la proportion passant à 45% à 90 ans. Bref, les mécanismes d'assurance peuvent être adaptés à un risque qui repose sur un rapport de 1 à 6. “ *La dépendance est bien un risque et non une période de la vie* ”, insiste ainsi Manuel Plisson, professeur à Dauphine⁴.

Ce risque a une particularité, évoqué précédemment en filigrane : il n'est pas stable, ou du moins non stabilisé. Si, certains facteurs vont dans le sens d'une amplification du risque, d'autres laissent entrevoir quelques lueurs d'optimisme. François-Xavier Albouy, professeur à Dauphine et responsable de l'international chez Malakoff-Médéric, insiste ainsi sur le fait que les facteurs positifs et négatifs tendent à se compenser, et que “ *l'évolution du risque peut être considérée comme stable, voire en régression* ”. Qu'on ne se méprenne pas : le vieillissement de la population, couplé à un niveau de vie plus élevé et donc à des besoins plus importants se traduiront nécessairement par une hausse, à l'avenir, de la demande en “ soins de long terme ”, pour reprendre la terminologie anglo-saxonne. Mais cela ne signifie pas qu'intrinsèquement, le risque empire.

Qu'enseigne l'étude empirique ? “ *Selon un rapport de l'OCDE portant sur 12 pays, le risque de dépendance est en sévère diminution dans d'entre eux : Etats-Unis, Danemark, Finlande, Pays-Bas, Italie. Il est stable dans deux pays : Australie et Canada. Et il augmente au Japon, Belgique et Suède. Les données disponibles ne permettent pas de trancher pour la France et le Royaume-Uni. (...) Les comparaisons entre pays sont délicates du fait de définitions différentes de la dépendance. Mais il semble que le risque frappe particulièrement certaines générations* ”, rappelle François-Xavier Albouy.

Et de citer le livre en cours du NBER (National Bureau of Economic Research)⁵, qui, pour expliquer le recul de ce risque, avance que les facteurs générationnels sont très importants dans la prévalence du risque - les générations les plus jeunes seraient ainsi moins touchées que celles de leurs aînés -, que les progrès de la recherche et des biotechnologies sur le vieillissement seront sensibles à l'avenir, et enfin que des actions de prévention peuvent être possibles et surtout efficaces.

Au total, **la probabilité d'être dépendant âgé est très corrélée à l'état de santé en fin de vie active.** “ *Les modèles économétriques de la dépendance permettent de simuler les trajectoires de santé. Une personne en mauvaise santé à 50 ans a plus de chance d'être dépendante à un âge élevé. De même, 20% de ces personnes en mauvaise santé seront encore en vie à 90 ans. Ces trajectoires déterministes ont tendance à montrer que la probabilité d'être dépendant est très fortement liée à l'état de santé à 50 – 60 ans* ”, observe François-Xavier Albouy. Ce qui laisse entrevoir pourquoi les assureurs tendent à miser sur la prévention, comme nous le verrons ultérieurement.

³ Conférence dépendance des Echos, 14/05/09

⁴ Revue Risques n° 78, juin 2009

⁵ “ The causes and consequences of declining disability among the Elderly ”, Cutler & Wise

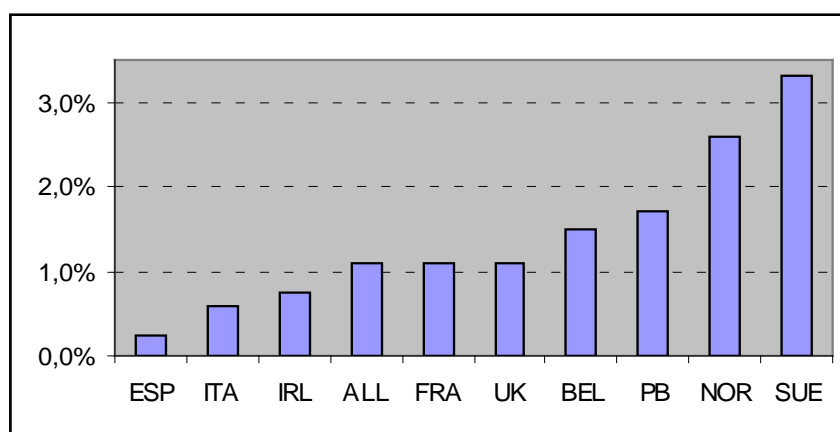
2. La prise en charge de la dépendance, un enjeu majeur de financement

Combien ça coûte ?

Combien coûte aujourd'hui la prise en charge de la dépendance ? Tout dépend ce que l'on prend en compte, sachant que le coût macroéconomique global est difficile à évaluer.

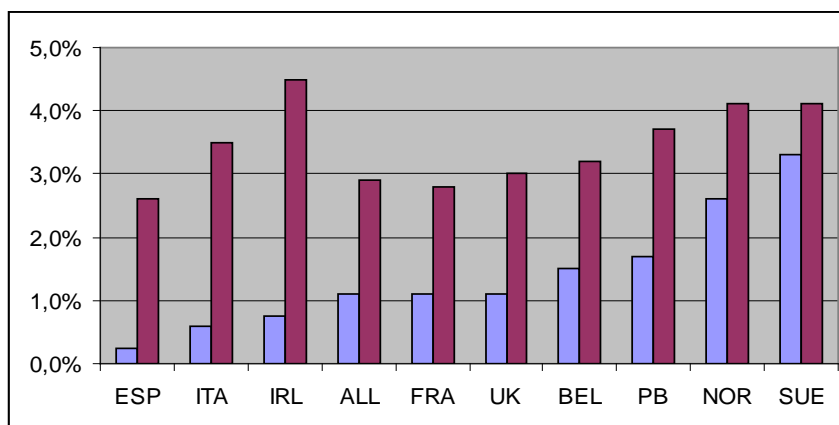
Au niveau microéconomique, Lucie Taleyson, d'AXA, rappelle un chiffre éclairant : une dépendance lourde coûte en France environ 35.000 euros par an. A titre de comparaison, une " nursing home " aux Etats-Unis coûte entre 50.000 et 70.000 dollars par an. L'addition grimpe sensiblement pour la prise en charge de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

L'analyse du poids de la dépendance dans les finances publiques des pays de l'OCDE (base 2005) montre qu'elle représente, selon les pays, entre 0,5% (Espagne, Italie) et plus de 3% du PIB (Suède). En Allemagne, en France et au Royaume Uni, la dépense représente aux alentours de **1% du PIB**.



Source : OCDE, *Projecting LTC Expenditures*, Février 2006

Les projections de l'OCDE à l'horizon 2050, qui prennent en compte des éléments démographiques et non démographiques (inflation salariale, baisse de l'aide informelle...) montrent que les dépenses liées à la dépendance vont croître de façon très significative dans les 40 années à venir, pour tourner aux alentours de **3%, voire 4% du PIB**.



Source : OCDE, *Projecting LTC Expenditures*, Février 2006

L'effet est assez mécanique. La prise en charge de la dépendance repose sur ce que l'on qualifie désormais de " services à la personne ", secteur où il n'est pas possible – et pas souhaitable – de faire des gains de productivité. Le coût intrinsèque des " soins de long terme " est donc amené à croître, au minimum au rythme de l'inflation salariale, auquel s'ajouteront les revalorisations régulières du coût de la tierce personne. A titre de comparaison, certains experts prévoient dans le même temps que les dépenses de santé (12% du PIB) auront d'ici à 2050 progressé du double ou du triple ⁶.

La prise en charge publique

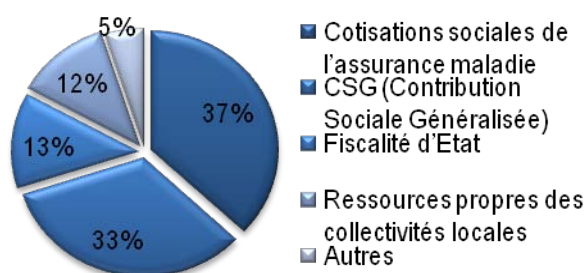
Si l'on se fonde sur les dépenses publiques strictement liées à la dépendance, c'est à dire l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et quelques dépenses fiscales ciblées, le coût de la dépendance représente, en France, un peu plus de 5 milliards d'euros, soit **0,25% du PIB 2008** (1.950,1 milliards d'euros).

En réalité, de nombreuses dépenses publiques liées à la dépendance sont inscrites dans le budget de la Sécurité Sociale. Une étude de la Cour des Comptes de 2005 chiffrait ainsi le coût global de la dépendance à 15,5 milliards d'euros, soit près de 1% du PIB. Le rapport 2006 du Centre d'Analyse Stratégique (CAS) donnait des résultats similaires. A titre de premier élément prospectif, on peut noter que le CAS chiffre à 29 milliards d'euros à l'horizon 2025 les dépenses d'investissements liées à la dépendance.

L'évaluation la plus récente, sans doute plus proche du coût réel de la dépendance pour la solidarité nationale, est celle effectuée par la Mission du Sénat en 2008 dans son rapport sur le sujet : elle chiffre à **19 milliards d'euros les dépenses publiques liées à la dépendance, soit précisément 1% du PIB**. Ce coût se répartit entre l'Assurance maladie obligatoire (63,1%), les collectivités territoriales (20,5%), la CNSA ou Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (14,5%) et l'Etat (1,9%).

En terme de ressources, les choses se présentent de la façon suivante :

**Financement public de la dépendance
(19 milliards)**



Source : R&B Partners

⁶ Brigitte Dormont, économiste, professeur à Dauphine, Revue Risques n°78, juin 2009

Les dépenses privées de dépendance

Selon le Sénat, les ménages acquittent en complément des ressources fournies par la Solidarité Nationale un complément évalué à **7 milliards d'euros** par an. Cette estimation n'intègre pas les dépenses non prises en charge, ou ticket modérateur, dans le cadre des plans d'aide personnalisés de l'APA. Ce ticket modérateur représenterait environ 650 millions d'euros pour l'APA à domicile, et 700 millions pour l'APA en institutions. On réintégrant ces éléments, on est proche de 1,5 % du PIB.

L'aide informelle, une ressource non comptabilisée

Le système actuel peine à couvrir l'ensemble des besoins, on le verra. Et ce d'autant qu'il ne tient pas compte de l'aide informelle. Difficile à quantifier, elle représente encore un élément crucial de la prise en charge, et par conséquent un poids financier potentiellement colossal. La Drees estime qu'il y a en France 3,7 millions d'aidants non professionnels, et qu'il participent pendant 7 ans en moyenne au quotidien de leur proche dépendant.

“ On estime que dans l'aide que les dépendants reçoivent, notamment dans les cas de dépendance les plus lourdes à domicile, les deux tiers viendraient de l'aide informelle ”, rappelle Lucie Taleyson, d'AXA. Et d'expliquer qu'une étude récente réalisée en Suède, qui a pourtant l'un des systèmes de prise en charge les plus généreux, montre précisément que les deux tiers de l'aide à domicile relève de l'aide informelle, et donc sur les femmes. *“ C'est exactement la même chose en France : pour une dépendance lourde, l'APA octroie 65 heures par mois, soit le tiers du besoin de 200 heures estimé à domicile ”*, poursuit Lucie Taleyson. Inutile de dire que *“ l'aide aux aidants ”* est devenu un véritable « créneau » sur le marché.

Il ressort de différentes études que **la prise en compte de l'aide informelle reviendrait à doubler le coût de la dépendance**. Accessoirement, la différence de coût entre prise en charge en institution et à domicile tendrait aussi à s'estomper. *“ Tenir compte de l'aide apportée par la famille conduit grosso modo à doubler le coût des prises en charge à domicile, et rend les estimations très voisines avec le coût des personnes résidant en institution, aux alentours de 2PIB par habitant ”*, confirme Agnès Gramain, de l'Université Nancy II⁷.

Certaines études⁸, basées sur l'enquête HID de 1998, ont estimé le coût de l'aide informelle en France dans une fourchette de l'ordre de 6 à 8 milliards d'euros, ce qui, à l'époque, correspondait à 60% du coût de la prise en charge.

La prise en compte de l'aide informelle, ajoutée au ticket modérateur et au coût pris directement en charge par la personne dépendante, ferait ainsi monter le coût réel de la dépendance à près de 35 milliards d'euros, soit 1,8 % du PIB. Ce chiffre, non officiel, a moins de valeur scientifique qu'une vertu pédagogique : la dépendance est bel et bien une bombe à retardement. Pour les individus, comme pour les finances publiques.

⁷ Revue Risques n°78, juin 2009

⁸ Davin et Alii

3. L'APA, une réponse perfectible

L'Allocation personnalisée d'autonomie, ou APA, a déjà été évoquée à plusieurs reprises. De quoi s'agit-il exactement ? Il s'agit d'une prestation en nature affectée à une personne âgée en situation de perte d'autonomie, destinée à l'achat de biens et services définis par un plan d'aide personnalisé, élaboré par une équipe médico-sociale.

Bref historique de l'APA

Créée en 2001 par le gouvernement Jospin (loi du 20 juillet 2001), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2002, et revue par décret le 1^{er} avril de l'année suivante, l'APA a remplacé la première aide destinée aux personnes âgées dépendante, la Prestation spécifique dépendance (PSD), qui s'était révélée insuffisante tant en terme de nombre de personnes concernées que de montant alloué à chacune d'entre elle.

L'APA était censée être financée à 50/50 par l'Etat et les conseils généraux. Cette clef de répartition a toutefois rapidement volé en éclats. En 2002, les départements finançaient déjà 57% de l'APA. Dès 2007, “ *l'APA était financée aux trois quarts par les seuls départements, cette dérive accentuant la fracture territoriale qui sépare les départements “ pauvres et vieux ” et les départements “ jeunes et riches ”*”, précise Jean-Louis Bianco, député et président du Conseil Général des Alpes de Haute Provence, cité dans la Revue Risques de juin 2009.

Le budget 2009 de l'APA prévoit une enveloppe de 5,1 milliards d'euros. La contribution de la CNSA devait être de 1,56 milliard d'euros, soit 30,5% de l'ensemble, le reste étant pris en charge par les départements⁹. Comme le rappelait en mai dernier Valérie Létard, alors secrétaire d'Etat à la Solidarité¹⁰, **les dépenses liées à l'APA ont plus que doublé au cours des 7 dernières années.**

Modalités

L'APA s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans résidant en France, en situation de perte d'autonomie, et nécessitant une aide pour les actes essentiels de la vie. L'ouverture des droits n'est pas soumise à condition de ressources, mais ces dernières sont prises en compte lors de l'établissement du montant d'APA attribué à la personne dépendante. Concrètement, les bénéficiaires s'acquittent d'un ticket modérateur dont le taux progresse avec leurs revenus. Les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet d'une récupération sur la succession.

La mise en place de l'APA a permis de fixer des barèmes uniques pour la France entière, constitués autour de la **grille AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Les personnes âgées prétendant à l'APA sont classées, en fonction de leur niveau de dépendance, en 6 groupes iso-ressources (GIR). Seuls les catégories 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Les GIR 5 et 6 correspondent à des personnes âgées peu ou pas dépendantes.

La grille AGGIR repose sur **10 variables discriminantes** (cohérence, orientation toilette, habillement, alimentation, élimination, changement de position, déplacement intérieur, déplacement

⁹ Les Echos du 27/03/09, page 6

¹⁰ Conférence Dépendance des Echos, 14/05/09

extérieur et possibilité d’alerter) pour déterminer le groupes iso-ressource auquel appartient la personne et sur **7 variables illustratives** pour personnaliser le plan d’aide (gestion des biens, cuisine ménage, transport, achats, suivi du traitement médical, pratique d’activités de temps libre).

	GIR 4	GIR 3	GIR 2	GIR 1
Autonomie mentale	Conservée	Conservée	Totalement altérée (1) Ou Partiellement altérée (2)	Totalement altérée
Autonomie Locomotrice	Aide nécessaire pour le transfert de position	Autonomie locomotrice partiellement conservée	ET Capacité motrice conservée (1) Ou Confinement au lit ou en fauteuil (2)	Capacité motrice perdue Confinement au lit ou en fauteuil
AVQ	Aide nécessaire pour la toilette et l’habillement	Aide nécessaire quotidiennement et plusieurs fois par jour pour l’autonomie corporelle	- Nécessité d’être pris en charge pour la plupart des AVQ - Présence indispensable et continue d’intervenants - Perte d’autonomie corporelle et sociale	- Nécessité d’être pris en charge pour la plupart des AVQ - Présence indispensable et continue d’intervenants - Perte d’autonomie corporelle et sociale

Source : Optimind

Les bénéficiaires de l’APA en 2008

Selon les chiffres de la Drees, **1.115.000 personnes** âgées de 60 ans ou plus – sur une population totale de 13,5 millions de bénéficiaires potentiels - touchaient l’APA au 31/12/08. Le nombre de bénéficiaires a augmenté de 3,4% en 2008, après une hausse de 5,1% en 2007. 875.000 personnes perçoivent directement l’APA à domicile. 240.000 personnes en bénéficient par la dotation budgétaire globale en établissement.

Plus de 70% des demandes d’APA sont dues à des affections neuro-dégénératives ou vasculaires.

62% des bénéficiaires de l’APA, soit 689.000 personnes vivent à domicile (+4,1% vs 2007) et 38% en établissement, soit 426.000 personnes (+2,4%).

La part des bénéficiaires du GIR 4 reste stable : cette catégorie concerne 505.000 personnes soit 45% du total. Ils sont proportionnellement plus nombreux à domicile (58%) qu’en établissement (25%).

L’allocation moyenne à domicile s’élève à 494 euros. Ce montant varie entre 349 euros (GIR 4) à 1.007 euros (GIR 1). 22% des bénéficiaires sont exonérés du ticket modérateur. Ceux qui l’acquittent paie en moyenne 114 euros, montant qui varie de 76 euros en GIR 4 à 239 euros en GIR 1. La part réellement prise en charge par les conseils généraux représente 88% du plan

d'aide, soit 466 euros en moyenne ou près de 3,4 milliards d'euros sur l'année.

En établissement, le montant moyen d'APA moyen est de 460 euros (la somme varie entre 547 en GIR 1 ou 2, et 335 euros en GIR 3 ou 4), soit une prise en charge de 68% du tarif dépendance. La part moyenne du conseil général s'élève à 313 euros, et celle des bénéficiaires à 146 euros.

	Proportion Domicile	Montant moyen	Proportion Etablissement	Montant moyen	Proportion Total
GIR 1	58%	1.007 euros	25%	547 euros	45%
GIR 2	22%	785	16%	547	20%
GIR 3	18%	577	43%	335	28%
GIR 4	2%	349	16%	335	8%

Source : Drees

Un système qui montre ses limites

La création de l'APA a été un succès. Elle a notamment permis de solvabiliser une demande forte, et, en intervenant dès un stade de dépendance modéré (GIR4) a vraisemblablement joué un rôle de prévention, et, qui sait, de ralentissement du processus vers des niveaux de dépendance plus lourde.

Il reste que le niveau d'aide est dans l'ensemble jugé insuffisant, ou à tout le moins inadapté à la réalité des besoins. Le montant maximum du plan d'aide, par catégorie de dépendance, est le suivant :

- 1.224,63 euros en GIR 1
- 1.049,68 euros en GIR 2
- 787,26 euros en GIR 3
- 524,84 euros en GIR 4

Le coût mensuel de la dépendance est estimé aux alentours de 1.800 à 2.000 euros par mois, mais la dépendance lourde peut coûter jusqu'à 3.000 euros. Le coût à domicile varie très sensiblement en fonction du niveau de dépendance, oscillant, selon certaines sources, entre 300 et 5.000 euros par mois. Quant à la prise en charge en établissement, son coût dépend largement de la région. Selon le site Agevillage.com, elle oscille entre 2.700 et 4.600 euros par mois à Paris, 2.000 à 2.500 par mois en Ile de France, et 1.500 à 1.800 euros par mois en province.

Posons l'équation. La dépendance coûte en moyenne 1.900 euros par mois. Les retraités touchent en moyenne 1.200 euros par mois. Et le montant moyen de l'APA se situe entre 460 et 500 euros. Même avec ce cas de figure "standard", la personne dépendante doit assumer un reste à charge de 200 euros. En pratique, le reste à charge moyen serait plutôt de 800 euros. Une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse chiffrait même le reste à charge pour les personnes accueillies en établissement entre 1.050 et 1.400 euros. D'où une problématique bien réelle de solvabilisation pour les foyers modestes, dont les revenus se situent au dessus des minima sociaux.

De fait, le système apparaît comme relativement performant pour les personnes les plus modestes, qui peuvent bénéficier de l'APA, mais aussi de l'aide sociale et des aides au logement. A l'autre bout du spectre, les personnes aisées bénéficient d'avantages fiscaux, mais elles touchent aussi l'APA, qui n'est que partiellement soumise à conditions de ressources. La

conclusion s'impose : au milieu, les classes moyennes sont les grandes perdantes du système. *“ Cette accumulation d'aide bénéficie au haut et au bas de l'échelle des ressources, alors que le plus grand nombre de résidents dispose d'un revenu mensuel se situant en moyenne autour de 1.000 à 1.200 euros, c'est-à-dire au niveau où le montant total d'aides est le plus faible ”*, résume le Sénat dans le rapport de la Mission d'information sur la dépendance.

Au total, **la prise en charge publique représente donc entre le tiers et la moitié du coût moyen de la dépendance**. Autrement dit, le montant moyen d'une prestation standard mais de qualité serait deux fois plus élevé que le niveau maximum actuel d'APA (1.224 euros). *“ A l'heure actuelle en France, les familles s'endettent pour payer la dépendance d'un ascendant ou d'un proche ”*, observe Lucie Taleyson, d'AXA. Si l'apport de l'APA est jugé essentiel, il reste du chemin à parcourir pour qu'elle permette de rendre le maintien à domicile effectif pour tous ceux qui le souhaitent. Présentée par certains comme le premier jalon du *“ Cinquième Risque ”*, elle montre aujourd'hui clairement ses limites.

Des difficultés prévisibles de financement

Le système actuel peine donc à répondre aux besoins, ce qui se manifeste par des niveaux de reste à charge potentiellement conséquents. Malgré cette prise en charge publique jugée a minima par certains, la pérennité financière de l'APA est loin d'être assurée. Les départements prennent à leur charge une proportion croissante du financement, ce qui n'est pas sans occasionner quelques disparités d'une zone à l'autre. Comme le résume Lucie Taleyson, d'AXA, *“ l'APA coûte 5 milliards d'euros par an, est difficilement financée à l'heure actuelle et ne règlera pas le problème de la dépendance ”*.

La Cour des Comptes, dans son rapport annuel 2009, confirme l'existence de grosses incertitudes sur le financement de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes : *“ la création de la journée de solidarité, en 2004, en apportant une recette supplémentaire de 1 milliard d'euros, n'a répondu que très partiellement au dynamisme des dépenses. Le Plan solidarité grand âge, annoncé en 2006 pour la période 2007-2012, dont le coût a été sous-estimé, n'est donc pas assuré ”*.

ENCADRE : LE RAPPORT ANNUEL DE LA COUR DES COMPTES

La Cour des Comptes, dans son rapport annuel 2009, souligne que la prise en charge des personnes âgées dépendante s'est peu améliorée entre 2003 et 2007, et rappelle que des incertitudes pèsent sur le financement de la politique du secteur.

- Le nombre de places en maison de retraite a augmenté de 7,5% sur la période, mais la population des plus de 75 ans a cru plus vite, d'où une capacité d'accueil en établissement en baisse. Trouver une place en institution est toujours aussi difficile, et il n'existe pas de liste d'attente partagée permettant une meilleure orientation des personnes. Les conditions tarifaires sont peu transparentes (il n'existe pas de suivi transversal des tarifs).
- Concernant la prise en charge à domicile, la coordination est toujours jugée insuffisante entre les multiples intervenants (aides à domicile, infirmières, personnels médicaux et para médicaux). La recommandation de mise en place d'un interlocuteur unique est restée lettre morte.
- Le reste à charge des familles reste trop élevé, et les aides sont insuffisamment ciblées sur les personnes les plus dépendantes et les plus démunies.
- Le secteur n'est pas régulé : juxtaposition des procédures (autorisation, agrément, habilitation à l'aide sociale, conventionnement) ; absence de partage d'information entre les différents interlocuteurs ; absence de véritable outil de contrôle de la qualité des prestations.

Compte tenu de la croissance prévisible des dépenses liées à la dépendance sur longue période, le système actuel, qui fonctionne par répartition, risque d'avoir du mal à tenir la distance. “ *Un financement par répartition est incompatible avec un risque de long terme et croissant, et à une prise en charge des dépendances partielles* ”, poursuit Lucie Taleyson. AXA a fait ses propres projections ¹¹. Les dépenses annuelles d'APA devraient ainsi croître, selon le groupe, de plus de 3,8% par an sur les trente prochaines années. Soit une croissance annuelle moyenne très supérieure à celle du PIB. Ce différentiel négatif aura un impact non négligeable sur les finances publiques : AXA tablait alors sur un accroissement des dépenses d'APA de plus de 17% en 5 ans, sur un quasi doublement des dépenses liées à la dépendance dans les 20 prochaines années.

Le gouvernement est un peu plus optimiste quant à la durée, raisonne à l'échelon européen mais l'ordre de grandeur reste finalement le même. Valérie Létard, alors secrétaire d'Etat chargée à la Solidarité, évoquait ainsi en mai dernier ¹² “ *un doublement prévu en Europe d'ici 2060 pour les dépenses liées à la dépendance* ”. Les 3% de PIB évoqués précédemment ne relèveraient donc pas de la science-fiction.

Une architecture complexe

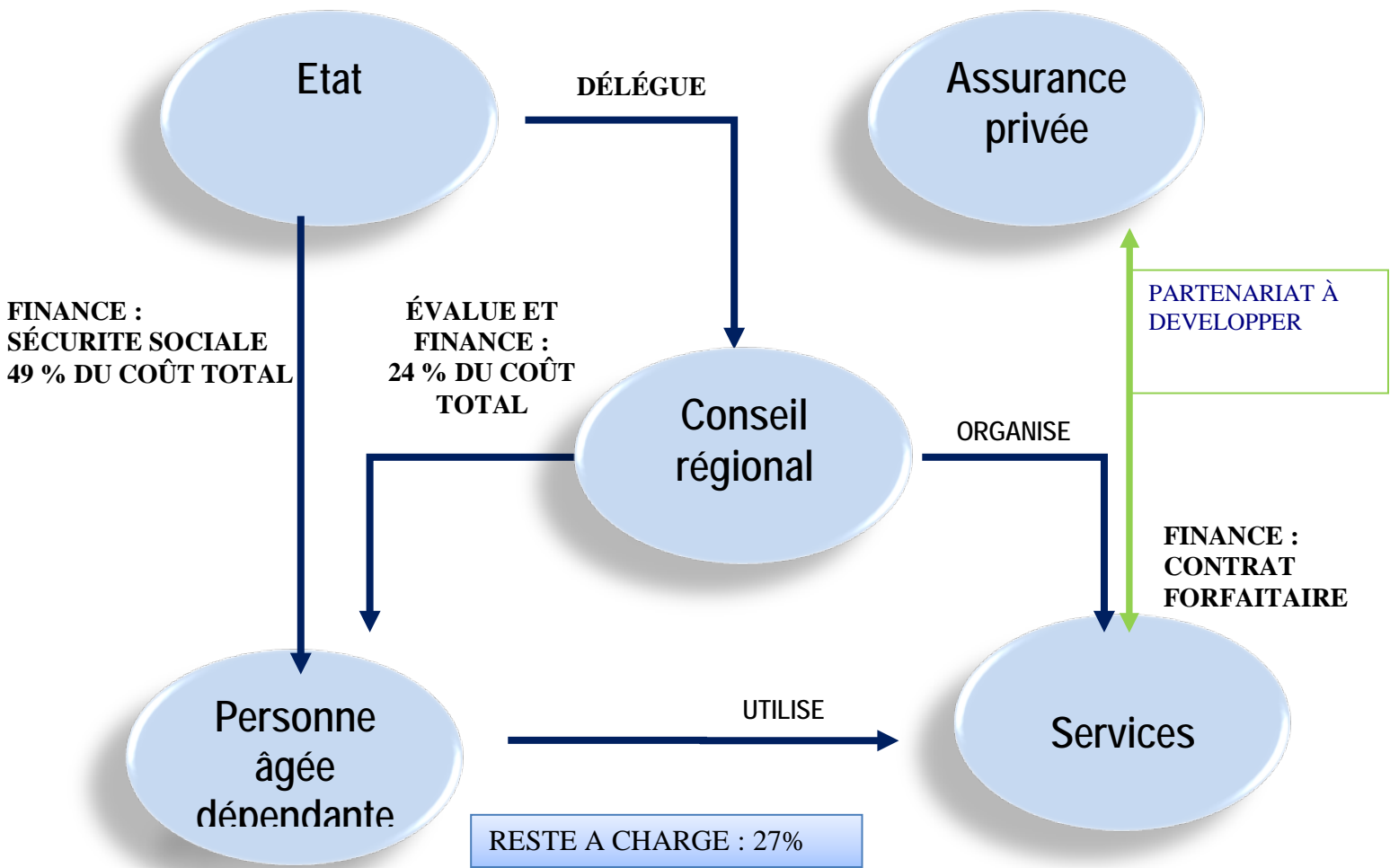
Accessoirement, le dispositif repose sur une architecture complexe, qui pourrait vraisemblablement être optimisée. Il est constitué d'une juxtaposition d'intervenants et d'une superposition d'aides, ce qui ne rend pas le schéma très lisible. A l'APA, spécifique à la dépendance (coût global : 4,9 milliards d'euros en 2007), s'ajoutent les aides sociales à l'hébergement en établissements pour les plus démunis (versée par les départements : 1 milliard d'euros), des aides aux logement (APL et ALS) versées par les Caisses d'allocations familiales (568 millions d'euros pour les plus de 60 ans), des avantages fiscaux (réduction d'impôt sur le revenu, exonération d'impôt sur l'APA, crédit d'impôt et TVA réduite sur les dépenses d'équipement, réduction d'impôt sur les emplois à domicile : 370 millions d'euros). Sans compter l'Assurance Maladie, qui prend en charge les dépenses de soins des personnes en établissement ou à domicile (12,9 milliards d'euros)... On dit d'ailleurs souvent que l'entourage met 18 mois avant de prendre conscience que le proche en situation de perte d'autonomie peut avoir droit à des aides, à commencer par l'APA.

Enfin, et c'est le cœur du sujet, coté privé, les assureurs pèsent encore pour quantité négligeable, tandis que le secteur des services à la personne, dont le modèle économique ne paraît pas stabilisé, manque encore de cohérence.

¹¹ Présentées lors d'un séminaire presse international en juin 2008

¹² Conférence Dépendance des Echos, 14/05/09

Un dispositif où les partenariats avec les assureurs / S.A.P. restent peu développés et à fort potentiel



Source : R&B Partners

4. Le “ Cinquième Risque ”, une réforme attendue et nécessaire

Les objectifs du “ Cinquième Risque ”

Lors de ses vœux à la presse, en janvier 2009, le ministre du Travail et de la Solidarité d'alors, Xavier Bertrand, résumait ainsi l'enjeu du projet de loi “ Cinquième Risque ”, au départ attendu pour fin 2008 : “ *permettre le maintien à domicile des personnes qui le souhaitent, et surtout diminuer le reste à charge, en priorité pour les classes moyennes, éternelles oubliées de la solidarité* ”¹³ .

Le Conseil de la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA), dans ses rapports d'octobre 2007 et 2008, avait alimenté les premières orientations du gouvernement en affirmant la légitimité du “ droit universel d'aide à l'autonomie ”, et en ajoutant la nécessité d'une réponse personnalisée, adaptée à chaque cas, quelle que soit l'origine de la perte d'autonomie. Le Conseil avait précisé que “ *cette réponse ne pourrait pas relever uniquement et intégralement de la solidarité nationale (Etat, CNSA et Conseils Généraux)* ”.

Plus récemment, dans son discours prononcé en mai dernier lors de la conférence “ dépendance ” des Echos, Valérie Létard, alors secrétaire d'Etat à la Solidarité, rappelait avec constance les objectifs de la réforme : “ *La canicule de 2003 a renforcé la prise de conscience des enjeux liés au vieillissement, pris en compte dans les politiques publiques depuis les années 90. Différents plans ont été conduits, avec notamment la création de la CNSA. Avec des résultats : 1.150.000 bénéficiaires de l'APA, instaurée en 2002. Les dépenses ont suivi, puisqu'elles ont plus que doublé au cours des 7 dernières années. Les principales orientations présentées par Xavier Bertrand et moi même au conseil de la CNSA, et ayant fait l'objet d'une première concertation fin 2008 sont les suivantes :*

- *Permettre aux personnes en situation de perte d'autonomie de rester à domicile chaque fois que cela est possible, notamment en multipliant les solutions de “ répit ”, et il faut permettre aux familles d'y accéder.*
- *Augmenter le nombre de places en établissements médicalisés et alléger le reste à charge pour les familles.*
- *Le Cinquième risque doit permettre d'assurer le financement de la perte d'autonomie pour aujourd'hui et pour demain. Il doit pour cela s'appuyer sur la solidarité nationale, qui devra sans doute être complétée par d'autres moyens de financement (contribution du patrimoine, recours à la prévoyance) qui feront l'objet de très prochains débats, dès la prochaine rentrée scolaire. La crise actuelle réduit nos marges de manœuvre et nous devons trouver des solutions pérennes ”.*

¹³ Les Echos du 14/01/09

Les ministres ont changé, le calendrier a pris du retard, mais l'ambition reste intacte. Il faut dire que la République s'est engagée à prendre le problème à bras le corps. Un débat public avec des membres de la société civile est annoncé à l'automne 2009. Xavier Darcos, le nouveau ministre de tutelle, a promis le projet de loi "Cinquième Risque" pour début 2010. Une chose est sûre : il importe que le sujet soit bien enclenché, sinon réglé, avant la mi 2010, afin d'éviter un télescopage avec le grand rendez vous de 2010 sur les retraites.

Le président Nicolas Sarkozy avait au départ parlé de "Cinquième Risque" pour éviter l'analogie avec les "branches" de la protection sociale. Une façon de signifier que tout ne pourra pas reposer sur la solidarité nationale. La terminologie changera peut-être. Certains la jugent « désastreuse », d'autre absconse. Surtout, quelques irréductibles caressent encore l'espoir qu'il y aura bien une cinquième branche consacrée à la dépendance, à côté de la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail.

Un autre pan de la réforme, directement lié à l'organisation du système de santé, porte sur les remèdes à apporter à la coupure qui existe en France entre ce qui relève de la prise en charge médicale, complète, et la prise en charge des soins relevant du médico-social. " *Le vrai sujet, c'est l'amont et l'aval de l'hôpital* ", a-t-on coutume de dire.

Le sujet, qui dépasse largement la question de la dépendance, est l'un des objectifs avancés de la mise en place des Agences régionales de santé (ARS) prévues par la loi Bachelot, ou loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) votée au printemps dernier. Il est particulièrement prégnant dans le cas de la perte d'autonomie. Pour beaucoup de patients dépendants, le passage de l'hôpital (sécurisant puisque la prise en charge est totale) à la maison de retraite est une source de stress important. Quant à la prise en charge, également complète lorsqu'elle relève du sanitaire, elle donne lieu à des restes à charge à partir du moment où l'on bascule dans le médico-social. " *Dans les maisons de retraite médicalisées, les familles apportent un tiers en complément des revenus des résidents* ", observe Rose-Marie Van Lerberghe, présidente du groupe Korian¹⁴. Cette dualité est source d'incompréhension. " *Les familles ont du mal à comprendre la différence entre les traitements purement médicaux, remboursés par la Sécurité Sociale et les dépenses de soins relevant du médico-social encourues pour assurer l'assistance des personnes chroniquement dépendantes, qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie* " complète Bernard Spitz, président de la FFSA.

Vers une refonte de l'APA ?

Le gouvernement l'a dit, il n'est pas satisfait du dispositif de prise en charge des frais de séjour dans les maisons de retraite – l'insuffisance de places en établissements pour personnes dépendantes (Ehpad), notoirement connue, est un autre problème¹⁵ - et en particulier de la superposition d'aides précédemment évoquée. Pour mieux avantager les classes moyennes, une piste était donc à l'étude en fin d'année dernière : remplacer tous les dispositifs auxquels peuvent prétendre les personnes âgées dépendantes par **une nouvelle aide unique, dégressive en fonction des revenus**. La réforme, ambitieuse, avantagerait les classes moyennes, mais d'autres catégories de population verraient leur prise en charge diminuer si les aides fiscales diminuaient.

¹⁴ Revue Risques N°78, juin 2009

¹⁵ il y a 450.000 lits d'Ehpad en France, pour 1,2 million de personnes de plus de 85 ans

Une autre piste est celle d'une **APA recentrée** sur les plus démunis, un peu à l'image de ce qui existe en santé avec la CMU et l'aide à la complémentaire santé. “ *La solidarité nationale ne pourra pas tout prendre en charge, et des choix devront être opérés au profit des plus bas revenus* ”, prévenait ainsi le Sénat en juillet 2008 ¹⁶.

Enfin, il est également envisageable que les critères d'entrée en dépendance soient revus, de façon à ce que ne soient éligibles à l'APA – ou à tout autre futur dispositif – que les personnes les plus dépendantes. On l'a vu, 45% des bénéficiaires sont aujourd'hui classés en GIR 4, un niveau que certains qualifient de dépendance modérée. Cela a sans doute eu des effets vertueux – non quantifiés – en matière de prévention et pour éviter le passage à des niveaux de dépendance plus élevés.

L'expérience internationale l'a prouvé : les régimes consacrés à la dépendance ont notamment été plombés financièrement par la volonté de couvrir un spectre trop large, en intégrant notamment des dépendances légères ou partielles. Lucie Taleyson, d'AXA, enfonce le clou : non seulement “ *un financement par répartition est incompatible à un risque de long terme et croissant* ”, mais aussi “ *à une prise en charge des dépendances partielles* ”. C'est ce qui a coûté très cher dans l'expérience américaine. C'est aussi ce qui a mis à mal le régime en Allemagne 5 ans après sa création.

Bref, l'un des enjeux de la réforme pourrait être - tant pour des raisons sanitaires et médicales que financières - de redonner une autonomie suffisante à près de 40% des gens aujourd'hui considérés comme dépendants. Un objectif plus ambitieux qu'il n'y paraît, car il suppose d'adapter l'environnement à ces “ semi-dépendants ”, et de répondre à leurs besoins en structurant des réseaux de proximité, par exemple autour du médecin traitant, des pharmaciens, des infirmières etc... Plus facile à dire qu'à faire, même si l'expertise des assureurs trouverait la matière à s'exprimer.

L'APA, “ *ce vaste système de redistribution* ”, comme le qualifient certains, sera donc réformée. Mais les arbitrages gouvernementaux n'ont pas encore été rendus. La solidarité nationale privilégiera-t-elle les plus vieux ? Les plus démunis ? Les plus malades ? Les fameuses “ classes moyennes ” ? Tout le monde un petit peu ? Les pistes évoquées ne sont pas nécessairement exclusives l'une de l'autre. Réponse fin 2009 ou début 2010.

Une réforme à iso-budget

Une chose était déjà acquise avant la crise : la réforme de la dépendance devra être effectuée à iso-budget. Le gouvernement n'avait pas l'intention d'engager un euro supplémentaire pour la création du “ Cinquième Risque ” : depuis, la crise est passée par là, et l'état des finances publiques en général, de la Sécurité Sociale en particulier - avec un déficit attendu de 20 milliards d'euros en 2009 (dont 10 milliards sur la maladie) – ne laisse qu'une faible marge de manœuvre pour piloter la réforme. Paradoxalement, cette situation plus compliquée permettra peut-être de mieux faire passer auprès de l'opinion publique une éventuelle régression de la solidarité nationale au profit de l'assurance privée. La crise a bon dos.

Si l'on décrypte les propos de Valérie Létard, le message est très clair : “ le Cinquième risque doit permettre d'assurer la dépendance **pour aujourd'hui et pour demain**. Il doit pour cela

¹⁶ Rapport de la Mission d'information du Sénat sur la dépendance

s'appuyer sur la Solidarité Nationale, qui devra sans doute **être complétée par d'autres moyens de financement** (...). La crise **actuelle réduit nos marges de manœuvre** et nous devons trouver des solutions pérennes ”.

Sur le fond, les experts ne sont pas dupes. “ *Nous savons, même si l'APA est réformée en profondeur, qu'il restera un complément de financement à la charge de la personne dépendante, le montant moyen de l'APA (490 euros) représentant moins du tiers du coût moyen d'une prise en charge à domicile* ”, résumant Lorenzi, Pelletan et Segretain en introduction du numéro spécial “ dépendance ” de la Revue Risque de juin 2009.

L'opinion publique en est-elle seulement consciente ? Un sondage réalisé en juin 2008 par OpinionWay pour la FFSA indiquait que moins de la moitié des Français (48%) se déclaraient favorables à un financement combinant Solidarité Nationale et responsabilité individuelle...

Les propositions de la Mission d'information du Sénat

Si le calendrier de création du “ Cinquième Risque ” a été sensiblement retardé, un certain nombre de grandes orientations ont en réalité déjà été balisées par la Mission commune d'information du Sénat sur la dépendance, conduite par les sénateurs Marini et Vasselle. Leur conviction ? Après examen des modalités de prise en charge de la perte d'autonomie en France, ils l'affirment : “ *le statu quo n'est pas tenable à terme* ”. Le rapport Marini-Vasselle, rendu public en juillet 2008, permet donc d'anticiper certains des arbitrages gouvernementaux, ou à tout le moins de dresser le canevas d'une architecture possible du “ Cinquième Risque ”.

Les principales dispositions sont les suivantes :

- **Améliorer l'outil d'évaluation de la dépendance.** La grille AGGIR ne prend pas suffisamment en compte les maladies neuro-dégénératives, et donne des résultats différents d'un professionnel à l'autre. “ *Un bon connaisseur du mécanisme peut facilement faire basculer en GIR 4 une personne qu'une autre équipe d'évaluation aurait classée en GIR 5. (...) La mise en place d'un outil d'évaluation fiable est un impératif absolu* ”, observe le sénateur Marini. L'outil en question devra être commun au public et au privé. Les assureurs utilisent aujourd'hui d'autres grilles d'évaluation, basées sur les AVQ (actes de la vie quotidienne).
- **Redéfinir le champ de la solidarité, en prenant en compte le patrimoine des personnes dépendantes** lors de l'octroi des prestations publiques. L'idée n'est ni de ré-instaurer le recours sur succession, ni de supprimer le caractère universel de l'APA. La Mission du Sénat prône la mise en place d'un mécanisme de **gage sur patrimoine**, résultant d'un choix ex-ante du bénéficiaire : lors de l'entrée en dépendance, le demandeur pourrait opter pour une allocation à taux plein – le département pourrait alors effectuer une prise de gage, éventuellement anticipée, sur le patrimoine du bénéficiaire – ou sur une allocation diminuée de moitié, aucune mesure conservatoire n'étant alors prise sur son patrimoine. Les seuils à retenir, si la mesure est adoptée, relèvent typiquement d'arbitrages gouvernementaux. Des chiffres ont néanmoins circulé : les personnes âgées disposant d'un patrimoine de 150.000 à 200.000 euros devraient, pour bénéficier de l'APA à taux plein, mettre en gage leur patrimoine à hauteur de 20.000 euros. Ce niveau jugé suffisamment incitatif, correspond “ *au montant moyen d'APA versé par personne* ”, relève la Mission du Sénat. “ *En fixant le seuil de la franchise à 150.000 euros, 44% des bénéficiaires de l'APA seraient concernés par cette*

*mesure de prise de gage ; à 175.000 euros, 39% ; à 200.000 euros, 36% ”, précise Philippe Marini. La mesure permettrait de dégager 800 millions d’euros d’économies dès 2012, et 1,1 milliard en régime de croisière, à partir de 2013. Pour **gérer la transition** – problème sur lequel plancherait activement le gouvernement depuis l’été 2009 –, certains souhaiteraient, au Ministère du Travail, présenter un projet “ dépendance ” dans le cadre du Grand Emprunt afin de lever 1 milliard d’euros : de quoi compenser une éventuelle augmentation de l’aide à domicile, alors que le mécanisme de recours sur héritage mettrait environ 4 ans (soit la durée moyenne de la dépendance) à générer des ressources.*

- **Instituer un financement mixte de la dépendance.** Le mécanisme de gage sur patrimoine est censé avoir une autre vertu : *“ constituer une incitation, sur le long terme, à la souscription de produits d’épargne et de prévoyance en matière de dépendance ”*, explique Philippe Marini. La Mission s’est en effet prononcée pour un financement mixte de la dépendance, associant solidarité nationale et effort des ménages. Et d’expliquer que *“ les produits d’assurance seraient appelés à intervenir au sein du même socle de prestations essentielles, en étant combinés avec les ressources dégagées sur les fonds publics ”*. Tout le débat porte donc sur le positionnement du curseur entre solidarité nationale et assurance. Sur ce point, la Mission du Sénat ne répond pas précisément, mais suggère un schéma dans lequel *“ la clef de répartition entre couverture publique et privée aurait vocation à différer selon la situation de la personne, en fonction de deux critères principaux que sont la capacité de financement du bénéficiaire (mesurée à partir de son revenu et de son patrimoine, et son degré de dépendance évalué médicalement ”*.
- **Instaurer des partenariats public-privé.** Pour la Mission, il n’est pas suffisant de renvoyer vers les couvertures assurancielles ceux qui ont les moyens de mobiliser leur patrimoine et / ou leur revenu. *“ L’enjeu est de prévoir une articulation efficace entre les financeurs publics et les assureurs privés ”*, précise-t-elle. Aussi le “ Cinquième Risque ” sera-t-il intimement lié à la notion de partenariat public-privé (PPP). L’un des objectifs, nous le verrons, est d’inventer une articulation plus efficace que ce qui existe en santé avec une assurance maladie obligatoire et des complémentaires, qui, n’intervenant que sur le ticket modérateur, n’ont en pratique pas la main pour se livrer à un semblant de gestion du risque.
- **Inciter à l’assurance.** La Mission préconise non pas une obligation d’assurance, mais une incitation forte, afin de préserver la transmission des patrimoines. Pour ce faire, elle recommande de permettre i) la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat d’épargne retraite (type PERP) ii) de convertir les contrats d’assurance vie en contrats dépendance sans perte de l’antériorité fiscale (à l’image du mécanisme Fourgous instauré en 2005 pour inciter les épargnants à basculer des contrats d’assurance vie en euros vers les unités de compte, dispositif qui a pu faire jaser a posteriori du fait de la crise financière). Précision importante de la Mission à destination du gouvernement : *“ ces mesures pourraient avoir un impact nul ou limité sur les finances publiques grâce à la mobilisation des enveloppes existantes de déduction d’impôt ”*. Le plafond de déductibilité du PERP (26.621 euros en 2009), en particulier, est assez rarement atteint.
- **Elargir le public assuré.** Le sénateur Marini le reconnaît, *“ les mesures envisagées, notamment la prise de gage sur patrimoine, risquent de ne pas être tout à fait suffisantes pour préserver la capacité de financement de l’APA ”*. Traduction : l’un des enjeux du “ Cinquième Risque ” est bien la diffusion des contrats de prévoyance dépendance auprès d’une population la plus large possible... Car pour une majorité de Français, des mécanismes

de type épargne resteront hors de portée. D'où la nécessité de constituer une base de mutualisation pour l'assurance dépendance pure bien plus importante que ce qui existe aujourd'hui.

- **Assainir le marché de l'assurance dépendance.** *“ Un travail très important doit être effectué pour mettre en place les conditions d'un marché sain, sans lesquelles tout développement d'une couverture assurancielle privée est illusoire ”*, prévient le sénateur Marini. Plusieurs mesures sont en effet jugées indispensables pour rendre les contrats dépendance *“ plus lisibles et plus sûrs pour les assurés ”*. Trois questions devront ainsi être traitées : i) rendre les contrats plus transparents, ce qui passe par une information claire des assurés (savent-ils que l'assureur peut réajuster les cotisations en cas de dérive de la sinistralité ?), mais aussi par **l'instauration d'une définition commune de la dépendance, voire d'un socle minimum commun de garanties** ; ii) réduire l'incertitude sur le risque, ce qui pourrait passer par la mise en place d'une **table réglementaire d'incidence et de maintien en dépendance**, à l'image de ce qui existe en assurance vie. Cela constituerait une petite révolution : chaque assureur fait aujourd'hui avec ses propres données, étant entendu qu'un nombre restreint d'acteurs (assureurs ou réassureurs) disposent véritablement tables d'expérience dignes de ce nom ; iii) régler l'épineuse question de la **portabilité des droits acquis par l'assuré**, tout au long de sa vie, quel que soit le mode de souscription (collectif ou individuel) et l'assureur retenu. *“ Il s'agit d'une question complexe dans le cas de produits de prévoyance dépendance reposant sur un mécanisme de provision pour risque croissant ”*, admet le rapporteur.

On touche là au nerf de la guerre. L'assurance dépendance existe en France. Les produits de dernière génération paraissent plutôt performants. Les assureurs sont conscients qu'ils sont attendus au tournant sur ce risque complexe. Mais l'architecture, voire la gouvernance de ce marché devront effectivement être revus en profondeur, collectivement, pour permettre une généralisation de ce type de couverture.

Les réponses apportées préfigureront la refonte de la protection sociale “ à la française ”

La prise en charge de la perte d'autonomie est un défi sociétal, et un enjeu majeur de financement sur le long terme. Si le sujet est emblématique, c'est aussi parce que derrière le débat sur le “ Cinquième Risque ”, se cachent les réflexions en cours sur la refonte de la protection sociale “ à la française ”.

L'ampleur des déficits atteste des limites des systèmes par répartition. Les récents débats autour de la mise en place de l'ANI (Accord national interprofessionnel), qui prévoit la portabilité des droits en santé et prévoyance pour les ex-salariés pendant 9 mois maximum, ou encore la jurisprudence “ Azoulay ” de janvier dernier sur l'article 4 de la loi Evin (maintien des garanties pour les retraités), laissent entrevoir des évolutions majeures. Il sera désormais de moins en moins possible de raisonner à courte vue, risque par risque, sans passerelles entre les couvertures d'entreprise et les couvertures individuelles. *“ Si l'on se projette à 25 ou 30 ans, l'enjeu est de savoir comment se feront les arbitrages entre les différentes politiques de santé publique (maladie, retraite, emploi, pauvreté, éducation, handicap et famille) au regard des 6 à 12 points de PIB qui devraient être consacrés aux prestations sociales ”*, relève Didier Tabuteau, directeur général de la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité¹⁷.

¹⁷ Revue Risques N°78, juin 2009

Parce que la dépendance est un champ relativement nouveau, parce qu'il s'agit d'un risque " long ", parce que l'articulation entre ce qui relève du public et du privé donnera lieu à une gouvernance d'un type nouveau, le débat sur le " Cinquième Risque ", s'il est bien conduit, servira donc de modèle à la protection sociale de demain. « *Cela pourra être un élément décisif de modernisation de notre système de protection sociale : comme nous ne sommes pas gênés par un ensemble de constructions antérieures, nous pouvons partir de la page blanche* », confirme Gilles Cossic, directeur des assurances de personne à la FFSA

Un exemple en Europe ?

L'enjeu porte aussi à l'échelon européen. Actuellement, chaque pays de l'Union Européenne a sa propre définition de la dépendance, et caresse l'espoir de régler le problème à sa façon. " *Il y a 27 états membres et 27 définitions différentes de la dépendance* ", rappelle Sibylle Reichert, de l'AEIP (Association européenne des distributions paritaires de la protection sociale)¹⁸. Mais qui sait ? " *La dépendance étant un champ nouveau, on pourrait imaginer, à terme, au sein de la protection sociale, une certaine convergence [à l'échelon européen] sur ce risque. (...) La France a un rôle à jouer avec la réforme qui va être mise en place, car c'est le pays où l'on parle le plus de dépendance* ", espère Lucie Taleson, d'AXA.

Au niveau de l'Union Européenne, la dépendance relève depuis 2001 de la Méthode Ouverte de Coordination autrement dit les états membres se sont engagés à assurer l'accessibilité, la qualité et la viabilité des régime de dépendance. Pour ce faire, ils travaillent à la coordination politique des réformes de protection sociale, à la définition d'objectifs et d'indicateurs communs, font des rapports sur leur stratégie et ces rapports donnent lieu à évaluation.

Rappelons qu'il existe trois modèles en matière de protection sociale :

- le **modèle " beveridgien "** est plutôt présent dans les pays nordiques (Danemark, Suède, Finlande), au Royaume-Uni et en Irlande. Il repose sur l'idée que tout doit être pris en charge par l'état, avec une faible part dévolue à l'assurance privée. Au Royaume Uni, les tentatives de développement d'un marché privé de l'assurance dépendance se sont heurtées au désintérêt des assurés, trop confiants dans le filet de sécurité étatique (couplé à leurs craintes quant aux performances financières des produits) et à des pratiques assurantielles un peu laxistes. Au total, les produits d'assurance dépendance lancés dans les années 90, chers et difficiles à vendre, avaient tous été retirés progressivement du marché au milieu des années 2000. Les contrats avaient été souscrits par des générations d'assurés bien plus âgées que ce qu'avaient anticipé les assureurs (d'où une forte anti-sélection, d'autant que les souscripteurs, en général assez aisés et avertis, attendaient le dernier moment pour souscrire ces produits chers), au détriment de leur profitabilité. Par ailleurs, pour doper la production nouvelle, les critères de souscription avaient manifestement été relâchés au fil du temps par les vendeurs, et les questionnaires médicaux n'étaient pas très élaborés¹⁹ ...
- le **modèle " bismarkien "**, assis sur les cotisations du travail est présent en Autriche (1993), Allemagne (1995), Luxembourg (1999), Japon (1995, révisé en 2000). " *Ce modèle a un impact certain sur le coût du travail : en 2007, cela représentait environ 1,94% de*

¹⁸ Conférence Dépendance des Echos, 14/05/09

¹⁹ The Geneva Association, Health & Ageing n°20, Avril 2009

cotisations sur le revenu du travail, et aujourd'hui cela représente environ 3% ”, observe Olivier Picaud, associé chez R&B Partners.

- le **modèle mixte “ d'aide sociale ”**, avec une prise en charge par l'Etat laissant une part potentiellement importante à l'assurance privée. Ce modèle est présent en Italie, en Espagne, au Portugal et en France. Les réformes en cours accentuent le caractère hybride du modèle.

Les politiques en faveur de la perte d'autonomie connaissent des difficultés dans bon nombre des pays qui en ont instauré (voir tableau en page suivante). On peut incriminer “ *des systèmes par répartition combinés à des définitions peu robustes de la dépendance* ”, selon les termes de Lucie Taleyson, et l'absence de véritable partenariat public – privé.

ENCADRE : LE CONTRE-EXEMPLE ALLEMAND

En Allemagne, la loi du 16 mai 1994 créa le système d'assurance sociale dépendance, en totale répartition et sur la base d'une cogestion par les caisses maladies sociales et les caisses privées. La prise en charge des assurés est forfaitaire, avec des niveaux de prestations et des définitions du risque identiques entre le public et le privé. Cette cinquième branche, qui prend en charge environ 1,8 million de personnes, était déficitaire 5 ans après son lancement. Pour assurer son financement jusqu'en 2014, le gouvernement a du annoncer en mars 2008 que les cotisations (au départ plafonnées à 1,7%) allaient augmenter d'environ 15% (de +0,25% à +1,95%, et à +2,20% pour les personnes sans enfants). Si la réforme de 2008 s'avère insuffisante et que les réserves sont épuisées, certains s'attendent à un arrêt du régime dès 2012

Quels sont les principaux défauts de la réforme ?²⁰

- le reste à charge après prestations sociales demeure important compte tenu de l'inflation des prestations ;
- la prise en charge de la démence est insuffisante, face à un coût annuel moyen de 44.000 euros
- la revalorisation des prestations, qui s'étale jusqu'en 2012, est faible (elles ne l'avaient jamais été depuis 1995)
- la réforme a compliqué la prise en charge des soins en institution.

Inutile de dire que ces exemples ont conduit à une certaine frilosité quant à la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale en France (le terme “ branche ” a d'ailleurs été banni du vocabulaire au profit de celui de “ risque ” qui suggère que le privé devra jouer un rôle). Outre la faible marge de manœuvre des finances publiques, un tel système risquerait de pêcher par sa rigidité (quelle gestion des avantages acquis ?) et imposerait un transfert de charge intégral sur les générations futures, au profit des générations d'après guerre. Philippe Trainar, chef économiste de la SCOR, avance même l'idée, avec la dépendance, du “ *dernier hold up des baby boomers* ”...

²⁰ Défauts très bien résumés dans la note de l'Apref de juillet 2009 sur la dépendance

Pour conclure cette première partie, voici un tableau synthétique comparant les systèmes mis en place dans quelques grands pays ²¹. Il en ressort que partout le financement de la dépendance est un sujet de préoccupation, que la place dévolue à l'assurance privée reste encore faible, et que la majorité des personnes acquittent un reste à charge significatif.

	Prise en charge publique	Développement de l'assurance privée	Perspective de développement du marché	Typologie de contrats	Prestataires de S.A.P.	Le reste à charge des personnes ayant accès aux aides gouvernementales
France	• Moyenne	• Moyen	• Moyen	<ul style="list-style-type: none"> • Contrats forfaitaires • 3 millions de contrats • Individuels (45 %) • Collectifs (55 %) 	• Publics ou privés	• 40 % du coût total de la dépendance
Allemagne	• Moyenne	• Faible	• Moyen	<ul style="list-style-type: none"> • Contrat complémentaire ou d'épargne • 1 millions de contrats 	• Privés	• 50 % du coût total de la dépendance
États-Unis	• Faible	• Moyen	• Forte	<ul style="list-style-type: none"> • Individuels • Indemnitaires • 5 millions de contrats 	• Privés	• 33 % du coût total de la dépendance
Japon	• Forte	• Faible	• Faible	<ul style="list-style-type: none"> • Produits forfaitaires • Contrats souscrit avant 2000 essentiellement • 2 millions de contrats 	• Publics ou privés	• 10 % du coût total de la dépendance
Royaume-Uni	• Faible	• Faible	• Fort	<ul style="list-style-type: none"> • Contrats d'épargne • 50 000 contrats 	• Publics ou privés	• 20 % du coût total de la dépendance
Suede	• Forte	• Très faible	• Faible	• Marché quasiment inexistant	• Publics ou privés	• En fonction des revenus

²¹ Source : R&B Partners pour la Conférence Dépendance des Echos du 14/05/09

II. UN RISQUE ASSURABLE

“ La dépendance n’est pas une certitude, mais un risque que peuvent couvrir les schémas d’assurance ”. Guillaume Sarkozy, délégué général de Malakoff-Médéric.

1. Un risque assurable, s’il est bien défini

Un risque complexe et de long terme

Le risque dépendance est complexe à modéliser. “ C’est un risque de long terme pour lequel le manque de recul constitue une réelle difficulté, notamment concernant la détermination des probabilités de survenance du risque, mais également des coûts qu’il peut engendrer et de la manière dont il peut évoluer. Les primes payées par les valides et les prestations versées aux dépendants sont directement corrélées aux entrées en dépendance et aux décès. Afin de pouvoir tarifier et provisionner le risque assuré, il est donc nécessaire d’identifier quelle modélisation traduit le plus fidèlement les liens qui existent entre les différents états possibles ”, explique le cabinet d’actuariat conseil Optimind.

En schématisant, l’assuré peut avoir trois statuts : il est soit valide, soit dépendant, soit décédé. Modéliser le risque dépendance suppose de considérer, au minimum, les trois lois suivantes :

- la **loi d’incidence**, c’est à dire la probabilité de passer, en fonction de l’âge, de l’état valide à l’état dépendant ;
- la **loi de mortalité des valides**, c’est à dire l’espérance de vie des non dépendants ;
- la **loi de maintien en dépendance**, c’est à dire l’estimation de la durée moyenne de la dépendance, en fonction de l’âge.

A titre illustratif, l’âge moyen d’entrée en dépendance est de 78 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes¹. La durée de la perte d’autonomie est très variable selon le type de dépendance. Elle peut notamment être assez longue dans le cas de la maladie d’Alzheimer, qui est la première cause d’entrée en dépendance. En moyenne, elle est de 4,4 ans (3,7 ans pour les hommes, 4,7 ans pour les femmes). La durée de dépendance partielle est comprise entre 6 et 8 ans.

Le système peut être raffiné en tenant compte de différents niveaux de dépendance (partielle ou totale), ce qui suppose alors de modéliser le passage d’un état à l’autre et la loi de mortalité relative à chacun des états. Malheureusement, les produits trop complexes sont à la fois difficiles à faire comprendre aux assurés et à suivre par les assureurs. En la matière, le raffinement n’est pas dénué d’effets pervers...

Certains postulats sont donc en général retenus :

- un individu dépendant ne peut pas redevenir valide ;
- un individu en perte d’autonomie ne peut pas revenir à un niveau de dépendance inférieur.

Cette **notion d’irréversibilité**, nous le verrons, est nécessaire à la construction des produits d’assurance dépendance, et donc à l’assurabilité du risque. Elle pose aussi la question de la frontière entre handicap et dépendance, ou, dit autrement, le fait de circonscrire le risque à la perte d’autonomie chez les personnes âgées, les retour à meilleure fortune étant alors effectivement assez rares.

¹ Enquête HID

Autre élément de complexité : **il n'existe pas de table officielle en matière de dépendance**. Les lois précédemment évoquées sont donc estimées par chaque assureur (ou plutôt par chaque réassureur, car ce sont souvent eux qui disposent de tables d'expérience exploitables) sur la base du portefeuille à modéliser, en les complétant éventuellement par les quelques données publiques existantes, comme les statistiques issues de l'enquête HID. “ *Pour avoir une table d'expérience, il faut avoir commercialisé le contrat dépendance depuis au moins 15 ans* ”, reconnaît un assureur. La Mission du Sénat, nous l'avons vu, a d'ailleurs souligné que le développement du marché supposerait de construire une table officielle, à l'image de ce qui existe en assurance vie.

Le cabinet Optimind souligne par ailleurs que les tables qui sont utilisées sont statiques, alors que la dépendance, nous l'avons vu, est un risque non stabilisé et vraisemblablement corrélé. Il suggère d'intégrer le phénomène de dérive en adoptant des tables prospectives bi-dimensionnelles, dans lesquelles les probabilités de transition d'un état à l'autre et de maintien en dépendance seraient fonction à la fois de l'âge et du temps.

La définition de la dépendance, pierre angulaire du système

Il n'existe pas à proprement parler de définition officielle de la dépendance – ou de la perte d'autonomie - dans la loi. Le législateur s'est penché sur le sujet dans les années 80, sans apporter réellement de réponse. La mise en place de l'APA, au 1^{er} janvier 2002, a toutefois permis, nous l'avons vu, de fixer des barèmes uniques pour la France entière avec la grille AGGIR.

Précision qui a son importance pour les régimes d'entreprise, les couvertures dépendance sont assimilées à de la prévoyance complémentaire² : dans un contrat collectif obligatoire, la dépendance est considérée comme un risque complémentaire, donc déductible, même si techniquement la couverture n'intervient pas en complément de la Sécurité Sociale, contrairement à ce qui se passe en santé.

Le système est néanmoins jugé insuffisant pour bien déterminer le fait générateur, à savoir l'entrée en dépendance. Il montre ses limites dans le cas des démences, plus difficiles à appréhender que les pertes d'autonomie fonctionnelles. Les assureurs remplacent ou complètent d'ailleurs la grille officielle avec leurs propres référentiels, comme les **AVQ** (actes élémentaires de la vie quotidienne) : se nourrir, s'habiller, se laver, se déplacer. En France, la dépendance est jugée totale si la personne n'est pas capable de réaliser seule 3 AVQ sur 4, partielle si elle ne peut pas en effectuer 2 sur 4. D'autres indicateurs existent, basés sur la perte de mobilité, la perte de capacité psychique (problèmes d'orientation, troubles du comportement), ou la capacité à faire face à son quotidien (gérer son budget, faire ses courses).

Comme l'observe Jean Frey, de Parner Re, “ *la notion d'AVQ est simple à comprendre, mais difficile à appliquer* ”³. Exemples à l'appui, il démontre que d'une équipe d'évaluation à l'autre, une personne âgée peut être considérée autonome ou dépendante, partiellement dépendante ou totalement dépendante. En pratique, les assureurs n'utilisent pas toujours le même nombre d'AVQ (certains en rajoutent un cinquième : être capable d'aller seul aux toilettes), et leur définition peut varier.

² Circulaire du 25/08/05

³ Amrae, janvier 2009, Atelier Dépendance

Pourquoi une telle importance accordée à la définition de la dépendance (alors qu'il n'en existe aucune officielle ou homologuée) ? “ *C'est la pierre angulaire de la conception des produits* ”, défend Lucie Taleyson, d'AXA. Et d'expliquer que la définition doit être :

- simple, précise, facile à comprendre par les assurés ;
- objective et reproductible ;
- mesurable et quantifiable ;
- adaptée à la fois aux pertes d'autonomie fonctionnelles et aux démences sévères.

Couvertures forfaitaires vs. indemnitaires

Quel type de couverture offre l'assurance ? On touche là à un autre credo des assureurs français : s'il est possible de couvrir l'état de dépendance, il est en revanche beaucoup plus compliqué de s'engager sur les conséquences de la perte d'autonomie. La première approche, “ à la française ”, est qualifiée de forfaitaire. Une rente viagère, dont le montant est défini lors de la souscription, est versée en cas d'entrée en dépendance. La seconde, “ à l'américaine ” est indemnitaire.

L'approche indemnitaire est plus proche de la réalité des risques, puisqu'elle revient à couvrir des soins – ce qui est difficile à anticiper, tarifier et piloter - , et donc à se placer dans une logique de remboursement. En France, cette approche est jugée non assurable, compte tenu de l'imprévisibilité à long terme du coût des indemnités : les assureurs disent souvent que cela reviendrait à prendre un risque sur l'évolution du coût du Smic à horizon 30 ans ! Bref, cette logique conduit à assumer la dérive des coûts, ce qui est particulièrement difficile à appréhender dans un environnement de droit jurisprudentiel et donc inflationniste. Pour être efficace, elle doit déboucher sur une contractualisation des prestations, domaine dans lequel les assureurs français ont certes progressé (optique, dentaire) mais ont encore du chemin à parcourir.

Le **marché américain** s'est donc positionné au départ dans une logique indemnitaire. Six millions de personnes sont couvertes aux Etats-Unis, soit deux fois plus qu'en France en nombre mais deux fois moins en taux de pénétration (2,5% de la population aux Etats-Unis contre 5% en France), ce qui en fait le premier marché au monde du “ long terme care ”. Le marché est toutefois stagnant, voire sur le déclin. L'absence de maîtrise des risques, des erreurs de tarification (en matière de taux de chute et de rendement financier, notamment), ont conduit un certain nombre d'opérateurs privés à quitter ce marché, après avoir extériorisé des pertes significatives. Ceux qui sont restés ont imposé d'importantes hausses tarifaires. Beaucoup d'assureurs américains avaient sous-estimé leurs engagements faute d'avoir pu anticiper l'inflation des coûts médicaux, mais aussi l'évolution du risque qui reposait sur des définitions sans doutes trop laxistes de la perte d'autonomie, sans référence notamment à la notion d'irréversibilité. Depuis quelques années, les assureurs américains tenteraient de diversifier leur offre avec des produits de type forfaitaires.

Au total, trois conditions sont nécessaires pour bâtir un produit d'assurance dépendance, résume Bruno Latourette, directeur technique chez SCOR Global Life :

- la définition de la dépendance retenue doit être **objectivable** pour limiter l'incertitude sur l'état de dépendance (irréversibilité), faute de quoi “ *l'incertitude créée conduit à l'impossibilité de tarifier le produit* ” ;
- les garanties doivent être **simples à comprendre** par l'assuré et maîtrisables par l'assureur (rente forfaitaire)
- une **clause de révision des tarifs** doit être prévue pour corriger d'éventuelles dérives ou faire face à des chocs futurs (évolution possible de la prime)

A ces conditions – une définition “ robuste ”(c’est à dire restrictive) et des garanties encadrées– la dépendance est bien un risque assurable. Sa complexité, couplée à l’intensité potentielle des indemnités, est compensée par le fait que sa fréquence reste faible (bien qu’en augmentation), et que la durée de dépendance est relativement brève. Gérard Ménérou, directeur général adjoint de CNP Assurances, a ainsi coutume de dire que “ *le sinistre maximum assumable* “ (de l’ordre de 1.800 à 3.000 euros par mois en dépenses d’assistance), est élevé, mais sur une durée moyenne de l’ordre de 3,5 ans : on est sur des coûts de l’ordre de la centaine de milliers d’euros, ce qui est très inférieur à ce qui est versé dans le cas de corporels graves en auto ”. Les ordres de grandeur n’ont également rien à voir avec les indemnités attribuées lors de fautes médicales sur des bébés à la naissance (savoir si la responsabilité civile des obstétriciens est un risque assurable fait d’ailleurs largement débat).

Reste la question de la taille critique. Aux conditions évoquées précédemment, le risque est jugé “ *pilotable, donc assurable* ”. Mais il faut aussi que les effectifs en portefeuille soient significatifs. “ *Ils doivent excéder plusieurs dizaine de milliers d’assurés* ”, indique François Lusson, actuaire associé chez Winter & Associés. Ce qui explique que le nombre d’acteurs réellement influents en France dans le domaine de l’assurance dépendance n’est pas légion.

2. La France, pionnière en matière d'assurance dépendance

Le marché existe depuis 25 ans, mais pèse encore peu chez les assureurs

Avec 3 millions de personnes assurées, la France est le deuxième marché de l'assurance dépendance au monde, derrière les Etats-Unis. Mais elle est première en taux d'équipement, avec près de 5% de la population totale équipée (2,5% aux Etats-Unis).

Avec un peu moins de 500 millions d'euros de primes collectées, le marché de l'assurance dépendance pèse encore peu dans les comptes des assureurs (le chiffre d'affaires des assurances de personnes dépasse les 150 milliards d'euros rien que pour les sociétés adhérentes à la FFSA). C'est beaucoup moins que la complémentaire santé, qui représente 29 milliards d'euros de chiffre d'affaires. C'est près de la moitié du marché des contrats obsèques, qui, selon la FFSA, totalisait en 2008 un volume de primes de 857,3 millions d'euros.

Autre illustration assez emblématique : les 18 millions d'euros de chiffre d'affaires réalisés par les institutions de prévoyance avec des garanties dépendance, bien qu'en forte progression (+40%) ne représentent, en 2008, que 0,35% de leur activité de prévoyance (4,9 milliards d'euros), et 0,16% de leur activité assurantielle totale (11 milliards)...

Le premier produit d'assurance dépendance individuel, Safir, a été créé en 1985 par AG2R. L'apparition de ce marché visait à répondre aux besoins liés au vieillissement de la population, à une prise en charge insuffisante et tardive de la perte d'autonomie par les pouvoirs publics, et à l'incapacité des familles à assumer le coût total de la prise en charge de leurs ascendants.

Ces produits comblaient aussi un réel trou de couverture, les dispositifs existants par ailleurs ne ciblant pas réellement la perte d'autonomie des personnes âgées :

- les garanties d'assistance incluses dans certains contrats santé sont très limitées en montant et en durée, et elles ne rentrent pas dans le champ des garanties des contrats responsables ;
- les contrats GAV (garantie des accidents de la vie) sont activés, par définition, suite à un accident, et ils sont vendus avec une limite d'âge à la souscription ;
- les garanties incapacité et invalidité des contrats de prévoyance (PTIA, ITT, IPT) visent à compenser la perte de revenu engendrée par l'arrêt de la vie professionnelle suite à un handicap,
- les contrats type rente de survie ou épargne handicap sont beaucoup plus ciblés.

Pour mémoire, l'APA et les garanties dépendance n'ont pas vocation à pallier une perte de revenu, mais à prendre en charge le coût quotidien de la perte d'autonomie.

Il existe deux types de contrats dépendance :

- les contrats de **prévoyance**, pour lesquels la dépendance est la garantie principale. Ces contrats se caractérisent par l'ouverture du droit à prestation (en général, le versement d'une rente) dès la survenance du risque. Ce type contrat est également commercialisé dans le cadre d'un package avec la santé. Plus de 90% des assurés en dépendance ont souscrit à un produit de ce type.
- Les contrats **d'assurance vie**, pour lesquels la garantie principale est une garantie décès ou épargne retraite et la couverture dépendance est une garantie complémentaire. En 2008, on compte 145.000 personnes (données FFSA) assurées par un contrat dont la dépendance est complémentaire à la garantie principale (décès, épargne ou retraite). Jusqu'en 2004, le nombre de têtes assurées par un tel contrat connaissait chaque année un développement

important, avec des taux de croissance annuelle élevés. Ces croissance étaient même plus fortes que celles des contrats dont la garantie dépendance était la garantie principale. Depuis 2005, la tendance s'est inversée et le nombre de contrats souscrits connaît un développement beaucoup plus faible, avec une croissance inférieure.

Les premiers contrats commercialisés ont été des contrats de prévoyance pure, proposant soit une sortie en rente, soit une sortie en capital permettant d'adapter l'habitat à la perte d'autonomie de l'assuré. Depuis, les produits se sont sophistiqués, avec la multiplication des offres et des services, mais la philosophie générale n'a pas bougé, les assureurs ne s'étant jusqu'à présent pas écartés de la logique forfaitaire.

Le marché de l'assurance dépendance, actuellement frappé par un certain attentisme autour du projet de loi "Cinquième Risque", serait malgré tout promis sinon à un bel avenir, du moins à des taux de croissance conséquents. Selon une étude Xerfi du 15 juillet 2009, "*le marché de l'assurance dépendance ralentira en 2009, en lien avec la crise économique et les tensions sur le pouvoir d'achat. Mais si la loi sur la prise en charge de la dépendance est publiée en 2010, le marché bondira de 12,5%*". Et de rappeler qu'aujourd'hui, à peine 20% des plus de 60 ans ont souscrit à une assurance dépendance.

Trois millions de personnes couvertes

Que représente aujourd'hui le marché de l'assurance dépendance ? La réponse est moins simple qu'il n'y paraît. Il n'existe en effet **aucune statistique globale**, agrégeant les contrats souscrits par les trois familles d'organismes (assureurs privés, institutions de prévoyance et mutuelles). La Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) publient chaque année des données consolidées relatives à leur marché. En revanche, la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF) ne s'était jusqu'ici pas livrée à l'exercice. Interrogée sur le sujet, elle a répondu "*être en train d'y travailler pour septembre ou octobre 2009*". Il n'est en outre pas impossible que certains contrats de mutuelles soient directement ou indirectement comptabilisés dans les données FFSA, la CNP étant dans certains cas le porteur de risque.

Du coup, deux chiffres, faciles à retenir, circulent depuis quelques années : **3 millions de personnes couvertes, et 500 millions d'euros de primes**. Cela a le mérite de la simplicité. On est sans doute pas très loin de la réalité. La FFSA fait état de 2.006.400 personnes assurées par ses sociétés membres, et de 387 millions d'euros de cotisations. Le CTIP parle de plus 300.000 salariés couverts au titre de la dépendance via des contrats collectifs d'entreprise, et de 18 millions d'euros de cotisations, un chiffre en hausse de 40% par rapport à 2007. Le delta proviendrait donc des garanties offertes par les mutuelles. Souvent vendues en inclusion dans les contrats santé, elles n'ont pas toujours consisté en des contrats de type viager : dans beaucoup de cas, il s'agissait de garanties annuelles, pour un coût certes modique, mais dont l'utilité reste à démontrer. La "viagérisation" des garanties est toutefois à l'œuvre depuis quelques années.

La croissance du marché ralentit

Seuls les chiffres diffusés par la FFSA permettent de se livrer à quelques analyses.

Pour mémoire, 1.115.000 personnes de plus de 60 ans bénéficient actuellement de l'APA (31/12/08). Sur les 3 millions de personnes réputées dotées d'un contrat d'assurance dépendance

en France, 2.006.400 personnes sont assurées par des sociétés d'assurance membres de la FFSA, dont 144.800 via une garantie complémentaire. **Pour 93% des assurés, la dépendance est donc souscrite comme garantie principale.**

Le marché de l'assurance est en croissance tant en nombre de têtes assurées qu'en cotisations. L'attentisme lié au projet de loi "Cinquième Risque" est confirmé par les chiffres : **le nombre de têtes assurées ne progresse que faiblement depuis 2005**, avec un flux annuel net (entrées – sorties) passé sous le seuil des 75.000 personnes, alors qu'il représentait 202.000 personnes en 2005. Quant aux cotisations, elles progressent de moins de 10% depuis 2005. Au total en 2008, le nombre de têtes a progressé de 4%, et les cotisations (garantie principale uniquement) de 9%, à 387 millions d'euros.

Total Marché	# têtes assurées (garantie principale + complémentaire)			
	Au 31/12	Var.	Nvlls têtes	Flux net
1999	903.539		152.039	ND
2000	1.098.032	+22%	170.309	ND
2001	1.325.032	+21%	232.729	ND
2002	1.434.993	8%	125.092	ND
2003	1.515.823	+6%	107.950	81.000
2004	1.621.349	+7%	112.791	106.000
2005	1.823.517	+12%	236.857	202.000
2006	1.868.740	+2%	97.764	45.000
2007	1.935.773	+4%	103.573	67.000
2008	2.006.390	+4%	121.116	71.000

Garantie PRINC.	# têtes assurées			Cotisations	
	Au 31/12	Var.	Nvlls têtes	Milliers d'euros	Var.
1999	853.147		114.086	119.548	
2000	1.033.120	+21%	155.873	147.612	+23%
2001	1.240.367	+20%	211.412	188.337	+28%
2002	1.334.370	+8%	105.318	215.335	+14%
2003	1.400.021	+5%	88.805	250.923	+17%
2004	1.492.101	+7%	93.682	279.499	+11%
2005	1.687.276	+13%	223.232	315.197	+13%
2006	1.727.470	+2%	86.902	343.449	+9%
2007	1.794.002	+4%	94.239	355.408	+3%
2008	1.861.569	+4%	107.129	386.954	+9%

Les options dépendance en inclusion ont moins la cote

Les montants de cotisations pour les options dépendantes incluses dans d'autres contrats (garanties complémentaires) ne sont pas disponibles, la cotisation étant en général globalisée avec celle de la garantie principale du contrat. Jusqu'en 2004, leur croissance était importante (+12% à +30%). Elle s'est nettement ralentie depuis 2005.

Inclusion	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
# têtes	50.392	64.912	84.665	100.623	115.802	129.248	136.241	141.000	141.771	144.821
Var		29%	30%	19%	15%	12%	5%	3%	1%	2%
Flux	37.953	14.436	21.317	19.774	19.145	19.109	13.655	10.862	9.334	13.987

L'individuel dépasse le collectif

Jusqu'en 2001, le marché était plutôt dominé par les contrats collectifs, qui représentaient plus d'un assuré sur deux. La proportion est désormais inverse : 54% des personnes dotées d'un contrat dépendance en garantie principale, soit 1.012.300 personnes, sont assurées en individuel, et 46%, soit 849.300 personnes, via un contrat collectif.

Avec 363,5 millions d'euros de primes (+9%), l'individuel représente toutefois 94% de la collecte totale des contrats dépendance souscrits en garantie principale. **La cotisation moyenne par assuré en individuel est en légère hausse et s'établit, en 2008, à 359 euros par an.** Les statistiques corroborent donc les dires de Gérard Ménéroud, directeur général adjoint de la CNP, qui a coutume de dire que " *s'assurer contre la dépendance coûte 1 euro par jour* ". Nous reviendrons sur ce point par la suite, mais on observe que les prestations versées ont bondi de 50% en 2008, à 95,5 millions d'euros.

INDIV.	# têtes assurées	Cotisations (millions d'euros)	Cotisation moyenne (euros)	Prestations versées (millions d'euros)	Provisions (millions d'euros)
2003	705.000	230,9	328	29,0	991
2004	795.000	261,1	329	35,9	1.188
2005	885.000	295,4	334	40,8	1.420
2006	913.000	320,2	351	49,9	1.640
2007	976.000	332,0	340	63,8	1.888
2008	1.012.000	363,5	359	95,5	2.106

Les contrats collectifs représentent une collecte de 23,5 millions d'euros en 2008. Compte tenu d'un profil de population différent, de souscriptions plus précoces et d'une mutualisation des risques plus large, **la cotisation moyenne en collectives s'élève à 28 euros par an.** Comme en individuel, les prestations ont beaucoup progressé en 2008 (+39% à 16,5 millions d'euros).

COLLECT.	# têtes assurées	Cotisations (millions d'euros)	Cotisation moyenne (euros)	Prestations versées (millions d'euros)	Provisions (millions d'euros)
2003	695.000	20,0	29	8,3	70
2004	698.000	18,4	26	9,9	79
2005	802.000	19,8	25	10,5	90
2006	815.000	23,2	29	10,3	113
2007	818.000	23,4	29	11,9	122
2008	849.300	23,5	28	16,5	149

Les “ vrais ” contrats collectifs d’entreprise ne sont pas encore légion : sur les 849.300 personnes assurées en collectif, 92%, soit 779.000 personnes le sont dans le cadre d’un package constitué avec une complémentaire santé, tandis que 70.300 personnes seulement sont couvertes dans le cadre d’une entreprise ou d’un groupe professionnel. Ce marché, sur lequel filtrent peu d’information, serait en réalité porté par les garanties en inclusion des contrats santé des mutuelles de fonctionnaires.

Jusqu’à une période récente, il s’agissait dans la plupart des cas de contrats à engagement annuel, autrement dit la garantie couvre le risque de l’exercice, et la cotisation – faible, tout comme le risque – , est calculée à chaque début d’exercice en fonction de la démographie du groupe. La prévalence de la dépendance étant directement corrélée à l’âge, l’utilité de la garantie dépendance dépend donc surtout, dans ce cas, des conditions de maintien de la couverture après la période d’activité. La bascule vers des couvertures viagères, recommandée, est désormais en cours.

Le marché du collectif d’entreprise ne concerne aujourd’hui qu’une dizaine d’accords d’entreprises et quelques accords de branche (avocats, poissonniers...), mais il serait en croissance (aucune statistique récente ne permet de le mesurer, ni d’évaluer l’impact de la crise sur le sujet). Le baromètre CTIP / Credoc de février 2008 laissait entrevoir un début d’appétit pour ce type de couverture, tant de la part des salariés que des employeurs. Appétit à nuancer à plusieurs titres. D’abord, il ne correspond pas totalement à ce qui serait envisagé dans la réforme Cinquième Risque (86% des salariés se déclaraient favorables à la création d’une nouvelle branche de Sécurité Sociale). Ensuite, l’investissement mensuel susceptible d’être consacré à la dépendance reste faible (69% des salariés se déclaraient prêts à souscrire une garantie spécifique dépendance moyennant 10 euros par mois). Enfin, les employeurs balancent, 50% d’entre eux se disant prêts à intégrer une garantie dépendance dans la prévoyance de l’entreprise. Il serait intéressant de voir ce que le même type de sondage donnerait aujourd’hui...

Un marché atomisé... et concentré

Paradoxalement, le marché de l’assurance dépendance est à la fois atomisé et concentré. Atomisé, car bon nombre d’assureurs distribuent un produit dépendance, qui d’une certaine façon, est le dernier de la gamme susceptible d’être vendu en matière de prévoyance. Concentré, car seul un petit nombre d’acteurs, à même de maîtriser le risque, représentent l’essentiel des parts de marché. Le phénomène s’observe sur les garanties principales en individuel comme en collectives, mais aussi sur les options dépendance vendues comme garanties complémentaires.

Il y a peu de véritables opérateurs dépendance, et il y en a d’autant moins que **ce risque est très largement réassuré**. Le système des quote-part serait la seule forme de réassurance utilisée pour couvrir les portefeuilles dépendance, en individuel comme en collectives. Le recours à la réassurance permet l’accès à la connaissance technique d’un risque pour lequel les assureurs manquent de recul et pour lequel, nous l’avons vu, il n’existe pas de tables officielles. Outre un partage du sort, cette solution permet d’abord aux assureurs de construire leur tarif. En France, la SCOR exerce une dominance de fait sur le marché de la dépendance : non seulement elle réassure 50% à 60% du marché, mais elle fournit aussi des contrats clefs en main aux petits opérateurs. Peu présent en direct sur le marché, AXA, sans en faire une grande publicité, réassurerait aussi un certain nombre de portefeuilles.

Sur la base des données FFSA, le marché est concentré en individuel sur 4 sociétés qui représentent, à fin 2008, 75% du nombre de têtes assurées et de la collecte de l'année.

INDIVIDUEL	Contrats en portefeuille		Affaires nouvelles	
	# têtes assurées	Cotisations	Nouvelles têtes	Cotisations annuelle
Groupama-Gan	22,2%	15,9%	12,7%	10,1%
CNP (yc La Banque Postale)	17,9%	20,0%	24,1%	19,1%
Prima (AG2R)	17,4%	17,1%	2,5%	1,4%
Predica	17,2%	22,3%	13,7%	18,7%
ACM Iard	6,9%	5,3%	14,5%	13,9%
SAFBTP	5,8%	3,9%	7%	2,4%
Saprem (Malakoff – Médéric)	2,6%	3,8%	3,2%	4,0%
Aviva Vie	2,0%	2,2%	2,7%	3,8%
Prévoir RD	1,8%	2,3%	4,7%	6,9%
AGF Iart	1,5%	1,5%	3,3%	2,5%
Natixis Ass	1,5%	1,4%	6,4%	3,9%
AXA France Assurance	NC	2,1%	1,2%	8,6%
Antarius	NC	NC	1,8%	2,7%
Suravenir Assurance	NC	NC	1,4%	NC
Autres	3,2%	2,3%	0,8%	2,0%
TOTAL	1.012.300	363,5 Meuros	77.900	26,9 M euros

Le marché est encore plus concentré en collectives : 4 sociétés d'assurance les commercialisent, mais CNP Assurances totalise 92% des personnes protégées et 80% des cotisations de l'année. A noter que ces chiffres ne reflètent l'état du marché que de manière imparfaite, puisqu'ils n'agrègent pas les contrats commercialisés par les institutions de prévoyance, historiquement très présentes en collectives.

COLLECTIF	# têtes assurées	Cotisations
CNP	91,7%	79,8%
Saprem (Malakoff-Médéric)	5,0%	10,7%
Prima	1,9%	4,5%
MMA Iard	1,4%	5,0%

Le marché des garanties complémentaires est également très concentré, AGF totalisant 60% des contrats :

Contrats Complémentaires	
AGF Vie	60,3%
Aviva Vie	17,0%
AXA France	15,6%
Maaf Vie	3,8%
Generali Proximité (GPA)	3,1%
Autres	0,1%

Distribution : les banquiers ont doublé les assureurs

Pour la première fois en 2008, la collecte réalisée par les réseaux de bancassurance a dépassé celle des réseaux d'assurance, avec respectivement 200 millions et 187 millions d'euros de collecte⁴. En nombre de têtes assurées, le poids de la bancassurance est encore plus marqué, puisqu'elle représente les deux tiers des personnes couvertes. On retrouve trace ici du rôle joué par la CNP en collectives.

Depuis 2003, l'évolution des parts de marché des deux modes de distribution a été la suivante :

	Assureurs	Bancassureurs
2003	63%	37%
2004	60%	40%
2005	55%	45%
2006	50%	50%
2007	50%	50%
2008	48%	52%

Des prestations en forte hausse

L'année 2008 aura sans doute marqué un tournant dans l'histoire des contrats dépendance en garantie principale, **les prestations ayant progressé plus de 5 fois plus vite (+48%) que les cotisations (+9%)**. 112 millions d'euros de prestations ont été versées en 2008 par les sociétés d'assurance membres de la FFSA, pour 387 millions d'euros de cotisations. La charge de prestations atteint au total 356,8 millions d'euros. Il en résulte sur 2008 un ratio de sinistres à primes (S/P) de 92%. A noter que les provisions techniques afférentes aux contrats dépendance représentent 2,25 milliards d'euros, soit 5,8 années de primes.

Les prestations sont versées principalement sous forme de rente viagère, mais aussi sous forme de capitaux et de prestations en nature, précise la FFSA. Elles concernent dans 85% des cas des contrats individuels.

Cette croissance des prestations est la plus forte jamais observée depuis le début des années 2000. La FFSA explique le phénomène par “ *l'entrée en dépendance des personnes ayant souscrit la première génération de contrats, datant du milieu des années 80* ”. Il sera intéressant de vérifier à l'avenir si les ratios de S/P se dégradent sous l'effet de cette tendance, et si le risque avait été correctement provisionné jusqu'à présent.

Quant à savoir si les opérateurs disposent d'une matière suffisante pour piloter le risque, le débat reste ouvert. “ *Nous possédons maintenant un certain recul pour pouvoir juger de ce risque à travers des contrats d'assurance dont les prestations croissent de 20% par an environ* ”, assure Bernard Spitz, président de la FFSA. “ *il faut reconnaître que l'on a pas encore le recul nécessaire sur les conséquences de la dépendance en fonction du vieillissement actuel de la population* ” admet un réassureur.

⁴ Les chiffres n'intègrent pas les cotisations des membres du CTIP (institutions de prévoyance) et de la FNMF (mutuelles). Les réintégrer modifierait sans doute l'équilibre des forces en matière de distribution

Garantie Principale	Prestations (millions d'euros)	Charge de prestation (millions d'euros)	S/P	Provisions (millions d'euros)
1999	15,7			541,9
2000	19,9			637,6
2001	24,1			770,9
2002	28,6			903,0
2003	37,3	196	78%	1.061,3
2004	45,8	252	90%	1.267,4
2005	51,4	293	93%	1.509,4
2006	60,3	304	88%	1.752,9
2007	75,6	333	94%	2.009,8
2008	112,0	357	92%	2.254,5

3. Des produits simples pour un risque complexe

Des produits simples ?

Nous l'avons vu, le marché de l'assurance dépendance est majoritairement composé de contrats de prévoyance (également appelés "de risque"), construits sur des modèles forfaitaire. La souscription continue de la prime donne droit, en cas de dépendance, à un montant de rente viagère déterminée à l'avance. Cette rente peut éventuellement être convertie en services. Il s'agit en général de produits dits "à fonds perdus" - les assureurs n'aiment pas cette terminologie à connotation négative - c'est à dire que si l'assuré ne bascule pas dans la dépendance après 60 ans, les primes versées ne donnent pas lieu à une quelconque restitution. Cette approche a néanmoins un mérite : elle permet " *la souscription de produits simples pour un risque complexe* ", insiste Lucie Taleyson, d'AXA.

L'acte de vente est en théorie assez simple, si l'on fait abstraction du questionnaire médical le souvent en vigueur pour les contrats individuels (de plus en plus d'assureurs le remplacent par une déclaration de santé pour des souscriptions avant 60 ou 65 ans). Il n'y a que deux choses à fixer : le montant de la rente mensuelle, et le choix d'élargir ou non la couverture à la dépendance partielle. La prestation correspond alors, en général, à une rente réduite correspondant à un pourcentage (25% à 50%) de celle versée en cas de dépendance lourde, ou au versement d'un capital pour aménager l'habitat. Les contrats prennent rarement effet immédiatement. La plupart intègre un délai d'attente (3 ans en cas de maladie neuro-dégénérative, 1 an pour les autres pathologies), et un délai de carence (en général de 3 mois une fois que la dépendance est constatée).

La prime est calculée en fonction de l'âge de l'assuré à la souscription du contrat. Elle augmente avec l'âge de souscription, qui était en 2007 de 62 ans en moyenne. Une limite d'âge à la souscription est souvent fixée, afin d'éviter une prime trop élevée et un questionnaire trop lourds, pendants d'un risque d'anti-sélection élevé. " *En vertu du principe d'équivalence, la prime pure correspond au montant de prime qui permet d'égaliser, à la date de souscription, la valeur probable de l'engagement de l'assureur et celle de l'assuré. Les deux principales provisions à constituer sont la provision pour risques croissants pour les assurés valides, et la provision pour sinistres à payer pour les assurés dépendants* ", rappelle le cabinet Optimind.

De la première à la quatrième génération de produits

Comme nous l'avons vu, les contrats d'assurance dépendance français ne se sont guère départis, depuis 25 ans, de l'approche forfaitaire chère aux assureurs. Ils ont malgré tout évolué au fil du temps afin de mieux prendre en compte les attentes des assurés. Les contrats de deuxième génération intègrent ainsi la dépendance partielle, et les contrats de troisième génération reposent sur une offre assortie de prestations de services, permettant à l'assuré et à sa famille d'avoir accès à l'information, de déléguer une partie des démarches et de trouver du personnel qualifié. Ces contrats prévoient des prestations d'assistance assez larges.

Il est intéressant de constater, au fil de discussions sur le sujet avec des assureurs, que la "tentation indemnitaire" est partout latente, mais rarement assumée compte tenu du dogme de l'assurabilité évoqué précédemment. Le schéma ci-après, préparé par SCOR pour la conférence Dépendance des Echos du 14 mai dernier, est à ce titre éloquent : la quatrième génération de contrat basculera-t-elle, un peu, beaucoup, passionnément ou pas du tout vers

l'indemnitaire ? Les assureurs se rendent compte que les schémas d'assurance proposés actuellement ne sont peut-être pas assez vendeurs, sans pour autant que les Français ne soient massivement prêts à abandonner totalement une sortie sonnante et trébuchante (rente ou capital).

Alors que le Cinquième Risque est en préparation, assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance sont aujourd'hui engagés dans la course des services à la personne, l'idée étant de trouver l'offre qui, tout en restant un contrat d'assurance, donne accès à ce dont les personnes confrontées à la dépendance ont vraiment besoin, et surtout soit fidélisante. Bref, il reste à inventer la fusion intelligente entre forfaitaire et indemnitaire.

Date	Type de dépendance	Définition	Garantie
1985	Totale	AVQ	Rente forfaitaire
2000	Totale et partielle	AVQ ou Grille AGGIR	Rente forfaitaire
2005	Totale et partielle	AVQ ou Grille AGGIR	Rente forfaitaire et Services
2009 - 2010 ?	Totale et partielle Temporaire ?	AVQ ou Nouvelle grille AGGIR ?	Rente forfaitaire et services Indemnitaire ?

Source : SCOR

La percée ténue de l'épargne-dépendance

Il existe un autre moyen de se couvrir contre la perte d'autonomie, via un contrat couplant épargne et dépendance. Ces contrats offrent, grâce à l'option dépendance (financée par un pourcentage prélevé sur l'épargne versée), une protection immédiate en cas de perte d'autonomie : l'épargne est alors convertie en rente. Ils permettent de dépasser la dimension "fonds perdus" des contrats dépendance classiques, puisque l'épargne accumulée non utilisée en cas de dépendance est transmise aux bénéficiaires (hors droits de succession), lors du décès. Ces capitaux, investis principalement sur des fonds en euros sans risque, restent en outre disponibles et sont revalorisés chaque année.

Là où les contrats de prévoyance "à fonds perdus" ciblent à la fois une clientèle modeste (qui craint de ne pouvoir faire face au coût de la dépendance) et une clientèle de classes moyennes (désireuse de préserver son patrimoine transmissible), les contrats d'épargne dépendance visent en général une clientèle plus aisée. L'accès à des services d'assistance est en général prévu.

La plupart de ces contrats requièrent un apport en capital conséquent, éventuellement complété de versements ultérieurs. Ce qui nécessite de disposer d'un patrimoine déjà constitué, d'avoir déjà procédé à un certain nombre d'arbitrages financiers, et pouvoir continuer à alimenter le contrat régulièrement pour parvenir à un niveau suffisant d'épargne accumulée. Le niveau de rente dépend du capital constitué (versements + intérêts).

Dans le contrat Libre Autonomie 2 d'AGF, il fallait par exemple, en 2007, avoir accumulé 100.000 euros à 75 ans pour bénéficier d'une rente mensuelle de 1400 euros en cas de dépendance totale⁵.

La Banque Postale, avec Quiétude Autonomie, a fait le choix de la prime unique : le client – un CSP + – effectue un seul versement (95% est affecté à la partie assurance vie du contrat, et 5% à la partie dépendance), ce qui lui permet d'obtenir un niveau de rente déterminé au départ. A titre illustratif, le versement d'une rente mensuelle de 600 euros suppose un versement d'environ 17.500 euros à 60 ans, et de 35.000 euros à 70 ans. Il faut respectivement un peu plus de 29.000 euros et de 58.000 euros pour une rente de 1000 euros⁶.

D'autres contrats permettent de se constituer un patrimoine dans le temps, à l'image de Maaf Diverseo ou de MMA Plan Autonomie. Le souscripteur choisit alors le montant de la rente annuelle qu'il souhaite percevoir et s'engage à constituer un capital égal à cinq fois cette somme pour son 75^{ème} anniversaire. Pour 1 000 euros de rente par mois à la MAAF, il faut constituer un capital de 60 000 euros, ce qui revient à payer 373 euros par mois pendant quinze ans pour un sexagénaire. Le coût de la garantie (1 % des capitaux constitués chaque année) est prélevé directement sur les rendements.

On l'a vu dans les statistiques de la FFSA, il y a en France moins de 145.000 têtes couvertes en dépendance via une garantie secondaire d'un contrat d'épargne. En rapportant ce chiffre aux 12 millions de détenteurs d'un contrat d'assurance vie, on parvient à un taux d'équipement estimé de ... 1,2%.

Cette approche a pour l'instant deux inconvénients. D'abord, le montant de la rente n'est pas toujours fixé à l'avance, puisqu'il dépend de l'encours du contrat d'assurance vie. Ensuite, la fiscalité est pénalisante. La rente versée par le contrat d'assurance vie est imposable en partie, ce qui n'est pas le cas des rentes des contrats de prévoyance dépendance.

⁵ Sources : site Internet des sociétés, dossier « Notre Temps », janvier 2007

⁶ Sources : site Internet des sociétés + dossier « Notre Temps », janvier 2007

4. Les limites du système

L'assurance dépendance est installée en France depuis 25 ans, et si les produits existants ont évolué pour mieux coller aux besoins, ils n'ont pas été fondamentalement transformés, preuve de leur robustesse. Pour autant, la souscription peine à décoller, et le marché pourrait être assaini. Revue des limites du système.

Le rapport prix / garantie du produit n'est pas suffisant

Nous l'avons vu, le coût mensuel de la dépendance est estimé aux alentours de 1.800 à 2.000 euros par mois, mais la dépendance lourde peut coûter jusqu'à 3.000 euros. Les retraités touchent en moyenne 1.200 euros par mois. Le montant moyen de l'APA se situe entre 460 et 500 euros. Même une personne éligible à l'aide publique doit assumer un reste à charge que l'assurance dépendance vise précisément à couvrir.

Il est courant de dire que l'assurance dépendance "à fonds perdus" coûte environ 30 euros par an pour une souscription collective, et 30 euros par mois pour une souscription individuelle, pour une rente mensuelle en cas de dépendance allant de 300 à 600 euros, selon l'âge de début de souscription. La rente est traditionnellement plus faible en collectives. En réalité le coût moyen de la couverture dépendance est globalement sous-estimé :

Contrat individuel	Rente mensuelle de 600 euros (dépendance totale)		Rente mensuelle de 1000 euros (Dépendance totale)	
	Cotisation mensuelle à 60 ans	Cotisation Mensuelle à 70 ans	Cotisation mensuelle à 60 ans	Cotisation Mensuelle à 70 ans
Autonomis (Banques Pop.)	45,55	79,6	79,6	124
Contrat Autonomie (Macif)	44	78	64	144
Cap Futur Autonom. (Malakoff-Médéric)	42,48	60,99	70,80	101,6
Indépendance Services (UNPF)	48,84	83,22	80,92	138,22
Egard (Agipi)	32,89	40,14	57,56	70,20
Safir + Autonomie (AG2R)	40	60	69	104

Sources : site Internet des sociétés, dossier Dépendance « Notre Temps » janvier 2007

Les prestations sont elles aussi sous-estimées. La plupart des contrats en circulation ont été calibrés par les assurés de telle sorte qu'ils servent des niveaux de rente insuffisants pour couvrir le niveau probable de reste à charge à supporter en cas de dépendance lourde. " Avec nos produits, le reste à charge approche les 600 euros pour une dépendance totale, mais il y a l'APA et les revenus complémentaires pour équilibrer cette dépense ", justifie Christian Schmidt de la Brélie, directeur général du groupe paritaire D&O. " Nos clients souscrivent en moyenne des contrats offrant des rentes mensuelles de 500 euros. Cela ne permet pas, évidemment, de couvrir tous les frais de la dépendance, mais ces 500 euros s'ajoutent aux autres revenus de la personne, ce qui solvabilise la personne dépendante dans la plupart des

cas (hors maison de retraite) ”, ajoute Danielle Wajsbrot, directrice du pôle assurance de La Banque Postale. Le compte y serait donc.

Il n’empêche, il est de notoriété publique que circulent sur le marché des produits dont le rapport prix / garantie est insuffisant, si bien que des gens se croient couverts alors qu’ils ne le sont que partiellement. “ *Il convient de nuancer le chiffre de 3 millions de personnes couvertes : dans quelle mesure une personne qui reçoit 150 euros de rente mensuelle en cas de dépendance peut-elle être considérée comme couverte* ”, s’interroge à cet égard Manuel Plisson, professeur à Dauphine ⁷ .

Si la dépendance peut effectivement coûter un euro par jour, mieux vaut donc s’y prendre plutôt jeune : à ce tarif là, la rente mensuelle serait de 500 euros pour une souscription à 60 ans, et effectivement de 1.000 euros pour une souscription à 45 ans. Certains considèrent d’ailleurs qu’il faut compter, à 60 ans, sur 60 à 90 euros de cotisation mensuelle pour envisager une rente décente. De façon intéressante, l’Association française des réassureurs (Aprel), dans son argumentaire sur le “ Cinquième Risque ”, raisonne sur des niveaux de cotisations à 60 ans beaucoup plus élevés que ce qui est actuellement courant sur le marché. “ *Si l’on estime à 1800 euros le coût moyen par mois d’une dépendance pour une personne seule prise en charge par l’assureur et à 1300 euros pour celui d’une personne en couple, sachant que le coût moyen d’une dépendance lourde s’élève à 2.500 euros, sur cette base, la cotisation annuelle pour un contrat dépendance à 60 ans serait d’environ 900 euros par an pour une personne seule et d’environ 1200 euros par an pour un couple* ”, indique l’Aprel, qui raisonne sur un taux de dépendance estimé à 4% par personne couverte. Le gouvernement aurait d’ailleurs réagi aux propositions de l’association en lui disant qu’elle trouvait « trop cher » le recours à l’assurance privée.

L’âge de souscription reste élevé

L’âge moyen de souscription a longtemps tourné en France autour de 62 ans. “ *Il a tendance à baisser légèrement, ce qui allonge la durée de vie du produit dans un contexte où les évolutions sociétales et thérapeutiques sont des chocs à anticiper* ”, explique Bruno Latourette, directeur technique de SCOR Global Life. D’où la nécessité d’avoir des produits suffisamment flexibles pour faire face à ces aléas.

Le rajeunissement n’est toutefois pas tel aujourd’hui qu’il mettrait en danger l’équilibre technique des produits. L’âge de souscription reste encore supérieur à 60 ans, or, il est vrai que plus l’on souscrit jeune, plus la cotisation est faible. Il faut dire qu’au départ, les assureurs estimaient que l’assurance dépendance était un produit pour les retraités et préretraités. Dans la majorité des cas, l’âge d’entrée possible dans l’assurance tournait donc autour de 50 ans. L’idée était que ces assurés potentiels avaient en général déjà acheté leur résidence principale et avaient un besoin d’épargne inférieur à celui d’une population plus jeune.

Depuis quelques années toutefois, les assureurs ouvrent la souscription à des populations plus jeunes, ce qui a pu avoir un léger effet “ rajeunissant ”. La Macif a développé dès 2004 un produit destiné à plusieurs générations (20 – 70 ans), l’idée étant de développer la souscription des enfants pour le compte des ascendants. Au final, les souscriptions nouvelles se sont

⁷ Revue Risques n° 78, juin 2009

effectivement faites dès 45 ans. Mais le sociétaire Macif n'est peut-être pas parfaitement représentatif de la société française.

Le retour d'expérience de La Banque Postale est à cet égard instructif. La banque a fait le choix d'ouvrir la souscription de son contrat de prévoyance dépendance, Protectys Autonomie, dès 18 ans et quelle que soit la cause de la perte d'autonomie. La suppression de la temporaire décès traditionnellement associée au contrat permet en outre la souscription pour compte de tiers. Danielle Wajsbrot, directrice du pôle assurance de LBP, reconnaît que l'âge de souscription n'a que modérément baissé (il est de 59 ans, légèrement inférieur à la moyenne nationale) et que la faculté de cotiser pour un ascendant a été peu utilisée. Elle estime toutefois que ces initiatives ont eu le mérite de sensibiliser des populations plus jeunes au risque dépendance.

Assureur	Contrat	Age MIN / MAX	Type de contrats
La Banque Postale	Protectys Autonomie	18 – 74 ans	Prévoyance
Macif	Contrat Autonomie	20 – 70 ans	Prévoyance
AG2R	Safir Autonomie	35 – 77 ans	Prévoyance
Maaf	Aviseo	40 – 70 ans	Mixte épargne – dépendance
AXA France	Formule Autonomie	18 – 74 ans	Assurance vie, offres de Services pour les + de 75 ans
AGF	Présentalis	40 – 75 ans	Assurance vie avec Option dépendance

Source : Eurostaf

Cette souscription tardive, nous l'avons vu, n'est pas sans incidence financière : en cotisant à partir de 60 ans, le niveau de rente susceptible d'être servi n'est en général pas suffisant pour assumer le coût de la dépendance, même après aide publique. La simulation suivante, réalisée sur le site de la Macif, permet d'apprécier le rapport entre le niveau de cotisation et l'âge. Les résultats sont éloquentes : à 35 ans, une rente mensuelle de 1.050 euros « coûte » 23 euros par mois, à 70 ans, elle coûte 100 euros, soit 4,4 fois plus.

Année de naissance	Cotisation annuelle pour une rente de 1.050 euros ⁸	Cotisation annuelle pour une rente de 600 euros ⁹
1974	272,57 euros	187,56 euros
1964	400,53 euros	273,58 euros
1954	597,69 euros	404,71 euros
1944	897,16 euros	605,29 euros
1939 ¹⁰	1.200,84 euros	806,93 euros

Source : www.macif.fr

Allonger une durée de cotisation déjà perçue comme longue par les assurés, et accentuer l'effet " tunnel " du produit, est un objectif ambitieux et complexe. Certains experts considèrent qu'il sera difficile d'abaisser l'âge de souscription sous le " plancher " des 50 ans pour les produits " à fonds perdus ". D'abord, il faut convaincre les assurés de s'engager sur longue période. Le faible taux d'adhésion des Français au PERP (2 millions à fin 2008) prouve que l'exercice n'est pas si simple. Ensuite, qui dit cotisation anticipée dit aussi aléas

⁸ en cas de dépendance totale, rente de 300 euros en cas de dépendance partielle + capital équipement pouvant aller jusqu'à 7.600 euros

⁹ Idem

¹⁰ Dernière année de souscription possible (70 ans)

supplémentaires, et donc impact potentiel sur la tarification. Enfin, cela requiert une gouvernance crédible et légitime, gage de l'engagement des assurés sur longue période.

Le sondage OpinionWay réalisé en juin 2008 pour la FFSA montrait, sans surprise, que les limites exprimées à la souscription individuelle portent sur la durée de cotisation, qui doit être longue et donc intervenir idéalement avant le départ en retraite, et sur les restrictions à l'ouverture des droits (franchises, délai de carence, nature de la pathologie...).

Les assurés ne vont pas au bout de la démarche

L'un des enjeux pour développer le marché est donc de cibler les actifs, et de façon plus générale d'encourager à une souscription anticipée de façon à ce que la prime donne lieu à une rente suffisante pour combler le reste à charge en cas d'entrée en dépendance.

Le problème est que même dans la situation actuelle, **les assureurs peinent à garder les assurés sur les 15 à 20 années que le contrat est censé durer**. D'où un taux de rachat et d'annulation de contrats particulièrement élevé. Il n'y a pas de données officielles sur le sujet et chez les assureurs, le sujet reste largement tabou. En privé, certains reconnaissent malgré tout l'ampleur du phénomène, et finalement, l'incapacité des assureurs à fidéliser sur ce marché. Un grand assureur de la place indique ainsi que la durée de vie moyenne d'un contrat est de 5 ans (soit moins que les 8 ans nécessaires pour disposer d'une valeur de réduction)... On peut imaginer que la dimension "fonds perdus" de l'assurance dépendance, acceptée au lors de la souscription, est perçue comme rédhibitoire après quelques années de cotisation.

L'analyse des données FFSA ne permet pas, en lecture directe, d'appréhender le phénomène. Une simple soustraction permet néanmoins d'en prendre la mesure. Ainsi, **en 2008, les sorties représentaient 42% du nombre de nouvelles têtes assurées**.

TOTAL MARCHÉ	2003	2004	2005	2006	2007	2008
# têtes assurées (A)	1.515.823	1.621.349	1.823.517	1.868.740	1.935.773	2.006.390
# nouvelles têtes assurées (B)	107.950	112.791	236.857	97.764	103.573	121.116
Flux annuel de têtes assurées (C)	80.830	105.526	202.168	45.223	67.033	70.617
Sorties (D = B-C)	27.120	7.265	34.689	52.541	36.540	50.499
D / A	1,8%	0,4%	1,9%	2,8%	1,9%	2,5%
D / B	25,1%	6,4%	14,6%	53,7%	35,3%	41,7%
D / C	33,6%	6,9%	17,2%	116,2%	54,5%	71,5%

Source : FFSA

Trois causes d'interruption de contrat sont identifiables a priori :

- soit l'assuré révisé son risque à la baisse suite à de nouvelles informations sur son état de santé,
- soit les motivations à s'assurer ont diminué (effet de richesse),
- soit des contraintes de liquidité le pousse à interrompre les versements.

Jean Pinquet, maître de conférence à Paris X, chercheur au département d'économie de l'Ecole polytechnique, associé à la chaire "Grands risques" AXA-X-Ensaie, a cherché à

comprendre les ressorts de ce phénomène, qui s'observe aussi à l'étranger. De façon intéressante, il apparaît qu'une partie significative de la rentabilité du marché de l'assurance dépendance provient de ces rachats et annulations, dont les conditions sont très peu favorables aux assurés.

“ En analysant les données du Health & Retirement Survey (HRS), deux économistes américains¹¹ ont mis en évidence le poids des rachats et annulations de contrats dans la rentabilité de l'assurance dépendance. D'après leurs calculs, 82% des cotisations reviendraient aux assurés en l'absence de rachats et annulations, alors que cette proportion tombe à 49% en les incluant. Le même phénomène a été constaté à partir de données espagnoles sur des contrats qui comportaient une clause d'assurance dépendance¹², avec un nombre important de rachats et d'annulations sur les 20 années d'observation ”, observe Jean Pinquet.

Pour ce chercheur, c'est la nature même du contrat d'assurance dépendance qui explique le phénomène. *“ Un contrat peut être détenu pendant des dizaines d'année, mais la concurrence entre assureurs ne joue qu'au moment de la signature du contrat ”*, explique-t-il. Il n'existe pas de marché secondaire en assurance dépendance car les contrats ne sont pas transférables, puisque l'assuré est aussi le bénéficiaire. Il en résulte une *“ rente de monopole ”* au profit des opérateurs de l'assurance dépendance, et au détriment des assurés.

Ce serait l'une des raisons fondamentale de l'étroitesse du marché de l'assurance dépendance observée partout dans le monde. *“ La perte potentielle pour les assurés induite par les annulations et rachats de contrats est sans doute l'un des freins principaux au développement de l'assurance dépendance en France comme aux USA (...) Il est sans doute souhaitable que les contrats soient aussi transparents que possible sur les conditions de rachat, de façon à pouvoir créer une concurrence sur ce point ”*, explique le chercheur.

On voit là qu'il y a un double enjeu, sur la transférabilité des contrats, et sur la nécessité d'une gouvernance d'autant plus stricte du marché de l'assurance dépendance que l'assuré ne peut pas faire jouer la concurrence à intervalles réguliers. Autant de points nécessaires à traiter dans le cadre du Cinquième Risque.

Des contrats peu normés

Il existe aujourd'hui plus d'une trentaine de contrats d'assurance dépendance sur le marché, et quasiment autant de définitions de la dépendance, lesquelles ne correspondent pas forcément, d'ailleurs, aux critères publics d'entrée en dépendance. *“ En France, on voit des produits basés sur l'AVQ, sur la grille AGGIR, sur une combinaison des deux, sur des définitions propres avec des méthodes de scoring... Il y a donc bien une certaine hétérogénéité en termes de définition de la dépendance, en revanche, une convergence existe pour constater que la dépendance doit être irréversible ”*, observe Bruno Latourette, directeur technique de SCOR Global Life.

D'où un manque certain de lisibilité pour les assurés, et des difficultés de comparabilité d'un contrat à l'autre. Or, *“ selon la définition retenue de la dépendance, l'enjeu financier peut varier*

¹¹ Brown, Finkelstein, “ why is the market for LTC insurance so small ? ”, Journal of Public Economics # 91, 2007, cité dans la Revue Risques n°78

¹² Guillén et Pinquet, 2008, “ Long Term care : risk description of a spanish portfolio and economic analysis of the timing of insurance purchase”, idem

de 1 à 10 ”, rappelle François Lusson, actuaire associé chez Winter & Associés. Il est d’ailleurs curieux que l’oligopolisation constatée de fait sur le marché n’ait pas conduit à plus de standardisation des produits et prestations.

Certains tendent donc à considérer qu’un grand ménage est nécessaire – à commencer par les sénateurs Marini et Vasselle, rapporteurs de la Mission d’information du Sénat – et estiment que ce sera l’une des principales vertus du “ Cinquième Risque ”. “ *Garantir une information claire des assurés (...) suppose de mettre en place une définition commune de la dépendance, qui peut aujourd’hui varier d’un contrat à l’autre et ne recoupe pas nécessairement celle retenue pour le versement de l’APA* ”, note Philippe Marini¹³. Et d’ajouter aussitôt que “ *la mise en place d’un socle commun pourra être étudiée* ”, avec la définition d’une “ *nomenclature de biens et services qui interviendront dans la définition du noyau dur des prestations indispensables* ”.

Le gouvernement ne pouvant pas imposer le contenu et les règles contractuelles du marché de l’assurance dépendance, la référence implicite est celle des contrats dits “ responsables ” en matière de complémentaire santé. Le système repose sur le respect d’un cahier des charges, qui conditionne depuis le 1^{er} janvier 2006 les exonérations fiscales et sociales.

Dans l’esprit du partenariat public-privé cher au “ Cinquième Risque ”, il serait souhaitable que si le futur contrat dépendance devait être « labellisé », il soit bâti par accord entre la profession et les pouvoirs publics. L’un des enjeux sera notamment de bâtir une grille faisant correspondre, pour chaque degré de dépendance, un niveau de prestation standard. “ *L’assuré ne serait pas obligé de souscrire ce contrat standard, il ne pourrait en souscrire qu’une fraction, voire lui adjoindre une couverture complémentaire* ”, propose l’Aprel, l’association française des réassureurs.

Outre la mise en place d’un socle standard de garanties, quelques points, en particulier, mériteraient d’être mieux cadrés dans le cadre du projet de loi Cinquième Risque afin d’être totalement compris par l’assuré potentiel.

- Actuellement, **le tarif n’est pas garanti** : à la souscription, la prime est fixe et elle dépend de l’âge à l’entrée. Mais l’assuré ne sait pas toujours que le tarif peut être majoré chaque année en fonction de l’évolution du résultat technique de l’assureur. Dans certains cas, le tarif augmente lorsque l’assuré change de tranche d’âge. Or, nous l’avons vu, nous sommes visiblement entrés depuis l’an dernier dans une phase de fort accroissement des prestations versées. Si la possibilité de modifier les cotisations tous les ans est maintenue, il serait nécessaire de prévoir un mécanisme de transfert des droits acquis, de façon à ce que les assurés puissent, en quelque sorte, “ voter avec leurs pieds ”.
- Autre difficulté, **l’assureur n’est pas obligé de procéder à l’indexation des garanties** et prestations en cours de service. Or, compte tenu du différé entre la souscription et la prestation, le niveau de garantie risque d’être fortement dégradé par l’érosion monétaire. Certains plaident donc pour la mise en place de mécanismes de revalorisation prenant au moins en compte une inflation prédéfinie. D’autres défendent l’instauration d’une sorte de “ participation aux bénéfices ”
- Pour atténuer la dimension “ fonds perdus ” de l’assurance dépendance, la plupart des contrats prévoient désormais que l’assuré qui cesse les versements mais qui a cotisé au

¹³ Revue Risques n°78, juin 2009

moins 8 ans – durée qui serait rarement atteinte – conserve une partie de ses droits s’il tombe ultérieurement en dépendance. **Cette “ valeur de réduction ” n’est ni obligatoire ni systématique**, même si la plupart des produits de génération récente en ont fait un standard.

Les deux premiers points alimentent moult débats actuellement chez les assureurs et les réassureurs. Certains considèrent en effet qu’il n’est pas possible de garantir à la fois un tarif et la revalorisation des garanties. D’autres estiment que c’est le prix à payer pour la sécurité du système (quitte à ce que cela se traduise par une hausse des primes à l’entrée).

Si la piste retenue par le gouvernement est bien celle d’une labellisation des contrats, les assureurs savent qu’ils devront s’adapter. “ *La labellisation est une sécurité pour les assurés* ”, reconnaît Danielle Wasjbrot, directeur du pôle assurance de La Banque Postale¹⁴. Ils n’en batailleront pas moins pour obtenir des contreparties sur le plan fiscal (ce qui n’est pas gagné compte tenu de la marge de manœuvre budgétaire du gouvernement). Ils espèrent aussi que ceux qui ont fait preuve d’innovation dans un marché attentiste ne se feront pas re-toquer dans le cadre du futur projet de loi. “ *Je ne peux que souhaiter que l’on tienne compte de toutes les formes d’assurance, individuelle ou collective, sans oublier les dispositifs déjà existants, notamment dans les entreprises et les branches* ”, plaide Yves Hérault, directeur des activités prévoyance et dépendance chez AXA France¹⁵.

Le problème de la dépendance partielle

Initialement, les assureurs ne couvraient pas la dépendance partielle : trop compliquée à modéliser. Les fréquences des sinistres, notamment, sont très difficiles à maîtriser, car ces situations de dépendance sont potentiellement réversibles. Les assureurs acceptaient donc simplement de prendre en charge la dépendance quasi totale, autrement dit des durées de vie brève et un état non réversible.

La pression des assurés a finalement été plus forte. Car c’est pour des questions commerciales (et non techniques) – difficile d’inciter à la souscription si l’événement couvert est jugé très peu probable par l’assuré _ que les produits de deuxième génération ouvrent la possibilité de la couvrir, depuis le début des années 2000. Les assureurs ont contourné la difficulté technique en proposant alors un niveau de prestation en général diminué de moitié par rapport à la rente versée en cas de dépendance lourde (mais l’on observe sur la marché des rentes de dépendance partielle allant de 25% à 60% de la rente versée en dépendance totale).

Groupama a fait figure de précurseur en la matière, puisqu’il accepte de couvrir la dépendance partielle depuis 2002. La généralisation de cette option date d’il y a environ 5 ans. AGF a intégré la dépendance partielle dans ses deux produits, AGF Libre Autonomie et AGF Libre Indépendance, respectivement en 2005 et 2006. Indépendance Service, le produit mis en place fin 2006 par l’UNPF pour les mutuelles, a d’emblée couvert la dépendance partielle. Le produit dépendance d’Aviva l’intègre depuis l’été 2007. La Macif l’a ajouté récemment dans son offre. Certains assureurs continuent de préférer ne pas la couvrir.

L’une des pistes étudiée dans le cadre du Cinquième Risque, nous l’avons vu, est un

¹⁴ Conférence Dépendance des Echos, 14/05/09

¹⁵ Idem

resserrement de l'APA (ou de ce qui la remplacera) sur les niveaux de dépendance les plus lourdes. Il sera intéressant à cet égard de voir comment le marché réagira sur la question de la dépendance partielle : soit en considérant qu'il s'agit d'un " trou " dans la Solidarité nationale susceptible d'être couvert par le privé, soit en considérant que ce risque reste difficile à assurer, du moins à des tarifs ou dans des conditions intéressantes pour l'assuré. Gageons que les assureurs sauront faire preuve d'innovation en la matière...

Il n'empêche, la dépendance partielle relève bel et bien du casse tête. Si la dépendance lourde correspond à une perte d'autonomie quasi-totale, des durées de vie brèves et un état irréversible, la fréquence de la dépendance partielle est beaucoup plus complexe à appréhender, en raison de la réversibilité potentielle de l'état. En privé, les assureurs reconnaissent que **les risques de contentieux et de fraude sont très lourds sur ce type de risque, alors qu'ils sont faibles sur les dépendances lourdes**. Les critères de versement de la prestation étant en général rédigés de façon tellement restrictive que les exclusions sont nombreuses. Bref, beaucoup de gens qui se croyaient couverts ne le sont finalement pas.

Sur le marché, on laisse entendre que certaines couvertures partielles proposées à la vente seraient mal tarifées, et présenteraient un risque à long terme pour les assureurs qui les portent. Des cabinets d'actuariat conseil prédisent même que quelques assureurs risquent de connaître à l'avenir quelques problèmes avec ce type d'engagements. " *Pour des raisons de compétitivité, ces produits ne sont pas forcément commercialisés à leur prix d'équilibre* ", explique Yannick Philippon, responsable santé et prévoyance chez Mercer.

Certains opérateurs ont contourné le problème en proposant, en cas de dépendance partielle, de verser un capital équipement plutôt qu'une rente, afin de circonscrire l'engagement. L'idée est de permettre l'aménagement de l'habitation de l'assuré afin qu'il puisse rester à domicile. L'argument commercial est double : il s'agit non seulement de pouvoir rester chez soi, mais aussi " d'en avoir pour son argent " même sans être totalement grabataire. La généralisation de ce type d'option constituerait sans nul doute un facteur d'incitation à la souscription important. Les experts préviennent néanmoins que l'estimation d'un capital équipement moyen dans le contrat est difficile, tant la somme nécessaire dépend de la pathologie. De fait, on trouve sur le marché des offres sensiblement différentes : 7.500 euros aux AGF et 7.600 euros à la Macif, 4.500 chez le groupe Prévoir, 3.000 euros à la CNP...

A cet égard, il pourrait être judicieux qu'un montant minimum de capital équipement en cas de dépendance partielle fasse partie du socle minimal de prestations prévu dans le projet de loi Cinquième Risque.

La délicate articulation entre contrats individuels et collectifs

Un peu moins de la moitié des assurés sont couverts via un contrat collectif, mais en termes de collecte, le collectif ne pèse que pour 6% du total. Sur cette population, la part des " vrais " contrats collectifs – comprendre les contrats à adhésion obligatoire souscrits au niveau de l'entreprise ou de la branche d'activité – est encore **très limitée**.

Distribution de masse, couverture élargie, meilleure connaissance des risques, mutualisation : la logique collective a pourtant de quoi séduire, et **l'entreprise apparaît sur le papier comme un bon vecteur de généralisation de l'assurance dépendance**, via sa diffusion auprès de populations actives. " *En mutualisant les cotisations sur l'ensemble des salariés de*

l'entreprise, et en les amenant à cotiser très tôt, ils permettent en effet de réduire considérablement l'effort de cotisation des assurés, et ce d'autant que les employeurs participent au financement. Ces dispositifs couvrent en outre tous les salariés de la même manière, quel que soit leur revenu ou leur état de santé ”, explique le CTIP. Les contrats collectifs ne nécessitent pas de questionnaire médical, ils ne prévoient pas de délai de carence ou de franchise, et ils offrent la possibilité aux assurés de couvrir leur conjoint.

Le CTIP reconnaît que les garanties individuelles apportent une réponse aux TNS ou aux anciens salariés, et considère par conséquent que **dispositif individuel et collectif ne sont pas opposés, mais complémentaires**. Ce d'autant que les entreprises ne sont pas forcément très enclines à mettre beaucoup plus d'argent dans la prévoyance de leurs salariés, et encore moins à se constituer des passifs sociaux lourdement valorisés en normes IFRS. Une chose est sûre, le préalable à une bonne articulation entre individuel et collectif réside dans la mise en œuvre de la portabilité des droits.

L'approche collective se heurte aujourd'hui au problème de la pérennité des droits après la rupture du contrat de travail (chômeurs, retraités). En vertu de récentes dispositions conventionnelles et jurisprudentielles, **l'heure est à un renforcement des obligations de l'entreprise, et indirectement de l'assureur, vis-à-vis des “ sorties de groupe ”**, qu'ils soient chômeurs, retraités ou invalides. L'accord ANI du 11 janvier 2008, entré en vigueur le 1^{er} juillet dernier, prévoit le maintien des garanties de santé et prévoyance pour les salariés perdant leur emploi et ayant droit à une allocation chômage pendant une période pouvant aller jusqu'à 9 mois. Le financement de cette “ portabilité ” peut être effectué conjointement par l'employeur et l'ex-salarié, ou mutualisé sur les actifs. Quant à l'arrêt de renvoi de la Cour d'Appel de Lyon du 13 janvier dernier (affaire Azoulay / Apicil), il donne une interprétation stricte de l'article 4 de la loi Evin, en obligeant le maintien à l'identique des garanties santé pour les retraités par rapport à leur couverture d'actifs, moyennant un tarif pas plus de 50% supérieur à celui acquitté précédemment.

Pour les entreprises, couvrir la dépendance dans une logique viagère risque donc de devenir synonyme de passifs sociaux potentiellement conséquents. Le sujet, complexe, n'a pas été traité dans le cadre des négociations conventionnelles sur l'ANI.

Jugeant “ essentielle ” cette question de la portabilité des droits acquis par les assurés, le sénateur Marini estime qu' “ *il convient de supprimer toute incertitude et de préciser qu'un salarié bénéficiant d'un contrat dépendance obligatoire de groupe jouit des mêmes garanties, en terme de droit de suite, que celles applicables en matière de complémentaire santé [la Loi Evin prévoit une majoration maximum de la cotisation de 50% la première année], et qu'il faudra régler la question de la portabilité des droits acquis par l'assuré en cas de volonté de sa part de changer d'assureur, que l'on se place dans un cadre collectif ou individuel ”*. L'idée est simple (et elle rejoint la problématique des rachats et annulations de contrats) : l'assuré ne doit pas être prisonnier de son assureur.

Tout le monde semble d'accord sur l'objectif à atteindre : **permettre une continuité de cotisation pendant, et au delà du parcours professionnel**. Les modalités sont autrement plus compliquées à concevoir, notamment parce que les produits d'assurance dépendance reposent sur un mécanisme de provisions pour risque croissant. Quelques ébauches de solution commencent à apparaître. “ *La portabilité en dépendance impliquerait un mécanisme de transfert pré-établi et actuariellement neutre entre les organismes assureurs ”*, explique Jean-Manuel Kupiec, directeur général adjoint de l'OCIRP, l'union d'institutions de

prévoyance qui a inventé un produit dépendance collectif en points portable (cf. encadré page suivante). “ Cette portabilité pourrait être permise par l’attribution d’une valeur de transfert des droits acquis par le salarié, exprimée en euros. L’assureur accueillant cette valeur devra l’affecter à la constitution immédiate de droits individuels à rente dépendance dans le nouveau contrat (qu’il soit individuel ou collectif). Le nouveau contrat d’assurance dépendance devrait pouvoir être réalisé dans des “ conditions neutres de marché ” (pas de sélection médicale, pas de chargement à la sortie du groupe) ” préconise le CTIP. “ Cette clause de transfert, permettant le passage d’un assureur à l’autre, protégerait la gestion actif / passif de l’assureur d’origine, que celui-ci soit autorisé à procéder à un ajustement dans des conditions encadrées par la réglementation, ou que la clause ne soit introduite qu’à titre optionnel à l’initialisation du contrat et tarifée en conséquence. Le nouvel assureur serait libre de fixer les conditions de reprise du contrat ”, complète l’Aprel, l’association française des réassureurs.

Derrière les débats techniques, **le Cinquième Risque s’insère dans la réflexion plus profonde sur les moyens d’organiser la solidarité** - entre actifs et retraités, actifs et chômeurs, salariés et non salariés - en matière de protection sociale, et en devient même le symbole, puisque l’occurrence du risque dépendance survient 15 à 20 ans après le départ en retraite.

LE CONTRAT EN POINTS DE L’OCIRP	
AVANTAGES	INCONVENIENTS
Pour le Salarié	
<p>Les droits sont irréversibles ;</p> <p>Le salarié est informé des points attribués chaque année ;</p> <p>Le conjoint peut être couvert pour un coût moindre que par un contrat individuel ;</p> <p>La garantie peut être poursuivie à titre individuel aux mêmes conditions tarifaires, et sans sélection médicale ;</p> <p>Les garanties sont mises en réduction en cas de non poursuite à titre individuel.</p>	<p>La rente peut être très faible pour les salariés ayant peu cotisé ;</p> <p>Le souscripteur ne sait pas à l’avance de quel niveau de rente il disposera ;</p> <p>Le produit permet la constitution immédiate de droits à rente viagers personnels, mais il ne s’agit pas d’épargne dépendance ;</p> <p>Compte tenu du reste à charge en vigueur, le salarié souhaitant être totalement couvert risque de devoir compléter cette garantie.</p>
Pour l’entreprise	
<p>Les cotisations sont déductibles de l’impôt sur les Sociétés</p> <p>Il n’y a pas de création de passif social</p> <p>La mutualisation est large</p>	<p>La garantie étant viagère, la gestion est complexe</p> <p>Le contrat génère des engagements pour l’entreprise (paiement de la cotisation)</p>

Sources : OCIRP, Jalma

ENCADRE : LE CONTRAT COLLECTIF « PORTABLE » EN POINTS DE L'OCIRP

L'OCIRP, une union d'institutions de prévoyance créée en 1967 au départ pour mutualiser les garanties de rentes de conjoints et d'éducation, propose depuis 2005 un contrat " clef en main " original, Antissimo, dont le fonctionnement s'apparente à celui des régimes AGIRC-ARRCO. Il s'agit d'une garantie de type viager à cotisations définies, pré-financée pendant la période d'activité.

La cotisation est fixe, et donne droit à des points – ou " unités dépendance – qui seront liquidés en rente en cas de survenance du risque. Le nombre de points auquel donne droit la cotisation est évalué selon un barème qui dépend de l'âge du cotisant. La rente versée dépendra du nombre de points accumulés. En cas de dépendance partielle (définie comme l'appartenance au GIR 3 et l'impossibilité d'assumer seul 2 AVQ sur 3), la rente correspond à 25% de ce qui aurait été versé pour une dépendance totale (GIR 1 et 2, impossibilité d'assumer 3 AVQ sur 4).

Le produit ne crée pas de passif social pour l'entreprise : le risque est transféré sur l'OCIRP. L'obligation de l'entreprise se limite au paiement de la cotisation. " *Il ne s'agit ni d'un produit d'épargne dépendance, ni d'une assurance décès : les cotisations des gens en bonne santé permettent le paiement de celles concernées par la dépendance* ", explique l'OCIRP.

Les droits acquis sont irréversibles. En cas de cessation de la cotisation la rente est minorée. A contrario, il est possible après le départ de l'entreprise de continuer à alimenter le compte de points, et donc le niveau de la rente, en continuant à cotiser à titre individuel aux mêmes conditions tarifaires. Le salarié dispose alors de 6 mois pour décider s'il continue à alimenter son compte, à hauteur de 50% à 250% des cotisations globales (salariales + patronales) versées au cours des 12 derniers mois. Autrement dit, " *il s'agit d'une solution d'assurance portable avec un maintien individuel de la garantie prévu dès le départ* ", précise Jean-Manuel Kupiec, directeur général adjoint de l'OCIRP.

Exemple : la cotisation moyenne en 2009 correspond à 0,40% du plafond annuel de la Sécurité Sociale, soit 11,43 euros par mois à répartir entre l'employeur et le salarié, indique Jean-Manuel Kupiec. Pour une cotisation démarrant à 40 ans et finissant à 60 ans au moment de la retraite, le bénéficiaire recevra 275 euros par mois. Si la cotisation est prolongée jusqu'à 75 ans, la garantie s'élève à 438 euros par mois. " *Le rapport entre la durée de cotisation et le montant des prestations fait apparaître que ce qui est payé en 35 ans représente 11 mois de prestations, le complément étant apporté par la logique du produit* ", poursuit le directeur général adjoint¹⁶.

¹⁶ Conférence Dépendance des Echos, 14/05/09

III. GENERALISER L'ASSURANCE DEPENDANCE : QUELQUES PISTES

“ l'âge est négativement corrélé à la demande d'assurance dépendance ”, Courbage-Roudaut.

“ Il n'y a pas une solution, mais plusieurs ”, Bernard Spitz, président de la FFSA

1. L'énigme de l'assurance dépendance

94% des Français ont une complémentaire santé et 77% ont une assurance habitation. Seulement 12% ont une GAV, et 5% une assurance dépendance. Sans tirer de conclusion à la hâte, la comparaison de ces taux d'équipement est éloquent. Rappelons que malgré la faiblesse du dernier chiffre, la France se situe au premier rang des pays de l'OCDE en terme de taux d'équipement en assurance dépendance.

Pourquoi l'assurance dépendance est-elle si peu développée ? **La demande semble paradoxalement faible**, comparée à l'importance de l'enjeu et à l'aversion supposée des individus pour ce risque. Cette “ énigme ”, pour reprendre le terme employé par Denis Kessler, le PDG de SCOR, a donné lieu à une importante littérature. De nombreux économistes se sont en effet penché sur les raisons susceptibles d'expliquer l'étroitesse de ce marché en Europe et aux Etats Unis. L'enjeu n'est pas que scientifique. *“ Identifier les explications pertinentes permettra de mieux orienter les dispositifs publics (incitations fiscales, critères d'éligibilité...) ”* explique Manuel Plisson, professeur à Dauphine¹. Inutile de dire que l'exercice prend tout son sens dans le cadre du “ Cinquième Risque ” en préparation.

Quatre types d'explications possibles à cette “ énigme ” sont communément évoqués :

- la myopie des individus face au risque
- une inadéquation du produit à la cible
- un contexte institutionnel peu favorable, notamment sur le plan fiscal
- les difficultés inhérentes à un risque vecteur d'aléas moral et d'anti-sélection.

Nous le verrons, il est sans doute possible d'apporter des réponses aux deux premières à condition de bousculer certains acquis, la troisième est en grande partie tributaire des arbitrages gouvernementaux qui seront rendus dans le cadre du “ Cinquième Risque ”, et la quatrième ne pourra être dépassée qu'en cas de généralisation de l'assurance dépendance auprès d'un large public.

Les individus face au risque : entre myopie et déni

Tous les sondages le montrent : les 45 – 75 ans sont préoccupés par la perte d'autonomie. Le 7^{ème} baromètre CTIP / Credoc, publié en octobre 2007 révélait que la dépendance se situait au troisième rang des préoccupations des Français : derrière la volonté de protéger sa famille en cas de décès et d'aider financièrement ses enfants et petits enfants, mais, de façon intéressante, devant la préparation financière de la retraite. Dans la même veine, un sondage réalisé en juin

¹ Revue Risques n°78, juin 2009

2008 par OpinionWay pour la FFSA, montrait que 83% des Français craignent de ne plus être autonomes un jour.

Il n'est donc pas suffisant de mettre la frilosité à l'égard de l'assurance sur le compte d'une simple méconnaissance du risque. La réalité est plus complexe, et semble bien relever d'un "déli de réalité". Quant à la connaissance des critères de prise en charge publique, elle serait plus importante qu'on ne pourrait le croire, puisque dès 2006, dans un sondage conduit pour la FFSA, 60% des Français se déclaraient au courant.

De la crainte aux remèdes, il y a donc un pas que les Français peinent à franchir. Car souscrire un contrat dépendance ferait basculer l'assuré dans une catégorie de personnes dont il n'a aucune envie de faire partie. "*Il ne faut pas oublier que dans de nombreux esprits, vieillissement = dépendance = folie. Ce risque est en quelque sorte censuré par les individus, qui peinent à souscrire des garanties individuelles*", explique François-Xavier Albouy, professeur à Dauphine et responsable de l'international chez Malakoff-Médéric. A cela s'ajoute un "syndrome des risques catastrophes", selon Manuel Plisson, également professeur à Dauphine : la perception d'un risque comme la dépendance (à fréquence perçue comme faible et à coût élevé) est lointaine, ce qui n'incite pas à l'assurance.

L'assurance est donc bannie, d'autant que son utilité n'est pas franchement établie. Toujours selon le même sondage OpinionWay / FFSA, une petite moitié seulement des sondés (48%) se déclaraient favorables à un financement combinant responsabilité individuelle et solidarité nationale (il n'est pas sûr qu'on leur laisse le choix dans la prochaine édition de l'enquête...).

En corollaire, les contrats d'assurance dépendance n'ont pas la cote. Ils n'auraient été souscrits que par 22% des personnes craignant de perdre leur autonomie². Et seuls 6% des sondés auraient adopté un système d'alarme et de télé-assistance. Bref, le déni l'emporte sur le besoin de se protéger. En revanche, les services à la personne sont largement plébiscités : les scores dépassent les 90% de satisfaction, tant pour la gestion du foyer que pour la perte d'autonomie personnelle.

La Banque Postale, qui commandite son propre sondage, veut voir l'aspect positif des choses : selon son étude, seulement 26% des Français auraient pris des dispositions contre la dépendance (parmi eux, 75% ont pour ce faire souscrit un produit financier, dont 39% un contrat dépendance). "*Cela signifie que le marché est loin d'être saturé*", estime Danielle Wajsbrot, directrice du pôle assurance de LBP. Une conviction, nous le verrons, que certains ne partagent pas totalement.

Le développement du marché ne suppose pas seulement une meilleure information, mais une réelle pédagogie sur le risque, sur ses conséquences financières et sur la nécessité de compléter le filet de sécurité de l'Etat par des initiatives personnelles.

L'Apref, l'association qui fédère les réassureurs en France, préconise que tous les acteurs joignent leurs forces pour sensibiliser les ménages au risque, ce qui pourrait passer par "*une information détaillée à certaines occasions précises de la vie*", comme les anniversaires, la retraite, les changements de situation, la souscription d'une autre couverture d'assurance ou la perception d'un revenu important. Pourraient servir de vecteurs :

² sondage TNS Sofrès réalisé en novembre 2008 pour Mondial Assistance et le magazine "Notre Temps"

- l'employeur, lors du cinquantième, soixantième anniversaire du salarié et lors du départ en retraite (lors du versement des indemnités de fin de carrière) ;
- l'assureur, lors de la souscription d'un PERP, d'un PERCO ou d'un contrat de prévoyance, ainsi que lors du premier versement sur l'un de ces contrats ;
- la caisse de retraite, lors de la demande d'information des droits à la retraite, du versement de la première pension ou de la première pension de réversion
- le banquier, lors du versement de la dernière échéance du prêt au logement.

La FFSA insiste pour sa part sur la nécessité d'une **information annuelle**, quel que soit d'ailleurs le système retenu.

ENCADRE : LE ROLE DE L'INFORMATION, " L'EVIDENCE " ALLEMANDE

L'assurance dépendance est très peu développée en Allemagne, bien moins qu'en France. Pourtant, l'examen des actifs détenus par les seniors prouve que la moitié d'entre eux n'est pas capable d'assumer, dans le coût d'une maison de retraite, le montant non pris en charge par la solidarité nationale. Et comme partout en Europe, la demande d'assurance dépendance reste faible, alors qu'elle pourrait combler ce reste à charge. Une étude réalisée en juin et juillet 2007 par Thian Zhou-Richter, Mark Brown et Helmut Grundle³ s'est donc penchée sur la propension – faible – des enfants adultes à assurer leurs parents contre la dépendance, analysant leur degré de sensibilisation et les facteurs les empêchant de souscrire.

L'objectif était de comprendre en quoi l'information sur les besoins de soins et leur coût en cas de dépendance était susceptible d'influer sur la probabilité de souscription. Pour ce faire, les auteurs ont interrogé 793 Allemands potentiellement concernés par la dépendance d'un parent mais non désireux a priori de souscrire à une assurance, et les ont informé en détail : probabilité de tomber en dépendance chez les personnes âgées, coût mensuel d'une maison de retraite, nombre d'heures de tierce personne nécessaires par jour, durée de la dépendance, proportion des coûts pris en charge par le public, responsabilité légale des enfants à l'égard de leurs parents... Puis ils leur ont demandé si à l'issue de cette séance d'information ils avaient changé d'avis. 233 personnes, soit 29% du total ont répondu oui.

Les auteurs ont observé que les sondés se montraient in fine d'autant plus enclins à souscrire qu'ils avaient sous-estimé au départ le coût de la dépendance, et surestimé le rôle de l'Etat. Autre enseignement, ceux dont le revenu familial était compris entre 20.000 et 30.000 euros par an se sont révélés moins disposés à faire évoluer leur position à l'égard de l'assurance que ceux disposant d'un revenu supérieur à 40.000 euros.

=> Oui à une campagne d'information musclée et didactique dans le cadre du Cinquième Risque, donc, à condition d'identifier les bons leviers pour répondre au syndrome du déni de réalité qui frappe la dépendance

³ The Geneva Association, Ageing & Health n° 20, avril 2009, " Adult Children's demand for Insuring Their Parents's Long Term Care Risk : German Evidence". Thian Zhou-Richter (Humbolt University of Berlin), Mark Brown (Professeur, University of Wisconsin) et Helmut Grundle (Humbolt University of Berlin)

L'assurance dépendance a-t-elle raté sa cible ?

Nous l'avons vu, le marché existe depuis 25 ans, et les produits de prévoyance disponibles sur le marché sont robustes techniquement. La demande reste pourtant faible, ce qui peut s'expliquer, nous l'avons vu, par certaines limites du produit, comme une " valeur utilité " insuffisante et un rapport de force déséquilibré entre l'assureur et l'assuré, qui pousse ce dernier à sortir de son contrat bien avant terme. Mais même en faisant abstraction de ces deux facteurs, y a-t-il bien adéquation entre le produit, le besoin et la cible ?

D'abord, qui est vraiment l'assuré type d'un produit dépendance, et pourquoi a-t-il fait le choix de souscrire ? Si l'on en croit l'étude empirique conduite par Christophe Courbage et Nolwenn Roudaut⁴ l'assuré type serait quelqu'un de " mûr " plutôt qu'âgé ; dont la santé n'est pas exempte de facteurs de risques ; suffisamment aisé pour consacrer une part de son budget à une assurance dépendance destinée à préserver son héritage et les revenus de ses enfants, mais pas suffisamment riche pour pouvoir assumer les dépenses correspondantes si elles surviennent . La Mission du Sénat, en proposant d'instituer le gage sur patrimoine, ne s'est d'ailleurs pas trompée sur ce dernier point.

ENCADRE : FREINS ET DETERMINANTS DE LA SOUSCRIPTION

L'étude de Christophe Courbage et Nolwenn Roudaut révèle que **les déterminants de la demande d'assurance dépendance ne sont donc pas forcément ceux que l'on croit**. Selon les auteurs, " *la demande d'assurance dépendance est avant tout motivée par un souci d'altruisme* ". L'assurance dépendance ne vise pas en premier lieu à se protéger soi-même : " *elle est demandée à la fois pour conserver l'héritage à transmettre et pour protéger financièrement les proches en cas de dépendance, mais aussi pour alléger la charge qui pèse ou pourrait peser sur les donneurs d'aide informelle* ". Les enseignements sont les suivants :

- la demande d'assurance dépendance **croît avec la probabilité de laisser un héritage** ;
- mais elle **décroît avec la richesse** : c'est un bien normal au sens de l'analyse économique,
- le fait de vivre en couple, ainsi que le nombre d'enfants, sont positivement reliés à l'assurance : **l'assurance dépendance est souscrite pour protéger sa famille** et ses proches contre les risques financiers de devenir dépendants dans le futur,
- les personnes qui ont une probabilité plus élevée d'avoir de l'aide informelle dans le futur auraient aussi plus tendance à avoir de l'assurance dépendance, qui est **perçue comme un moyen d'alléger la charge des aidants en cas de dépendance** ;
- certains facteurs de risque comme **la surcharge pondérale ou l'alcool jouent positivement sur la demande**, confirmant la notion d'anti-sélection ;
- en revanche, **l'âge est négativement corrélé à la demande d'assurance dépendance**, ce qui vient contredire un certain nombre d'idées reçues.

⁴ " *La demande d'assurance dépendance, une analyse empirique pour la France* », Christophe Courbage, Association de Genève et Nolwenn Roudaut, Université de Bretagne Sud, 24/10/2007. Etude réalisée à partir de l'enquête Share (Survey on Health, Ageing and retirement in Europe), menée auprès d'européens de plus de 50 ans et de leurs conjoints, dont le but est d'analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement. Elle a fait l'objet d'une première vague en 2004 dans 11 pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Grèce, Italie, Pays-bas, Suède, Espagne, Suisse et France) puis d'une mise à jour en 2007. L'échantillon Français concerne 3.193 individus

Le revenu aurait en cloche sur la demande d'assurance dépendance. Les très bas revenus s'assurent peu, comptant sur la couverture publique élevée. Ce sont surtout les revenus moyens qui s'assurent, sachant que la demande augmente avec le niveau d'éducation. Mais à partir d'un certain niveau de revenus, la demande d'assurance décroît avec la richesse. *“ Cela pourrait remettre en cause l'argument selon lequel le coût élevé de l'assurance par rapport au revenu serait un frein à la souscription ”*, indiquent les auteurs.

Le fait que **l'âge apparaisse négativement corrélé avec la demande** ouvre aussi un certain nombre de perspectives. *“ Les assureurs n'utiliseraient pas forcément les bons critères pour sélectionner ou “ écrémer ” les risques, et semblent considérer l'âge comme le principal facteur de risque de la dépendance, alors que l'âge est négativement corrélé à la probabilité d'avoir de l'assurance dépendance ”*, avancent Christophe Courbage et Nolwenn Roudaut.

Au vu de cet enquête, il est à craindre que la population la plus risquée socialement et économiquement (hors bénéficiaires de l'aide sociale), et donc celle qui a le plus besoin de couvertures, est celle qui est la moins protégée et assurée contre les risques de long terme, dont la dépendance. *“ Une inégalité très forte dans la distribution du risque suivant les niveaux socioéconomiques existe dans tous les pays. Le niveau d'éducation, l'accès à la prévention, le niveau de patrimoine et de revenus, l'appartenance ethnique sont des marqueurs forts de la dépendance à des âges élevés. Le déterminisme social est important et il n'y a pas d'égalité devant le risque dépendance ”*, rappelle François-Xavier Albouy, de Malakoff-Médéric.

A quoi sert finalement l'assurance dépendance ? Comme le rappelle le cabinet de conseil Jalma, elle avait au départ vocation à intervenir pour couvrir :

- le ticket modérateur de l'APA (entre 25% et 35 % des frais identifiés dans le plan d'aide) ;
- les frais non pris en charge dans le plan d'aide de l'APA (frais d'aménagement de l'habitation et frais d'hébergement) ;
- les dépendants non pris en charge par l'APA : il y aura ainsi 450.000 personnes en GIR 5
- la dépendance survenant pendant la période d'activité.

Cette définition est intéressante, car elle reflète le positionnement initial de l'assurance dépendance : elle complète l'APA ou s'y substitue. L'évocation du cas de salariés tombant de façon précoce en dépendance introduit une première dé-corrélation entre assurance dépendance et âge avancé. Il reste que **la définition repose sur le postulat que le souscripteur est aussi le bénéficiaire, et que la prise en charge de l'assureur ne démarre que lors de l'entrée en dépendance.**

Il en découle une vision assez étroite de la cible. La FFSA a d'ailleurs indiqué publiquement que *“ à l'inverse de la retraite ou de la santé, le risque dépendance ne concerne pas l'ensemble de la population ”*. Et d'évoquer un marché potentiel de 8 à 10 millions d'individus, à rapprocher des 13 millions de retraités. Sur cette base, le taux d'équipement est bien moins négligeable qu'il n'y paraît : on passe de 5% de la population totale, à 23% des retraités, et même au tiers de la cible communiquée par la FFSA !

N'en déplaise à Danielle Wajsbrot de La Banque Postale, qui se réjouissait du potentiel laissé par un faible taux d'équipement, **certaines considèrent que le marché de l'assurance dépendance individuelle “ à fonds perdus ” est saturé.** En somme, ceux parmi la cible qui étaient susceptibles de s'assurer le sont déjà, ceux parmi les plus aisés ont d'autres solutions sous le pied, et les autres ne modifieront sans doute pas leur comportement, avec ou sans *“ Cinquième Risque ”*. *“ Je considère clairement que soit la personne est “ riche ” est elle s'auto-assure*

individuellement, soit elle est “nécessiteuse” et elle entrera peut-être dans une CMU de la dépendance, soit elle fait partie des classes moyennes et l’assurance ne pourra pas être qu’individuelle”, plaide Christian Schmidt de la Brélie, directeur général du groupe D&O⁵. Le message est un peu orienté : en tant que patron d’un groupe paritaire, il est assez logiquement convaincu que “pour les grands bataillons des classes moyennes, la solution de la dépendance est dans le collectif, avec certaines options individuelles”.

Il n’empêche, cette prise de position a le mérite de suggérer que d’autres solutions sont vraisemblablement envisageables pour d’autres catégories de population. Autrement dit, **l’assurance dépendance ne saurait se résumer à un seul type de réponse, destinée à une cible unique.** La Mission du Sénat ne dit pas autre chose quand elle parle “*d’aménager certains produits existants, susceptibles d’être utilisés par une clientèle qui ne penserait pas spontanément à s’assurer contre la dépendance*”. Derrière le Cinquième Risque, l’enjeu commercial sera précisément de “*stretch*” la cible, voire d’identifier des cibles qui n’en étaient pas, et de les satisfaire intelligemment. Dans un monde de l’assurance soucieux d’être plus tourné vers le client, la dépendance constitue un potentiel commercial et marketing indéniable.

Petit bémol toutefois, le potentiel financier de l’assurance dépendance ne sera sans doute jamais gigantesque. Et ce grand assureur d’expliquer que si 20 millions de Français, soit le tiers de la population totale, souscrivaient à un contrat de prévoyance de 350 euros (à supposer que ce montant soit suffisant), on arriverait à un marché de 7 milliards d’euros. Ce serait 14 fois plus qu’aujourd’hui, mais cela ne représenterait encore qu’un quart du marché de la complémentaire santé...

=> L’assurance-dépendance “à fonds perdus” a le mérite de la simplicité, et c’est sans doute le meilleur moyen de solvabiliser le plus grand nombre le plus tôt possible. Une meilleure segmentation des actifs et des retraités en fonction de leurs besoins, de leurs revenus, de leur patrimoine et de leur style de vie permettrait de “ratisser plus large et plus efficace”, pour le bénéfice des assurés comme des assureurs.

Un contexte institutionnel peu favorable

On l’a vu, la prise en charge de la dépendance en France a jusqu’à présent été marquée par la prééminence du public et une tradition d’aide sociale, ainsi que par la multiplicité des acteurs (Etat, Conseils généraux, Assurance maladie, CNSA) et des sources de financement. Il ne faut pas oublier aussi que l’assurance dépendance s’insère dans le système français de protection sociale, dont l’architecture complexe et peu lisible, est en pleine remise en cause sur fond de déficits croissants. Dès lors, tout mouvement sur la dépendance risque de servir de précédent pour d’éventuelles réformes à venir sur la santé ou la retraite.

Dans ce contexte moyennement propice aux initiatives personnelles en matière de prévoyance, **l’assurance dépendance “à fonds perdus”, réputée chère, aurait aussi eu du mal à s’imposer face à la concurrence de l’assurance vie, dont le côté “couteau suisse” et le régime fiscal favorable constituent des attraits puissants.** L’avantage, est que “*si c’est ce*

type de raisons qui domine, alors une simple modification de la loi devrait permettre au marché de couvrir le risque dépendance ”, estime Manuel Plisson, professeur à Dauphine⁶.

L’architecture du “ Cinquième Risque ” sera bien inscrite dans la loi, et l’on devrait y trouver les grands traits de la réforme de l’APA, la ligne de partage entre ce qui relève de la solidarité nationale et ce qui relève de l’assurance, et l’organisation de la gouvernance du système via des partenariats public-privé.

Derrière l’idée d’un contexte institutionnel plus favorable, se cache surtout **la perspective d’éventuelles incitations fiscales**, nécessaires, dit-on, pour donner au marché le coup de fouet qui lui manque. Selon le sondage OpinionWay réalisé pour la FFSA en juin 2008, 75% des Français se déclaraient favorables à l’idée d’instaurer des réductions d’impôt pour inciter à la souscription individuelle. L’idée est séduisante, mais sa mise en musique, dans un contexte budgétaire tendu, pourrait s’avérer plus complexe. D’ailleurs, depuis deux ans que traîne le dossier “ Cinquième Risque ”, peu de fuites préfigurant les prochains arbitrages gouvernementaux ont circulé sur le sujet.

Actuellement, la rente dépendance est assimilable à une rente permanente d’invalidité, elle est exonérée d’impôt sur le revenu en application de l’instruction fiscale du 1^{er} mai 1983. Une réponse ministérielle du 24 décembre 1998 a confirmé l’idée d’un non assujettissement à l’IR des rentes au moment de la réalisation du risque dépendance. Le raisonnement est le même concernant les prélèvements sociaux. En revanche, les cotisations ne sont pas déductibles de l’impôt sur le revenu.

Plusieurs pistes sont envisageables (non forcément exclusives l’une de l’autre), étant entendu qu’elles supposent d’avoir défini au préalable les modalités de refonte du socle solidaire, et d’avoir dressé le cahier des charges des contrats conditionnant ces avantages fiscaux :

- Prévoir des **aides à l’acquisition de contrats de prévoyance dépendance**, à l’image de la CMU-C en santé ;
- Permettre **la déduction fiscale des cotisations** versées sur un contrat de prévoyance dépendance ;
- **Exonérer de taxation la rente** versée en cas de dépendance ;
- Autoriser le **transfert d’une partie des encours de l’assurance vie vers des contrats dépendance** sans perte de l’antériorité fiscale (sorte de “ Fourgous dépendance ”) ;
- **Conditionner le régime favorable de l’assurance vie à l’intégration d’options dépendance** dans les contrats ;
- **Majorer la rente en cas de dépendance** sur les contrats d’épargne-retraite comme le PERP.

La Mission du Sénat semble en privilégier deux : “ *permettre la déductibilité fiscale des cotisations complémentaires dépendance* ” (en précisant bien “ *sur un contrat d’épargne retraite* ”) et “ *ouvrir la possibilité de convertir les contrats d’assurance vie en contrats dépendance sans perte de l’antériorité fiscale* ”. Nous l’avons vu, le sénateur Marini prédit un

⁶ Revue Risque n° 78, juin 2009

impact “ limité ou nul ” sur les finances publiques grâce à la mobilisation des enveloppes existantes de déduction d’impôt et au gage sur patrimoine.

Pour compliquer un peu la donne, la différentes familles d’assureurs ne sont pas exactement sur la même longueur d’onde, et leur lobbying risque de repartir de plus belle à l’automne 2009, dans un contexte budgétaire peu propice aux cadeaux fiscaux. Il sera intéressant de voir les chiffres des différentes pistes proposées.

FISCALITE DE L’ASSURANCE DEPENDANCE : LES POSITIONS DES DIFFERENTES FAMILLES D’ASSUREURS			
	Cotisations / versements	Transfert de contrat	Prestations
Sénat	Déduction des cotisations complémentaires dépendance sur un contrat d’épargne Retraite	Conversion des contrats vie en contrats dépendance sans perte de l’antériorité fiscale	
FFSA	Déduction des cotisations Dépendance dans le cadre des enveloppes existants d’épargne retraite	Conversion des contrats vie en contrats dépendance sans perte de l’antériorité fiscale	La prestation continue d’être exonérée d’IR même avec la déduction des cotisations Le rachat ou le dénouement serait exonéré d’impôt en cas de dépendance
CTIP	Exonération fiscale et sociale spécifique de la cotisation, pour l’employeur comme pour l’employé		
FNMF	ND	ND	ND
Apref	Franchise de prélèvements Fiscaux et sociaux + Versement d’un crédit d’impôt remboursable	Transfert d’un PERP, Perco et contrat d’assurance vie en franchise de tout prélèvement	Exonération d’IR et de cotisations sociales de la rente si elle sert à assumer les coûts de la dépendance et non à constituer un revenu de remplacement.

La FFSA a approuvé l'idée d'un financement mixte de la dépendance, et son corollaire : l'adoption d'une définition commune publique / privée, et la mise en place de réseaux d'évaluateurs communs. Elle préconise de moduler l'APA et de la recentrer sur les personnes qui disposent des revenus les plus modestes, et d'inciter les autres à souscrire des contrats dépendance. La solidarité nationale interviendrait aussi pour ceux qui, trop vieux, ne peuvent plus relever de l'assurance. La FFSA défend, pour tous les types de contrats (contrats de prévoyance dans lesquels la dépendance est la garantie principale, contrats d'assurance vie individuels ou collectifs dont la garantie principale est le décès ou l'épargne retraite, et dont la dépendance est une garantie complémentaire), la mise en place de mécanismes incitatifs prenant en compte l'âge des bénéficiaires.

Sur le plan fiscal, les assurés en phase de constitution d'épargne retraite, pourraient déduire fiscalement les cotisations dépendance dans le cadre des enveloppes retraites existantes, que ces garanties soient ou non souscrites à l'intérieur d'un contrat d'épargne retraite (vision plus large que celle de la Mission du Sénat).

Le " recyclage " des contrats d'assurance vie sans conséquences fiscales concernerait les personnes les plus âgées, celles pour qui souscrire un contrat de prévoyance n'a plus de sens. Le rachat ou le dénouement d'un contrat d'assurance vie pourrait alors être exonéré d'impôt sur le revenu en cas de dépendance du souscripteur ou de son conjoint.

Enfin, pour encourager de manière durable la souscription d'une garantie dépendance, la FFSA préconise que la prestation versée en cas de dépendance continue d'être exonérée d'impôt sur le revenu, même lorsque les cotisations ont été déduites, a motif qu'il s'agit d'une prestation compensatoire pour aider l'assuré à maintenir une certaine autonomie. Cette exonération constituerait une autre forme d'aide, au moment où les personnes sont les plus vulnérables.

La FFSA n'a pas chiffré publiquement le coût de telles mesures. " *Sur le plan financier, l'effort de paiement de 2 à 3 milliards d'euros : une incitation de quelques 5%, 10% ou 15% ne représenterait que quelques centaines de millions* ", a néanmoins évoqué Gérard Ménéroud, directeur général adjoint de CNP Assurances et président de la commission plénière des assurances de personnes de la FFSA⁷.

A noter que la FFSA milite parallèlement pour une exonération totale des contrats d'assurance vie de plus de 12 ans, afin d'encourager l'épargne longue. Actuellement, les contrats de plus de 8 ans acquittent un prélèvement forfaitaire de 7,5% sur les intérêts et plus values. Certains considèrent que cette demande vient se télescoper sur celle de la dépendance, et redoutent qu'à l'avenir, le régime fiscal favorable de l'assurance vie soit conditionné par l'introduction systématique d'options dépendance dans les contrats.

Enfin, la FFSA insiste sur la nécessité de pouvoir « *suivre l'évolution du risque et d'en anticiper les conséquences* ». Elle préconise la mise en place d'un conseil scientifique qui travaillerait et ferait des propositions pour « *rendre le système évolutif* ».

Le CTIP, dont les arguments en faveur des dispositifs collectifs a déjà été évoqué, juge que " *l'assurance collective obligatoire serait plus efficace si elle était accompagnée d'une exonération fiscale et sociale de la cotisation suffisamment intéressante pour l'employeur et le salarié, comme c'est le cas en prévoyance et en épargne retraite* ". Le CTIP souhaite qu'il s'agisse d'une incitation fiscale et sociale dépendance spécifique afin d'éviter tout arbitrage dans la négociation entre la garantie dépendance et les garanties de prévoyance ou de retraite supplémentaire.

⁷ Conférence Dépendance des Echos, 14/05/09

Les mutualistes, c'est à dire le GEMA et la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF), plaident pour la mise en place d'un dispositif à trois étages complémentaires. Le premier niveau correspondrait à un socle de base universel financé par la solidarité nationale. Le deuxième niveau reposerait sur la généralisation d'une couverture de prévoyance complémentaire collective, permettant une mutualisation large du risque, quel que soit l'âge de l'assuré. Il s'agirait d'une assurance à fonds perdus, avec des niveaux de cotisations raisonnables pour le bénéficiaire. *“ Cet étage de couverture de la dépendance ne repose pas sur une logique par capitalisation, car les exigences de provisionnement de ce type de risque sont beaucoup trop élevées ”*, précise la FNMF. Le troisième étage consisterait à recourir, à titre subsidiaire, à des mécanismes assurantiels supplémentaires gérés selon une logique de capitalisation à long terme. La FNMF considère que les transferts en provenance de l'assurance vie ne résoudreont qu'une partie du problème puisque seuls 35% des ménages sont équipés pour un montant moyen de 66.000 euros, limitant les perspectives de transformation. Elle considère que le *“ droit universel à l'autonomie ”* devra nécessairement passer par une hausse des prélèvements obligatoires, et limite la portée des éventuelles incitations fiscales. *“ Elles sont nécessaires mais ne suffiront pas ”*, prédit Daniel Lenoir, le directeur général de la Mutualité Française.

L'Apref, qui fédère les réassureurs en France, insiste sur la nécessité de bâtir un système *“ proportionné ”* au degré de dépendance effectif de la personne ; *“ objectif ”* pour limiter l'aléa moral lié à la perception subjective de la dépendance ; *“ contrôlable ”* pour maîtriser les coûts ; *“ ouvert à l'innovation ”* pour mieux satisfaire les besoins et réduire les coûts ; *“ équitable ”*, pour éviter les transferts de charge aux générations futures. L'Apref préconise un PPP combinant une offre de marché adressée à la demande solvable, couvrant la majorité de la société française, et une offre publique dédiée à la demande moins solvable, dans un cadre de solidarité redistributive.

Evoquant la refonte de l'APA, l'Apref estime qu'il *“ serait souhaitable de cibler la couverture sur la dépendance lourde ”*. La dépendance légère serait exclue car *“ elle ne pose pas de réel problème financier au ménage, et elle est plus difficile à apprécier avec objectivité, et plus susceptible de donner lieu à dérive, voire à fraude ”*. **Ne garder dans le système que les personnes ne parvenant pas à réaliser 3 AVQ sur 4 ne reviendrait à indemniser que 480.000 personnes, contre 1,1 million aujourd'hui.**

Sur le plan fiscal, l'Apref recommande que les versements de l'assuré, dans la limite de 120% du montant de la couverture minimum du contrat labellisé, aient le traitement suivant :

- franchise de prélèvements sociaux et fiscaux, y compris pour la participation financière de l'entreprise (dans la limite de la couverture standard)
- remplacement de l'exonération fiscale par un crédit d'impôt remboursable (par exemple 40% des versements, soit le taux maximal d'impôt sur le revenu), plus égalitaire
- le transfert d'un PERP, Perco, contrat d'assurance vie vers un contrat dépendance se ferait en franchise de tout prélèvement ;
- exonération de l'impôt sur le revenu et de cotisations sociales de la rente versée en cas de dépendance si elle sert bien à couvrir des coûts de dépendance et non à assurer un revenu de remplacement.

Seule l'Apref a pour l'instant fait un chiffrage de ses propositions, qu'elle a présentées à Matignon début septembre 2009. Le point de départ est l'estimation du coût moyen de la dépendance pris en charge par l'assureur, égal à 1800 euros par mois pour une personne seule et à 1300 pour une personne en couple, à comparer à un coût moyen pour une dépendance lourde de 2.500 euros. Sur cette base, la cotisation annuelle pour un contrat dépendance à 60 ans serait d'environ 900 euros par an pour une personne seule et d'environ 1200 euros par an pour un

couple. Sachant qu'il y a 4,6 millions de couples et 3,6 millions de personnes seules de plus de 60 ans, et que le taux de dépendance est estimé à près de 4% par personne couverte, **le budget annuel de l'assurance dépendance s'élèverait à environ 9 milliards d'euros par an, si tous les ménages souscrivaient un contrat dépendance à 60 ans. Le crédit d'impôt remboursable, s'il était fixé au taux maximum de l'impôt sur le revenu de 40%, se monterait à environ 3,5 milliards d'euros.** “ Par rapport à la déductibilité fiscale et sociale dont bénéficieraient les cotisations versées à une cinquième branche de la Sécurité sociale, le coût net de la souscription d'une assurance de marché, pour les finances publiques, se serait que de 1,75 milliard d'euros, correspondant à l'écart entre le crédit d'impôt de 40% et le taux moyen d'imposition de 8% ”, justifie l'Apref. Sans compter que cet effort du gouvernement pourrait être compensé, selon l'association, par les **3 milliards d'euros d'économies dégagées grâce à une refonte de l'APA** en supprimant la couverture de la dépendance réduite (1,25 milliard) et en substituant de l'assurance privée à de l'APA via une hausse du ticket modérateur (1,75 milliard).

Matignon aurait manifesté son intérêt mais fait les objections suivantes : i) le budget annuel d'assurance dépendance (900 euros) est trop élevé, ii) il faut que les gens cotisent avant 60 ans, iii) le financement de la « transition » (4 ou 5 années avant que le mécanisme ne porte ses fruits) n'est pas assuré.

=> Les choix relatifs au périmètre d'exercice de la solidarité nationale (“ tout le monde un peu ” ou “ les plus vieux, les plus modestes et les plus malades ”) et à la nature des incitations fiscales seront déterminants. Ils induiront une hiérarchisation des solutions de couverture entre public et privé, individuelles et collectives, épargne et prévoyance. Les solutions d'assurance devront néanmoins, pour être pérennes, prouver leur “ valeur utilité ” sans carotte fiscale.

Faut-il rendre l'assurance dépendance obligatoire ?

Le risque dépendance est propice aux comportements opportunistes, ce qui se traduit par un degré d'anti-sélection élevé et des phénomènes d'aléa moral. Ne s'assurent (voire se sur-assurent) que ceux qui pensent avoir une probabilité élevée de basculer un jour dans la dépendance, d'où une probable sur-représentation des “ mauvais risques ” dans les portefeuilles assurés. En outre, en vertu d'un phénomène d'aléa moral intergénérationnel, les aidants ont tendance à réduire leur aide informelle lorsqu'ils savent que la personne en perte d'autonomie est assurée.

Comment organiser un marché autour d'un risque aussi complexe que la dépendance ? “ C'est un risque difficile à circonscrire dans toutes ses dimensions ”, admet François-Xavier Albouy de Malakoff-Médéric. On l'a vu avec la dépendance partielle, réclamée par les assurés, intégrés par les assureurs, mais souvent mal pilotée. Le verra-t-on aussi avec la construction de produits flirtant avec l'indemnitaire ? “ Si une partie ou la totalité du risque n'est pas diversifiable, les produits d'assurance dépendance seront nécessairement incomplets et donc peu intéressants. Dans ce cas, le marché serait condamné à stagner ”, prévient Manuel Plisson. Difficile alors de segmenter le marché en classes de risque homogènes...

Or, la généralisation de l'assurance dépendance, nous le verrons, passe sans doute par une segmentation plus poussée – gage que ceux qui sont en bonne santé et qui jugent le risque faible ne paient pas trop cher. Ce qui nous ramène en quelque sorte au point de départ : il faut

augmenter la base de mutualisation. Avec 3 millions d'assurés, elle est aujourd'hui insuffisante, tant sur le plan collectif qu'au niveau de chaque portefeuille.

D'où l'idée, avancée par certains, de rendre l'assurance dépendance obligatoire, ce qui résoudrait le problème. *“ Les produits d'assurance dépendance se vendent mal. Je suis pour un système d'assurance mixte public et privé, mais qui doit être obligatoire si l'on veut amorcer le marché. Des dispositifs purement incitatifs n'y suffiront pas ”*, avance ainsi Martin Vial, le PDG d'Europ Assistance. La Mutualité, en proposant un deuxième étage collectif permettant une mutualisation large du risque, et en jugeant que les incitations fiscales seront quoiqu'il arrive insuffisantes, laisse finalement entendre la même chose/

Certains dressent le **parallèle avec la RC auto, obligatoire depuis 1956**. Jean-Pierre Menanteau, le PDG d'Aviva France, a lui aussi pris publiquement position en faveur d'une assurance dépendance obligatoire, s'inspirant de ce mécanisme. *“ Si l'on rendait obligatoire cette assurance à compter d'un âge à définir, tout en prenant les précautions nécessaires pour ceux qui ne sont pas en mesure de payer, on pourrait pleinement utiliser les techniques d'assurance et de mutualisation des risques, avec les mêmes vertus dans le temps que le marché auto : concurrence, qualité de service, innovation ”*, explique-t-il. Reste à définir dans quelle enveloppe (prévoyance, épargne ?) ce socle obligatoire s'insérerait.

Jérôme Kullmann, juriste et professeur à Dauphine, directeur de l'institut des assurances de Paris, propose de **vendre la dépendance systématiquement en inclusion dans certains contrats, comme l'assurance vie ou la MRH**. *“ Nombre de personnes y sont hostiles au motif que cela constituerait un nouveau prélèvement obligatoire. Pourtant, cela n'a rien à voir. (...) En 1982, on a instauré une assurance catastrophe naturelle sous forme de garantie obligatoire, qui se fixe automatiquement sur le contrat socle de dommages aux biens. Cela n'a pas provoqué de révolte anti-fiscale. Et cela marche remarquablement bien. Pourquoi ne pas ajouter une garantie dépendance, qu'on pourrait rendre obligatoire par inclusion, soit dans les contrats d'assurance sur la vie, soit dans la MRH ? Mais nous ne disposons pas de la moindre étude sur un tel scénario ”* explique-t-il⁸.

Ces prises de position laissent indirectement entendre qu'un risque complexe comme la dépendance ne pourra pas donner lieu à un véritable marché privé sans dimension obligatoire. L'esprit du Cinquième Risque, tel qu'il se dessine, semble plutôt être celui d'une incitation forte à l'assurance, plutôt que d'une obligation, mais rien n'est encore arrêté. Rester dans l'incitatif permettrait de laisser la porte ouverte à ceux qui souhaiteraient s'auto-assurer (tant pour des contraintes budgétaires que par souci d'optimisation économique).

Bien qu'il ne soit pas transposable stricto sensu, **le cas singapourien est l'exemple même du système quasi-obligatoire vertueux**. Mis en place en 2002 par l'Etat avec trois assureurs, le plan Eldersfield a été proposé de façon automatique aux non-dépendants âgés de quarante à soixante-neuf ans, permettant l'instauration d'une couverture quasi universelle. *“ Ce modèle, qui est un vrai succès car 85 % des gens souscrivent, fournit des pistes intéressantes, notamment sur les incitations à la souscription ”*, explique Lucie Taleyson, d'AXA. Ce programme repose en outre sur un véritable partenariat public privé : *“ la communication et la prévention sont assurées de concert par le public et le privé, et le plan dissocie deux fonctions importantes : la redistribution est pleinement définie par l'Etat (aides à la souscription, fonds de soutien...), tandis que les assureurs pilotent pleinement le risque ”*, poursuit AXA.

⁸ Revue Risques, n°78, juin 2009

ENCADRE : LE PLAN ELDERSHIELD DE SINGAPOUR

Le plan Eldersshield est un système d'assurance dépendance à enrôlement automatique, mis en place à Singapour en 2002 via un partenariat public privé qui s'est révélé vertueux.

- Le programme, destiné aux personnes non dépendantes résidant à Singapour de 40 à 69 ans, leur a proposé une couverture automatique, avec possibilité de refus pendant trois mois. En cas de sortie, les aides publiques et les facilités de souscription étaient perdues.
- Une grande campagne de sensibilisation au risque et de promotion des produits a été menée en parallèle
- L'Etat a financé une partie des primes pour les personnes âgées de 55 à 69 ans, et a assuré la prise en charge des personnes de plus de 70 ans ainsi que de celles déjà dépendantes, via un fonds dédié temporaire (Interim Disability Assistance Programme)
- Les produits, la tarification et la gestion des contrats sont réalisés par des assureurs retenus par l'Etat à l'issue d'un appel d'offre.
- Les produits sont standardisés autour d'une couverture viagère offrant une rente temporaire de 400 dollars pendant 6 ans, soit une durée supérieure à la perte d'autonomie, si la personne ne peut plus réaliser 3 AVQ sur 6.
- Le taux de sortie n'a cessé de diminuer, passant de 38% lors du lancement du plan en 2002, à 14% en 2006.

2. Le “ Cinquième Risque ”, catalyseur d’un marché encore “ adolescent ” ?

Finalement, que va changer le “ Cinquième Risque ” pour les assureurs ? Certains en attendent beaucoup et espèrent que cette réforme permettra au marché de l’assurance dépendance de décoller enfin. D’autres, plus sceptiques, considèrent que cela ne changera rien, et craignent même que cela introduise une couche de contrainte (et donc de complexité) supplémentaire dans un système qui ne fonctionne pas si mal.

Certains tablent sur des incitations fiscales, d’autres préfèrent ne pas miser sur un quelconque cadeau du gouvernement, au motif que la crise a tendu des équilibres budgétaires déjà précaires en matière de protection sociale, pour ne pas dire explosifs.

Certains voient dans l’activité dépendance un marché à conquérir dans un paysage de l’assurance déjà largement saturé, d’autres estiment que même avec des hypothèses volontaristes de taux d’équipement, les volumes resteront modestes.

Certains voient dans la dépendance la passerelle entre leurs activités d’assurance, de services à la personnes et d’assistance, d’autres n’y voient que le dernier produit de la gamme en matière de prévoyance à fournir, après tous les autres.

Mais tous devinent qu’il y a autour de la dépendance un enjeu qui dépasse les simples dimensions commerciales et financières. Tous anticipent que le projet de loi sera assorti d’une vaste campagne de communication et de sensibilisation du grand public, à laquelle ils devront être associés. Tous savent qu’il ne peuvent pas passer à coté : ce n’est pas tous les jours qu’une branche d’assurance se réinvente.

Avant / Après : exercice de simulation

Nous allons donc tenter de dessiner ce qu’est susceptible de changer le futur texte de loi sur l’organisation et le fonctionnement de la couverture contre la dépendance. L’équation comporte encore quelques grosses inconnues, comme la ligne de démarcation entre ce qui relèvera du public et du privé, la nature et l’ampleur des incitations susceptibles d’être accordées pour faire décoller le marché, ou encore la décision de traiter via le Cinquième Risque toute la perte d’autonomie quelle qu’en soit la cause (dépendance et handicap). Il appartiendra au gouvernement de les lever (après quelques tours de négociations avec les lobbies concernés : assureurs, maisons de retraites, associations etc...).

Le schéma ci-dessous ne donc prétend ni être complet, ni être définitif. Il permet toutefois de souligner ce qui sera l’apport majeur de la réforme : **créer un “ écosystème ” plus propice au développement de l’assurance dépendance**. Et ce pour l’ensemble des parties prenantes. Car si l’outil existe, il est insuffisamment ou mal utilisé. L’intervention du législateur devrait permettre de créer le cadre et les règles de fonctionnement qui manquaient jusqu’à présent.

LES INCONNUES
Quelle ligne de partage Public / Privé pour quel socle de solidarité nationale ? => <i>Les plus vieux et/ ou les plus modestes et/ ou les plus malades</i>
Quelles incitations à la souscription (fiscalité) ?
Le 5 ^{ème} Risque traitera-t-il indifféremment Dépendance et Handicap ?



LE MARCHE AUJOURD'HUI	LE MARCHE POST 5^{ème} RISQUE (est.)
Des produits de prévoyance robustes et efficaces MAIS...	Idem + d'autres solutions seront valorisées
Les contrats ne sont pas comparables	Les contrats seront labellisés : - Définition commune de la dépendance - socle minimal de garanties + Tables réglementaires
Les gens souscrivent tard (62 ans)	Incitations à une souscription anticipée, notamment via l'entreprise
Les rentes ne sont pas toujours suffisantes (300 – 600 euros / mois) + dépendance partielle non sécurisée	Echelle degré de dépendance / niveau de prestation
Les tarifs ne sont pas garantis et les prestations pas systématiquement indexées	Protection du consommateur : primes garanties ET / OU revalorisation automatique des prestations
Les valeurs de réduction ne sont pas systématiques	Systématisation des valeurs de réduction, mécanisme de participation aux bénéfices
Les vraies couvertures collectives restent Marginales + quid des droits hors de l'entreprise	Portabilité des droits (tout au long de la vie + entre individuel et collectif)
Les assurés ne peuvent pas faire jouer la Concurrence	Transférabilité des contrats Transparence sur les conditions de rachat / Annulation
Aucune cohérence APA / assurance	Réseaux d'évaluateurs communs Création d'un Observatoire de la perte d'autonomie Contrôles qualité



CONSEQUENCES	OBJECTIFS
Le taux d'équipement reste faible (5% population)	Taux d'équipement amélioré sur différentes Cibles
La fidélité des assurés est limitée + taux sortie Elevés. => Un contrat = 5 ans	Cycle de vie du produit respecté + gouvernance publique / privée => un contrat = 30 ans ?
Environnement peu sécurisé	Environnement + sécuritaire et + concurrentiel

Si le “ Cinquième Risque ” produit les effets escomptés, **le système sera plus sécuritaire pour l’assuré**. Ce grâce à un certain nombre de mesures comme une définition unique de la dépendance, la création d’un barème établissant un niveau de prestation minimum pour chaque degré de dépendance, ou la mise en place de conditions permettant la portabilité des droits tout au long de la vie, quel que soit le support. **Le marché sera aussi plus concurrentiel** : la « labellisation » des contrats sera un gage de transparence et de comparabilité, tandis que la transférabilité d’un assureur à l’autre (dont les modalités restent à trouver) permettra aux assurés de faire jouer la concurrence tout au long de la vie du contrat, apportant une solution aux sorties anticipées.

Les assureurs et les réassureurs devraient aussi y trouver à terme leur compte, même si **l’instauration du partenariat public-privé risque de mettre un terme aux rentes de monopole dont certains bénéficiaient**. Il n’est ainsi pas certain que les acteurs aujourd’hui les plus établis sur ce marché voient d’un très bon œil la mise en place de tables réglementaires (bâties de surcroît avec leurs propres tables d’expérience). Plus de sécurité pour l’assuré signifie aussi plus de contraintes pour les assureurs. Le débat actuel sur les tarifs (qui peuvent varier chaque année) et sur les prestations (qui ne sont pas systématiquement revalorisées à hauteur de l’inflation) en est une illustration.

Rien que la perspective d’une labellisation – le terme retenu ne sera sans doute pas celui-ci – risque de faire jaser, si l’on se base sur ce qui se passe en santé. Alors que Roselyne Bachelot avait demandé en mars dernier plus de transparence aux complémentaires dans leurs contrats, l’Unocam (qui fédère les quatre familles de complémentaires santé) a rappelé récemment son opposition à toute forme de normalisation des garanties d’assurance santé. Pour faciliter la compréhension des usagers, un travail d’harmonisation de la rédaction des garanties est toutefois proposé.

Que gagneront-ils en échange ? De la fluidité et de la confiance. Si la gouvernance du système est irréfutable (ce qui suppose des gages d’indépendance et des évaluations régulières) on peut espérer que progressivement, les réticences des assurés envers le principe même de l’assurance dépendance – la dimension “ fonds perdus ”, l’engagement sur longue période, la sortie en rente... – diminueront. La création de table d’expérience de place et la mise en place d’une définition de la dépendance commune publique / privée devraient **améliorer le pilotage du risque**, et donc rendre les produits mieux maîtrisables par les assureurs.

L’ACAM, prochainement fondue dans la future autorité prudentielle des banques et de l’assurance, avait fait savoir qu’elle entendait porter une attention toute particulière à ce risque compte tenu de la durée de la phase de souscription (ou d’accumulation, sur des contrats à dominante épargne). Un sujet du même ordre s’est posé lors de la création des PERP, débouchant sur la mise en place d’une gouvernance originale, articulée autour des GERP, ou groupements d’épargne retraite populaire. Le GERP est une association à but non lucratif qui a pour objet la souscription du ou des PERP pour le compte des participants et la représentation de leur intérêt. Pour chaque PERP souscrit, le GERP doit s’assurer de mettre en place un comité de surveillance, d’organiser la consultation de l’assemblée des participants de chaque plan, d’assurer le secrétariat et le financement de chaque comité de surveillance et de chaque assemblée de participants. On peut juste espérer que l’assurance dépendance “ post Cinquième Risque ” aura un succès commercial plus probant que ne l’ont eu jusqu’à présent les PERP.

Parmi les gages de bonne gouvernance, est aussi évoquée la création d'un Observatoire de la perte d'autonomie qui aurait pour mission :

- de recueillir des données sur la perte d'autonomie auprès des organes concernés (conseils généraux, organismes de statistiques publiques, organismes privés)
- de suivre le développement de la couverture de la population en matière de dépendance
- de publier périodiquement un rapport sur le " Cinquième Risque " en France

Le " Cinquième Risque ", ou l'art de la maximisation sous contraintes

Pour les assureurs et les réassureurs, le " Cinquième Risque " se présente donc comme un véritable exercice de " maximisation sous contraintes ", étant entendu que l'une des dimensions clefs du futur partenariat public privé – qui finance dans quelle proportion – n'est pas encore arbitrée. Or, chacun sait que c'est le financeur de premier rang qui, en théorie, à la main. A cet égard, si les assureurs n'avaient qu'un objectif, ce serait de tout faire pour éviter la hiérarchie qui s'est imposée en santé entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : en schématisant, le ministère de la santé et la CNAM imposent, les organismes complémentaires disposent, et les assurés subissent des hausses de cotisations continues.

On peut espérer que la loi sur le " Cinquième Risque " créera un " écosystème " plus favorable à l'assurance dépendance. Aux assureurs de transformer les nouvelles contraintes en opportunités, de façon à s'imposer sur un marché dont le potentiel de croissance ne demande qu'à être activé.

Il est aisé de donner des leçons de marketing à froid, plus difficile de trouver, dans la vraie vie, la bonne alchimie entre le produit / la cible / le réseau de distribution. Le graphique ci-contre tente de donner un aperçu des thématiques sur lesquelles pourront s'appuyer les assureurs.

- dans une **logique de " conquête "**, l'assurance dépendance (qui pourra prendre d'autres formes qu'un simple produit de prévoyance à fonds perdus) pourra être vendue comme outil de protection de la famille, outil de gestion de patrimoine (protection de l'héritage), voire même comme outil de solidarité intergénérationnelle (discours mutualiste ?).
- bien vendue et bien comprise, l'assurance dépendance peut devenir un **produit de fidélisation**, valorisant pour les réseaux de proximité (agents généraux, agences bancaires), à condition de savoir bien gérer toute la phase, très longue, en amont de la dépendance. Cela suppose d'en " donner pour son argent " à l'assuré, afin d'atténuer la dimension fonds perdus du produit.
- La labellisation des contrats (ou toute mesure normalisant les garanties) devrait permettre l'émergence de **contrats standards** à tarifs abordables.
- La différence se fera sur l'adjonction intelligente de services sur toute la période (ce que certains groupes ont déjà commencé à faire), et, nous le verrons, sur la **capacité de l'assureur à conseiller son client sur le mix répartition / capitalisation** (autrement dit prévoyance / épargne).
- La dépendance a toujours été considérée comme difficile à vendre, sans doute à juste titre. La future loi constituera et constitue déjà un bon " prétexte " pour former les réseaux et nouer

des partenariats de distribution avec des réseaux prescripteurs (clubs du troisième âge, associations).

- **L'entreprise ou la branche d'activité seront de bons vecteurs de mutualisation** et de diffusion d'un premier socle collectif d'assurance, éventuellement complété par des solutions individuelles.

	FORCES		
M E N A C E S	<p>Marché oligopolistique : quelques acteurs détiennent le savoir faire et les tables d'expérience</p> <p>Concurrence des produits d'épargne</p>	<p>Ecosystème + favorable = + de croissance</p> <p>L'assurance dépendance = Outil de protection de la famille Outil de solidarité intergénérationnelle Outil de gestion du patrimoine</p>	O P P O R T U N I T E S
	<p>Les assurés potentiels font un blocage Psychologique face au risque (déli)</p> <p>L'assurance dépendance est un produit Complexe et difficile à vendre</p> <p>l'intérêt de l'assurance dépendance reste à démontrer</p> <p>Les statistiques sont incomplètes (dép. partielle, prestations) => problème de tarification / de sous-provisionnement ?</p> <p>Les produits collectifs sont peu développés et sujets à caution</p>	<p>L'Etat ne pourra pas tout financer, et incitera à l'assurance</p> <p>L'assurance dépendance = produit de fidélisation sur longue période, requérant de la proximité avec le client + création de partenariats de distribution</p> <p>Effet de richesse chez les nouveaux retraités (baby boomers) = enrichissement de l'offre en services</p> <p>La labellisation des contrats permettra l'élaboration de produits standards à tarif abordable</p> <p>La dépendance sera un sujet de négociation collective (entreprises ou branches)</p>	
	FAIBLESSES		

3. Les assureurs et le “ bien vieillir ” : vers une nouvelle “ écologie ” de la dépendance

Vers une nouvelle “ écologie ” de la dépendance ?

Faire de l'assurance dépendance un produit incontournable, voire quasi-universel (au même titre que la complémentaire santé par exemple) suppose de dé-corréler perte d'autonomie et vieillesse. La dépendance concerne tous les actifs, préoccupés qu'ils sont par les nombreuses problématiques liées à leur vieillissement (maintien des revenus à la retraite, préserver sa santé, anticiper une éventuelle dépendance), et à celui de leurs ascendants.

La prise en charge de la dépendance par les assureurs est encore conçue de façon trop restrictive : on assure sa propre dépendance, dans une logique purement financière. La souscription est en outre effectuée dans une logique de “ conjuration du mauvais sort ” : on s'assure en espérant ne jamais avoir à entendre parler de son assureur. Un luxe que beaucoup ne peuvent pas se permettre, et qui a de fortes chances de déboucher sur des arbitrages de dépenses plus positifs, comme l'atteste les taux de sortie élevés des contrats.

Certains ont bien compris qu'il fallait élargir l'offre, ce qu'ils ont commencé à faire en ciblant les “ aidants ”. Ces personnes qui aident au quotidien des dépendants seraient 4 à 5 millions en France. Des assureurs comme la Macif ou AXA exploitent déjà le filon. AXA, en particulier, est parti du constat qu'environ 6 Français sur 10 sont ou ont été confrontés à la dépendance d'une personne dans leur entourage familial, et que 4 Français sur 10 sont des “ aidants ”, c'est à dire des personnes qui jouent un rôle actif dans la vie courante d'un proche dépendant⁹. Ce qui n'est pas sans incidence sur la vie professionnelle de l'aidant. AXA note qu'**il y a en France 3,7 millions d'aidants familiaux**, 33% d'entre eux étant les enfants, âgés de 51 ans en moyenne. Au total, 3% à 4% des salariés aident un proche dépendant, et 11% d'entre eux ont dû aménager leurs horaires de travail. D'où la création d'un contrat collectif d'entreprise obligatoire conjuguant la couverture annuelle du salarié (une rente mensuelle de 1000 euros lui est versée en cas de dépendance totale précoce) et celle de ses parents (versement d'un capital de 5000 euros en cas de dépendance ; des services pour aider l'aidant dans son rôle à chaque étape (avant l'entrée en dépendance, lors de l'entrée, et durant l'état de dépendance) ; un dispositif facultatif complémentaire pour le salarié, son conjoint et ses parents s'ils souhaitent disposer d'une couverture viagère après le départ du salarié de l'entreprise. A noter que le produit est réservé aux entreprises de plus de 100 salariés.

Derrière le marketing, il y a le souci de l'assureur d'apporter des réponses au besoin prioritaire (comment gérer la dépendance d'un parent), tout en ayant déjà “ ferré ” l'assuré sur le besoin secondaire (sa propre dépendance), et en ayant aussi anticipé les problématiques des employeurs confrontés à un absentéisme en hausse. La prise en charge de l'assureur est modulée sur longue période, et donc fidélisante.

En toile de fond, c'est aussi toute l'approche du grand âge qui est en train d'évoluer. Pour les assureurs, **il n'est plus uniquement question de se positionner sur le risque de dépendance stricto sensu, mais sur le “ bien vieillir ”**. A cet égard, la terminologie anglo-saxonne de “ long term care ” est plus positive et ouvre un champ d'intervention plus vaste.

Ces évolutions supposent donc de ne pas se cantonner à une seule cible (les retraités), à un seul produit (l'assurance à fonds perdus), à une seule forme de prestation (la rente), à un seul

⁹ Sondage TNS Sofrès pour AXA France, mars 2008

type de souscription (pour compte propre). Le schéma suivant donne une idée de ce que pourrait être demain le “ mapping ” de la couverture dépendance :

ACTIFS / AIDANTS	
<p><i>“ Bien Vieillir + préfinancer ”</i></p> <p>Industrialisation du préfinancement Information Prévention globale Services aux aidants (solutions de répit) Souscription pour compte de tiers</p> <p style="text-align: right;">AVANT</p>	<p><i>“ Anticiper ”</i></p> <p>Services et soins Capital équipement pour adapter l’habitat Place garantie en maison de retraite ?</p>
<p><i>“ Solvabiliser et prévenir ”</i></p> <p>Produit de prévoyance souscrit pour compte propre, assurant une rente (assurance dépendance classique) + contenu immédiat : prévention, orientation, coaching, dépistage...</p>	<p>APRES</p> <p><i>“ Accompagner ”</i></p> <p>Services Assistance</p>
RETRAITES	
+ / -	+
<i>Degré de dépendance</i> →	

Le marché de l’assurance dépendance s’est jusqu’à présent positionné sur le carré en bas à droite du graphique, dans une logique de solvabilisation qui, en réalité, aurait du intervenir bien plus tôt. En caricaturant, on pourrait presque dire qu’une partie de la cible actuelle (au delà de 75, voire 70 ans ?) ne relève plus de mécanismes d’assurance, mais d’une logique de services et d’assistance, que peuvent d’ailleurs procurer l’assureur. Il sera à cet égard intéressant de voir si le gouvernement et les assureurs décident, dans le cadre du “ Cinquième Risque ”, de fixer une limite d’âge pour la souscription d’assurance, à partir de laquelle la solidarité nationale prend le relais.

La problématique de la solvabilisation doit intervenir bien plus jeune : dans une logique de préfinancement susceptible de prendre différentes formes (individuelles ou collectives, répartition ou capitalisation) pour les actifs (carré en haut à gauche), dans une logique d’assurance pour les retraités ou préretraités (carré en bas à gauche).

Dans tous les cas de figure, **l’offre ne pourra être jugée attractive par le client que si elle intègre un contenu immédiat** (prévention, information, coaching) adapté à la période de vie dans laquelle se trouve la personne. Pour les actifs, qui peuvent être aidants familiaux, il importe que les services concernent aussi leurs ascendants sans frais supplémentaires. Pour l’assuré, l’intérêt est double : non seulement il en a pour son argent, mais en plus on s’occupe de lui et de ses proches.

“ La dimension fonds perdus des produits est un vrai souci, à telle enseigne que les gens arrêtent bien souvent de payer. D’où la nécessité d’amortir cet effet avec des prestations de maintien et

de coaching présentant l'intérêt de prévenir la dépendance », explique Marie-Françoise Bourdon, directrice d'établissement chez Clinea, la filiale d'Orpea spécialisée dans la dépendance temporaire.

Comme nous l'avons vu, la probabilité d'être dépendant est très fortement liée à l'état de santé à 50 – 60 ans. Inutile de dire que la prévention jouera donc un rôle déterminant, pour les assurés comme pour les assureurs. C'est d'ailleurs le positionnement adopté par le groupe Prévoir, avec son offre « Label Vie ». L'objectif affiché par l'assureur est de se placer comme « accompagnant » et pas uniquement comme « payeur ». Son offre, qui vise les 55-75 ans, allie conseils, service et garanties, l'idée étant de prévenir la perte d'autonomie et de préserver son capital santé par une démarche de prévention. « *Ce que nous vendons, ce n'est pas uniquement une garantie, mais le fait de rendre le client acteur de la bonne gestion de sa santé* », explique le groupe. Présent depuis 1996 sur le segment de la perte d'autonomie, Prévoir gère 20.000 contrats.

La prévention et son corollaire, le dépistage, sont devenus des enjeux stratégiques pour les assureurs. On comprend mieux la course au partenariat à laquelle se livrent les assureurs (qui avec l'institut de la moelle épinière, qui avec l'association France Alzheimer, qui avec Madopa, une association spécialisée dans les solutions de maintien à domicile...). Il n'est d'ailleurs pas uniquement question de dépendance. « *Il faut faire prendre conseil aux assureurs de l'intérêt de disposer d'une stratégie globale de prévention santé liée au cycle de vie de la personne, et non à un produit* », recommande Henri Debruyne, président de Capa Conseil. « *Nous devons développer le concept de suivi du parcours de soin tout au long de la vie - le life management programme des américains : il offre une plus grande sécurité sanitaire, et, pour les financeurs, une meilleure garantie de l'optimisation des soins pour la personne* », indique pour sa part Martin Vial, directeur général d'Europ Assistance.

Produit universel ou couverture universelle ?

Le « Cinquième Risque » a de bonnes chances de sonner la fin d'un mythe : l'existence d'un produit universel en matière d'assurance dépendance. « *Il n'y a pas une solution, mais plusieurs* », reconnaît d'ailleurs Bernard Spitz, président de la FFSA. Soyons clairs : les produits de prévoyance qui existent depuis 25 ans sont robustes techniquement, et l'intervention du législateur leur donnera, espérons le, le cadre de fonctionnement favorable qui leur manquait. Ils resteront la solution la plus simple pour toucher le plus grand nombre, le plus tôt possible.

Il reste que la généralisation de la couverture dépendance, passe vraisemblablement par une segmentation plus poussée, gage que ceux qui sont jeunes, en bonne santé et jugent le risque faible aient intérêt à s'assurer. Elle suppose aussi l'adoption par les assureurs d'une stratégie visant moins à maximiser leur taux d'équipement en produit de prévoyance à fonds perdus auprès des 35 – 75 ans, qu'à trouver pour chaque catégorie de clientèle la couverture idoine des risques de long terme. Bref, à passer d'une approche « produit » à une approche « client ».

On conçoit aisément que les besoins ne sont pas les mêmes à 40, 60 ou 80 ans. Ou qu'un cadre supérieur vivant à Paris, un commerçant de province, et une assistante maternelle à temps partiel n'appréhenderont pas le risque de la même façon ? Reste donc à trouver ce qui pousserait chacun d'entre eux à s'assurer, et à rester fidèles à cette démarche d'assurance sur le long terme. « *Il est clair que les réponses possibles ne sont pas homogènes et qu'elles dépendent des tranches d'âge auxquelles on s'adresse* », prévient Olivier Picaud, associé chez R&B Partners.

L'enjeu porte clairement sur un rajeunissement de la souscription. Mais pas uniquement. Car plus on sera appelé à cotiser tôt, plus la durée de l'engagement sera longue, et plus les assurés potentiels risquent d'être réticents à s'engager. Le débat s'oriente sur une nécessaire segmentation de la cible de clientèle en fonction de deux axes : la tranche d'âge et la catégorie socioprofessionnelle. On pourrait même en rajouter un troisième, le style de vie. La notion de cycle de vie étant de plus en plus flexible et variable d'un individu à l'autre, les réponses assurancielles à apporter – en terme de produits et services, de canal de distribution – doivent être adaptées à chaque parcours individualisé.

En schématisant, on a longtemps distingué deux grands segments de clientèle : les moins de 60 ans (les actifs) et les plus de 60 ans (les retraités). L'assurance dépendance ne concernait que la deuxième catégorie. La probabilité d'incidence se situant, rappelons le, à 78 ans pour les hommes et à 83 ans pour les femmes, cela représentait déjà aux alentours de 20 années de cotisations.

Il est déjà possible de raffiner un peu l'analyse, on scindant chacune de ces catégories en deux (voir tableau page suivante). Les tranches d'âges sont données à titre indicatif, l'âge important sans doute moins que la phase dans laquelle l'assuré se trouve dans son parcours de vie. On observe alors que la réponse assuranciellement la plus adaptée varie sensiblement d'une catégorie à l'autre. Il ressort aussi qu'au sein d'une même catégorie, plusieurs types de réponses sont possibles selon deux axes : individuel / collectif et capitalisation (épargne) / répartition (prévoyance). Proposer des offres diversifiées et ciblées permettra en outre **d'aborder le sujet de façon plus bénigne**.

L'enjeu est donc double pour les opérateurs :

- **trouver la bonne articulation entre dispositifs individuels et collectifs** dans le cadre du partenariat public-privé, de façon à être celui qui “ porte ” les droits tout au long du cycle de vie de la personne dans un contexte de refonte profonde de la protection sociale ;
- aider le client à **trouver le bon dosage entre capitalisation (épargne) et répartition (prévoyance)**, la seule assurance à fonds perdus étant difficilement envisageable sur très longue période, et pour toutes les catégories socioprofessionnelles.

	35 – 50 ans	50 – 60 ans	60 – 75 ans	> 75 ans
Age	Les actifs sensibilisés	Les futurs retraités	Les nouveaux Retraités	Les seniors Concernés
Caractéristiques	Cible à conquérir Pour faire décoller le Marché	Cœur de cible idéal, à fidéliser : peu d'anti-sélection + durée de cotisation longue = tarif attractif + modularité des solutions	Cible initiale, A conserver : Population en bonne Santé + Patrimoine Constitué = la dépendance, dernier produit de prévoyance à souscrire	Population la plus Concernée mais Hors cible ? Risque élevé d'Anti-sélection + Durée de cotisation Courte = tarifs élevés <i>l'assurance est-elle la bonne réponse ?</i>
Niveau de vie	Aisés (individuel) / Grand public (collectif) Suffisamment aisés pour pouvoir anticiper pour soi et pour autrui / salariés	Modestes / Intermédiaires A la frontière de l'éligibilité à l'aide sociale ; inquiets de ne pas pouvoir assumer le coût de leur dépendance	Intermédiaires / Aisés Précautionneux, Ils ne veulent pas Peser sur leurs Enfants et préserver Leur héritage	Très aisés Veulent avoir la fin de vie la plus agréable possible, sans contrainte
Style de Vie	« Esprit de famille »	« Inquiets »	« Développement Durable »	« Riviera »
Objectif	Anticiper leur Dépendance et surtout celle de leurs parents ; Cotiser pour l'avenir Indifféremment : retraite, dépendance, santé	Etre assuré à Moindre coût, “ en avoir pour son argent ”	Préserver son Patrimoine Transmissible	Avoir accès au Meilleur service, Rester à Domicile, Garder l'esprit libre
Produits adaptés	Contrat d'entreprise <u>Ou</u> Assurance“ double Détente ” (souscription pour soi et autrui, aide aux aidants) + Epargne dépendance	Assurance Dépendance + services immédiats (prévention, coaching, dépistage)	Assurance Dépendance (couplée avec la santé ?) + services immédiats (prévention, coaching...) <u>ou</u> Assurance vie avec Option dépendance	Assurance Dépendance avec Capital équipement + Services <u>ou</u> Services à la personne (sans assurance)

Un continuum entre individuel et collectif

Pour l'assureur, le sujet sera d'abord de trouver les passerelles les plus adéquates entre les dispositifs collectifs susceptibles d'être installés dans les entreprises ou les branches, et les nécessaires relais (ou compléments) en individuel. Or, il est difficile de savoir aujourd'hui si " post Cinquième Risque ", l'entreprise portera de réelles couvertures dépendance, ou si elle sera simple prescripteur et intermédiaire. " *La dépendance collective, on voudrait tous y croire, mais il y a très peu d'employeurs qui souhaitent augmenter l'investissement financier destiné à la prévoyance de leurs salariés* ", avance un expert. Il est envisageable que l'entreprise ne soit utilisée que comme simple véhicule de collecte, sans impact sur sa performance (logique TVA), la traçabilité des droits acquis étant assurée grâce à une instance de gouvernance publique / privée.

Dans tous les cas de figure, pointe la problématique du différentiel de cotisation entre actifs et retraités dans des dispositifs de prévoyance, la jurisprudence récente sur l'article 4 de la loi Evin incitant à une certaine prudence en la matière. Le cabinet R&B estime que plusieurs mécanismes sont envisageables, comme la création de plan d'épargne alimenté pendant la période d'activité servant à financer le maintien d'un contrat dépendance ou santé au moment du départ en retraite ; la mise en place d'une aide sociale à destination des inactifs ; ou encore la création d'un fonds dédié destiné à l'aide à l'acquisition d'une couverture dépendance ou santé lors du départ à la retraite.

En outre, si la portabilité des droits est une obligation faite aux entreprises (passifs sociaux à la clefs), il y a gros à parier que ces dernières chercheront à la transférer sur l'assurance. On l'observe déjà avec les nouvelles obligations nées de l'ANI, que certains opérateurs proposent déjà de transformer en risque assurable moyennant une petite hausse des cotisations.

Sur un risque aussi long que la dépendance, la prime ira à l'opérateur capable de porter les droits tout au long du cycle de vie, captant ainsi durablement la relation avec l'assuré. L'enjeu porte d'ailleurs sur l'ensemble de la protection sociale, dans un contexte de re-fondation du pacte de l'après guerre. Certains ont bien compris que demain, émergeront les opérateurs d'assurance à même de gérer indifféremment l'ensemble des droits des assurés en santé, retraite ou prévoyance (on comprend mieux l'effervescence autour des groupes paritaires, historiquement très présents auprès des entreprises), non plus en fonction simplement de leur âge, mais de leur parcours professionnel et personnel.

" Les temps familiaux ne sont plus en concordance avec les temps professionnels : à 40 ans, on peut être le père d'un enfant en bas âge, une femme retournée chez ses parents après un divorce ou un licenciement, ou la mère tardive d'un bébé. Du coup, la protection sociale, qui épousait la distribution traditionnelle à trois temps de la vie, est incapable de répondre aux besoins nouveaux qui apparaissent dans ces parcours flexibles ", observe la sociologue Anne-Marie Guillermand¹⁰. Un groupe comme Malakoff-Médéric travaille ainsi à un concept de " passeport de la protection sociale " (le nom a été déposé à l'INPI cet été)/ L'objectif, semble-t-il, est de pouvoir suivre la personne tout au long de sa vie, quelles que soient les ruptures (changement d'employeur, licenciement, divorce, passage à la retraite, maladie, dépendance...). La quintessence du passage d'une approche produit à une approche client... et la certitude d'être celui qui porte les droits de l'assuré sur très longue période.

¹⁰ « Le Monde » des 21 et 22 août 2009

Le bon dosage entre épargne et prévoyance

L'autre enjeu, on le devine, porte sur la capacité de l'assureur à aider son client à trouver, en fonction de sa situation lors de la souscription, le bon dosage entre épargne et prévoyance. Et d'être capable de le faire évoluer au fil du temps. A l'heure où les assureurs parlent de plus en plus de "bon conseil" (terminologie employée en général à propos du dosage entre fonds en euros et unités de compte dans les contrats d'assurance vie), on peut penser que ce credo trouvera de quoi se matérialiser sur l'assurance dépendance.

La question de l'adjonction d'une dose de capitalisation dans un système jusqu'à présent mutualisé se pose dès lors que la cible de l'assurance dépendance porte sur des populations plus aisées et plus jeunes. Elle paraît logique, étant donné que la dimension "fonds perdus" de l'assurance dépendance classique est vraisemblablement un frein, les gens préférant arrêter les frais bien avant terme (et en général avant que la valeur de réduction, si elle est prévue dans le contrat, intervienne).

Sur le papier, épargner pour se protéger contre le risque dépendance peut faire du sens. " *Si pendant 15 à 20 ans on épargne 30 euros par mois, on dispose d'un capital garanti de 40.000 euros correspondant à 60% des dépenses mises à la charge du malade pendant deux ans, soit la durée d'un séjour en établissement* " calcule Guillaume Sarkozy, délégué général de Malakoff Médéric. A fortiori, permettre aux gens d'épargner dès le début de leur vie professionnelle leur permettrait d'alimenter un **compte épargne dépendance**, voire un compte épargne santé au sens large.

L'idée est séduisante, mais elle n'est pas nouvelle. Si elle a déjà du mal à faire son chemin en santé, alors que les besoins sont de l'ordre du certain, le compte épargne-dépendance peut-il vraiment sa chance ? Est-il vraiment envisageable de concentrer un effort d'épargne uniquement sur la dépendance, sachant que le financement de la retraite et de la santé sont également menacés ? Serait-il envisageable d'adjoindre à une assurance dépendance à fonds perdus une partie en capitalisation, un peu à l'image du système de cagnottes qui commence à se développer en santé (cf. la "franchise cautionnée" de France Mutuelle, reprise par MMA avec l'assurance "double effet") ? Avec le risque de compliquer encore la couverture d'un risque déjà complexe.

Un certain nombre d'observateurs avertis estiment que la dépendance trouverait plutôt sa place comme garantie annexe dans la batterie de produit d'épargne ou de retraite déjà disponible sur le marché (assurance vie, PERP...). L'idée est que la commercialisation serait ainsi facilitée, le coût des deux produits serait réduit, et que cela limiterait le risque d'arbitrage financier : en clair, si la prime dépendance reste isolée, elle sera toujours sacrifiée en premier en cas de tensions budgétaires. L'argument fait sens, surtout dans une logique de capitalisation, même s'il valide implicitement la thèse selon laquelle la dépendance est un risque difficile à vendre et dont l'utilité reste à démontrer... On a aussi vu que ce type de produits existait, et qu'il était assez peu utilisé. Gageons que le "Cinquième Risque" donnera une seconde jeunesse aux contrats d'épargne avec option dépendance, surtout si la fiscalité est plus favorable.

Coupler assurance vie et dépendance permet aussi d'imaginer piocher dans le rendement annuel du contrat pour payer la prime dépendance. Sur le plan technique, les deux risques (longévité et perte d'autonomie) se compensent : les personnes en bonne santé avec une forte espérance de vie présumée seront attirées par l'assurance vie, tandis que les personnes porteuses de facteurs de risque seront attirés par l'assurance dépendance. Cela présente l'avantage de limiter les phénomènes de sélection adverse et d'aléa moral, et diminue la sélection à l'entrée (il ne suffit que de filtrer les personnes nécessitant immédiatement des prestations de dépendance).

Une étude réalisée en 2001¹¹ a ainsi démontré que combiner assurance vie et assurance dépendance rendait le produit moins coûteux et plus accessible aux assurés potentiels : avec une sélection médicale minimale (exclusion à l'entrée des dépendants), 98% des demandeurs parmi les plus de 65 ans seraient acceptés, contre 77% demandant une couverture pour le seul risque dépendance.

A la CNP, leader en France de l'assurance de personnes, on se dit convaincu que “ *la couverture du risque dépendance peut se faire dans le cadre de l'assurance vie, avec des produits à option de conversion* ”. Parce que les deux risques se compensent, certes, mais aussi parce que cela correspond à **une évolution profonde chez les assurés, qui veulent du rendement et des garanties d'assurance**. Et de citer l'exemple du dernier né de La Banque Postale, Cachemire. Destiné à une clientèle plutôt haut de gamme, ce contrat d'assurance vie intègre des options santé et dépendance et des stratégies d'allocation d'actifs modulées en fonction de l'âge du souscripteur. “ *La crise nous a fait revenir à un modèle très traditionnel, à l'opposé de notre stratégie qui visait à accroître les marges en augmentant la part des produits en unités de compte. Il nous faut réagir en mettant les bouchées doubles sur des produits incorporant de l'épargne et de la prévoyance dans une prime indifférenciée.* ”, explique Antoine Lissowski, directeur financier de la CNP. Le mouvement est profond. “ *Les gens voulant acheter de la sécurité, il nous faut reconstituer nos marges sur de nouveaux business models* ”, poursuit-il. Est-ce la fin programmée de l'assurance vie telle qu'elle a vécu depuis de nombreuses années, boîte à outil multi-usage dont le principal atout résidait dans une fiscalité avantageuse ?

Coupler dépendance et retraite ferait également du sens sur le papier : un actif sur deux épargnant pour sa retraite, il pourrait être judicieux d'y adjoindre une garantie dépendance. Certains y voient un bon moyen de relancer le PERP, dont les résultats commerciaux sont assez décevants. A fin 2008, il y avait un peu plus de 2 millions de plans en cours, dont 84.000 ouverts en 2008. Les cotisations versées en 2008 se sont élevées à 1,1 milliard d'euros, et les provisions mathématiques dépassent les 4 milliards d'euros. Il est précisément question dans le cadre de la réforme d'utiliser les enveloppes fiscales du PERP, non saturées. Pour mémoire, les cotisations versées sur un PERP peuvent être déduites du revenu imposable, dans la limite de 10% du revenu et de 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale. Pour 2009, le plafond maximal de déductibilité est de 26.621 euros. Pourquoi PERP et dépendance peuvent être complémentaires ? L'horizon d'investissement est le même, sachant que dans les deux cas il y a un fort intérêt à souscrire jeune pour disposer d'un niveau élevé de couverture. La sortie en rente est privilégiée dans les deux cas (certains cas rares de sortie en capital sont possibles pour le PERP). Pour rendre l'option intéressante prévoir un mécanisme incitatif, comme par exemple un doublement de la rente en cas de dépendance. A noter que la FFSA milite plus largement pour une amélioration de la fiscalité des rentes viagères “ *afin de favoriser la préparation individuelle à la retraite et de développer l'épargne longue* ”.

¹¹ Murtaugh et al., citée par Christophe Courbage, The Geneva Association

Demain, un “ Variable annuities ” dépendance ?

Si le sens de l'histoire est d'allier de façon croissante épargne et garanties d'assurance, on peut anticiper que les “ variable annuities ” reviendront en force, malgré leur passage à vide lié à la crise financière. Pourquoi ne pas imaginer alors un produit intégrant une option dépendance, avec une rente majorée en cas de perte d'autonomie ?

Importés des Etats-Unis, où ils sont apparus dans les années 90, les “ variable annuities ” constituent la dernière véritable innovation apparue sur le marché de l'épargne retraite. Comme le résume Christophe Eberlé, président du cabinet d'actuariat Optimind, “ *l'idée force est de proposer, au sein d'une enveloppe fiscale de type assurance vie, des investissements en unités de compte assortis d'une garantie de revenus* ”. Les “ variable annuities ” garantissent à leur bénéficiaire de disposer d'un montant minimal d'épargne, tout en conservant les avantages de l'assurance vie multisupports classique. Ce “ *produit en unités de compte avec garanties d'assurance* ”, répond tout particulièrement au besoin impératif de revenus complémentaires lors de la retraite, du fait de la baisse irrémédiable des taux de remplacement. Les régimes obligatoires ne permettront pas aux actifs actuels de bénéficier d'une retraite suffisante : selon certaines sources, le revenu mensuel manquant par foyer est estimé entre 400 et 500 euros par mois.

Il existe plusieurs formes de “ variable annuities ”, un en cas de décès (GMDB) et cinq en cas de vie (GMAB, GMSB, GMIB, GMWB, GMWB-L) :

GMDB (Guaranteed Minimum Death enefit)	Cette garantie en cas de décès, commercialisée depuis le milieu des années 80, assure le versement d'un capital minimum défini à la souscription en cas de décès de l'assuré. C'est la garantie plancher qui se retrouve dans la plupart des produits en unités de compte. Elle comporte souvent un effet cliquet permettant de réévaluer le capital minimum.
GMAB (Guaranteed Minimum Accumulation Benefit) / GMSB (Guaranteed Minimum Surrender Benefit)	Ces garanties en cas de rachat assurent le bénéfice d'un capital minimal défini à la souscription, à une date unique donnée (GMAB) ou à partir d'une date déterminée (GMSB). Elles visent une clientèle plus jeune que les autres VA. Elles peuvent être utilisées pour financer des besoins déterminés à un horizon connu au préalable (ex : investissement immobilier)
GMIB (Guaranteed Minimum Income Benefit)	Assure le versement d'une rente viagère, immédiate ou différée, d'un montant minimum défini à la souscription. S'adresse à des assurés ayant un profil de risque prudent.
GMWB (Guaranteed Minimum Withdrawal Benefit)	Garantie de retraits réguliers d'un montant annuel minimum défini à la souscription, sur une période déterminée. Assure aux assurés, en général proche de la retraite, un complément de revenus pour faire face à la diminution de leur pouvoir d'achat.
GMWB-L (GMWB for life)	Garantie viagère de retraits réguliers d'un montant annuel minimum défini à la souscription. Assure aux assurés, en général proche de la retraite, un complément de revenus pour faire face à la diminution de leur pouvoir d'achat.

Source : Optimind

Un produit de type GMWB comprend trois phases – accumulation, mise à disposition, rente viagère –, transposables à la problématique de la dépendance :

- une phase d'accumulation (facultative, elle peut être remplacée par une prime unique) : il s'agit d'une phase d'épargne, dont la durée est à définir à la souscription, et pendant laquelle l'assuré peut réaliser des versements complémentaires, comme sur un multisupports classique. Deux garanties peuvent exister : une garantie de revalorisation (les compléments de revenus sont calculés sur la base des versements revalorisés à un taux défini à l'entrée), et une garantie cliquet (qui permet d'augmenter l'assiette de calcul des revenus garantis, si l'épargne dépasse les primes versées à certaines dates prédéterminées).
- Une phase différée de restitution des compléments de revenus : les revenus minimum garantis sont réorientés vers un compartiment sans risque, et l'assuré peut mettre en place des rachats partiels programmés pour percevoir les compléments de revenus. Dans un contrat GMWB, cette phase a une durée définie à l'adhésion.
- Si à partir d'un moment la valeur de rachat du contrat ne permet plus d'alimenter l'assuré en compléments de revenus, la garantie se déclenche et prend le relais. Dans un contrat GMWB-L, la phase de mise à disposition a une durée viagère. Une rente viagère prend le relais en cas d'insuffisance de la valeur de rachat, garantissant le niveau du dernier rachat partiel. C'est le décès de l'assuré qui met un terme au contrat.

Ces contrats ont un seul bémol : le coût de la garantie, d'autant plus élevé que la concurrence est faible sur le marché – ce qui est le cas en France, puisque trois acteurs seulement proposent un “ variable annuities ” : AXA (Accumulator), Allianz (Invest4Life) et AG2R-La Mondiale (Terre d'Avenir). “ *L'achat d'un GMWB-L implique un coût d'investissement supérieur aux autres produits d'épargne, mais il permet de bénéficier d'une espérance de rendement élevé, tout en se protégeant d'un contexte défavorable grâce à la garantie de revenus* ”, précise Optimind.

Le schéma d'une garantie de type GMWB-L paraît cohérent avec la dépendance. On est bien dans une logique épargne + prévoyance évoquée précédemment. L'horizon de temps est similaire, puisque les garanties associées au contrat d'assurance vie dans un “ variable annuities ” engagent l'assureur sur des horizons de temps longs, pouvant dépasser les 40 ans.

“ *Rajouter la dépendance, c'est naturel* ”, a répondu Christophe Eberlé, interrogé sur la pertinence technique d'un « variable annuities » avec option dépendance. Et d'ajouter, foi de l'actuaire, qu'“ *un variable annuities avec doublement du complément de revenu en cas de dépendance serait facile à mettre en œuvre, car il est possible d'imaginer des variantes dans la période de restitution en fonction des besoins de la personne* ”.

Pour l'heure, **la difficulté serait d'ordre tarifaire : le coût de la garantie en capital, déjà élevé, serait aujourd'hui totalement dissuasif additionné d'une garantie dépendance.** Après avoir perdu beaucoup sur les unités de compte en 2008, l'épargnant commence tout juste à accepter l'idée qu'une garantie en capital ne saurait être gratuite. On peut supposer qu'il s'agit d'une question de maturité du marché, et que la crise financière aura fait œuvre de pédagogie sur le thème “ la sécurité a un coût ”. On peut aussi imaginer que le jour où les volumes seront au rendez vous, la question d'une garantie supplémentaire pour la dépendance pourra se poser. “ *A terme, quand les produits auront gagné en volumétrie, la volatilité des marchés, qui est le premier facteur de coût de la garantie, sera moins pénalisante* ”, prédit Christophe Eberlé.

ENCADRE : LES VARIABLE ANNUITIES, PASSAGE A VIE OU REMISE EN CAUSE ?

Le premier produit de “ variable annuities ” en cas de vie apparu aux Etats-Unis était une GMIB commercialisée par AXA en 1996. En 2007, les “ variable annuities ” y représentaient en 2007 les deux tiers de la collecte en épargne retraite. Les acteurs de ce marché ont énormément souffert en 2008 de la crise financière : la volatilité extrême rencontrée sur les marchés a fait exploser le coût du “ hedging dynamique ” auquel ont recours les assureurs pour se garantir eux même sur ce type de produits, et donc prouvé que les garanties vendues aux assurés ne résistaient pas aux scénarios extrêmes. Après avoir extériorisés de lourdes pertes, **les opérateurs ont re-tarifé au premier trimestre 2009 le coût des garanties, rendant ces produits plus chers pour les assurés.**

En France, AXA a baissé de 0,5 point de pourcentage le taux de revalorisation des versements sur la période d'épargne (passé de 2% à 1,5%), ainsi que les taux de rachats garantis (passés d'une fourchette de 3,5% - 5,5% à 3% - 5%). Les profils d'investissement ont été modifiés. AGF a également baissé les taux de rachats partiels programmés (passés de 4% à 3,5%), et fait un certain nombre de modifications sur la tarification sur la base d'une grille complexe en fonction de la situation de la prersonne (âge, placement...).

Même s'il a perdu près de 600 millions d'euros au second semestre 2008 aux Etats-Unis avec ce type de produits, aujourd'hui re-tarifés, AXA ne compte pas revenir en arrière.. “ **La demande de nos clients va vers de nouveaux produits plus protecteurs et parfois plus complexes.** Ces produits, dans la crise financière que nous traversons, deviennent plus coûteux, mais c'est bien la vocation de l'assureur que d'assumer ce surcoût et de protéger ses clients dans des situations extrêmes. Entre 1996 et mars 2008, ces produits ont été profitables, mais, du fait de la crise, leur coût pour AXA a très fortement dérivé à partir du deuxième trimestre de l'an dernier. Nous avons pris des mesures correctives sur ces produits dès le deuxième semestre 2008, et nous en prendrons d'autres [...]. Cette crise nous a appris qu'il fallait encore améliorer la prise en compte des risques extrêmes. Mais, sur le fond, elle ne remet pas en cause notre modèle. **La capacité à structurer des garanties sera, à l'avenir, un avantage concurrentiel déterminant face à des épargnants en quête d'un surcroît de protection** ”, explique Henri de Castries, le président du directoire d'AXA¹². “ **Les risques sont maîtrisés** ”, a assuré en août dernier le directeur financier, Denis Duverne, ajoutant que “ **les variable annuities sont un produit important pour AXA** ”.

¹² Les Echos du 30 avril 2009

4. Dépendance et services, quelle martingale ?

L'autre défi du « Cinquième Risque »

Et si le vrai défi du “ Cinquième Risque ” n’était pas celui que l’on croit ? Et si la question de la solvabilisation des personnes dépendantes, largement évoquée au cours des pages précédentes, n’était que la partie émergée de l’iceberg ? Derrière la problématique – essentielle – du financement de la perte d’autonomie, se cache la nécessaire structuration du secteur des services à la personne, et ses conséquences en terme d’emplois, de normes de qualité ou d’industrialisation des prestataires. “ **Il est beaucoup plus compliqué d’organiser les soins que de les solvabiliser** ”, prévient François-Xavier Albouy, de Malakoff-Médéric. “ *Le débat sur le Cinquième Risque, ce n’est pas seulement la question du financement, mais aussi de l’organisation du secteur* ”, ajoute Martin Vial, directeur général d’Europ Assistance.

Malgré les plans Borloo 1 et 2 de 2006 et 2009, malgré le potentiel de croissance de l’ordre de 10% par an d’un secteur qui représenterait déjà 15 milliards d’euros de chiffre d’affaires, les opérateurs des services à la personne semblent en quête du ou des modèles économiques pertinents. La rencontre entre l’offre et la demande a encore du mal à se faire, mais paradoxalement, ceux qui ont joué la carte de la simple intermédiation sont en train de revoir leurs plans, les clients réclamant plus de contenu. Sans être forcément prêts à y mettre le prix. Les difficultés récentes d’enseignes de services à la personne comme Serena ou France Domicile en témoignent.

Serena est l’enseigne détenue par Maif, Macif, la MGEN et les Caisses d’Epargne. Confrontée en 2009 à un volume d’activité très inférieur à ce qu’elle avait budgété (croissance de 10% à 12% au lieu des 50% escomptés), et après avoir perdu 10 millions d’euros en 2008, l’enseigne a du licencier au premier semestre 2009 le quart de ses effectifs, soit 64 personnes. Elle étudie aussi son repositionnement sur l’aide à la vie quotidienne et l’aide à l’autonomie, et dit travailler à une refonte de son offre et de son mode de distribution.

France Domicile est une enseigne créée par plusieurs acteurs de l’économie sociale. La perspective d’un déficit prévisionnel de 2,9 millions d’euros en 2009 (pour environ 2 millions de chiffre d’affaires, au lieu des 3,5 millions prévus) l’a contrainte en juin 2009 à licencier 10 personnes, soit la moitié de son personnel. Après avoir amorcé un virage sur Internet en 2008, l’enseigne a décidé de se réorienter sur son activité grands comptes, et d’abandonner celle auprès des particuliers.

L’AESP, l’association qui fédère la vingtaine d’enseignes de services à la personne issues des plans Borloo, reconnaît que “ *le modèle économique n’est pas stabilisé* ”. Elle considère que la crise a porté un coup au mouvement de “ blanchiment ” du secteur, mais assure que certaines prestations, notamment celles relatives à la dépendance, conservent tout leur potentiel de croissance. “ *Si l’on constate depuis l’automne 2008 un arrêt des prestations dites de confort (ménage, repassage), les prestations plus spécifiques qui demandent un agrément qualité (personnes âgées, enfants) continuent de se développer* ”, indiquait l’AESP lors de son premier bilan, le 31 mars dernier.

Dépasser l'opposition forfaitaire / indemnitaire ?

Pourquoi parler de services à la personne dans un mémoire sur l'assurance dépendance ? Pour au moins deux raisons. D'abord parce que l'un des objectifs du gouvernement avec le " Cinquième Risque " est de " *permettre aux personnes en situation de perte d'autonomie de rester à domicile chaque fois que cela est possible* ". Or, qui dit maintien à domicile dit services à la personne, qualifiés qui plus est. Ensuite parce que les assureurs, s'ils restent fidèles à la logique forfaitaire qui rend assurable le risque de dépendance, ont bien compris que **l'enjeu commercial porterait à l'avenir sur les services susceptibles d'être offerts à l'assuré pendant toute la vie du produit**. Ce d'autant plus qu'il n'est pas impossible, avec le Cinquième Risque, qu'un bouquet minimum de services doive être intégré dans les contrats.

L'idée n'est pas de basculer vers l'indemnitaire, du moins pas dans l'immédiat. Sur le plan technique, les assureurs français y sont réfractaires, tant le risque de dérive des coûts relève du domaine du certain. Il n'est pas forcément dit que les assurés y seraient favorables. Pourtant, à terme, une telle évolution pourrait faire du sens, au moins aux deux extrémités du spectre : pour les dépendances légères et temporaires, dont la durée est facile à estimer, et pour les dépendances très lourdes, nécessitant une prise en charge importante sur des durées de vie vraisemblablement courtes.

En attendant, les produits de troisième génération intègrent en général l'accès à certains services de base (information, orientation), ainsi que la possibilité de convertir une partie de la rente en services. L'innovation réside dans la possibilité de financer des solutions d'assistance en utilisant les versements perçus au titre des prestations du contrat d'assurance dépendance. L'assuré a alors le choix entre recevoir des espèces, ou convertir la rente en services. Et que choisit-il ? Aucune étude récente sur le sujet n'est officiellement disponible. Mais il semblerait qu'en général, **les gens (ou leur entourage ?) choisissent... la rente**. " *En Allemagne, les gens ont le choix entre les deux solutions dans le système public, sachant que s'ils optent pour la prestation en espèces, ils ne bénéficient que de la moitié de l'indemnisation par rapport à une prestation en nature. Néanmoins, les deux tiers des personnes optent pour l'espèce, parce qu'elle leur permet sans doute de rémunérer de l'aide informelle* ", observe Lucie Taleyson, d'AXA.

Autre explication : il n'est pas impossible non plus que **dans l'esprit de beaucoup de gens, élevés en France avec " l'esprit Darty ", les services doivent être gratuits**. " *Nous avons réfléchi à intégrer des services dans notre offre avec une faible partie prépayée, le reste étant facturé en fonction de la consommation. Mais l'on nous a prouvé que cela ne se vendrait pas : les français ne sont pas prêts à payer pour les services* ", raconte ainsi Danielle Wajsbrot, directeur du pôle assurance de La Banque Postale.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer la petite révolution que cela représente pour les assureurs eux-mêmes. " *Les assureurs ont beaucoup de mal à transformer leurs contrats en produits panachés de services. Il n'est pas facile de passer d'une logique d'assureur à une logique de services sans perdre son âme* ", estime Marianne Binst, directrice générale de Santéclair.

Aujourd'hui, le marché semble donc s'orienter vers deux directions : d'une part l'intégration de services de base (information, mise en relation, organisation des services, assistance d'un interlocuteur unique) dans des produits qui restent des contrats d'assurance ; d'autre part la création d'offre d'assistance / services pour les populations qui ne sont plus éligibles à l'assurance, car trop âgées ou déjà dépendantes. Quant à la conversion en services, elle reste une faculté offerte au client, peu utilisée aujourd'hui mais dont on peut prédire la montée en

puissance. “ Dans les années à venir, la part de l’assistance sera amenée à représenter 20 à 30 % de la prime d’assurance dépendance ”, prédit un assureur.

Là encore, un encadrement est nécessaire pour éviter les dérives. “ Le seul moyen de gérer la sortie en services est de s’engager sur les conditions générales de l’année d’entrée en dépendance : on gère alors la sortie en garantie annuelle, sans prendre des engagements à 20 ou 30 ans ”, explique Marie-Sophie Houis-Valletoux, directeur santé-prévoyance chez Maaf.

La difficile éclosion d’une filière spécialisée dans le maintien à domicile

Si l’on raisonne non plus au niveau “ microéconomique ” du contrat d’assurance mais au niveau de la collectivité, force est de reconnaître que les besoins de services liés à la perte d’autonomie sont gigantesques. Le segment des services aux seniors ne connaît pas la crise : le vieillissement démographique garantit une croissance naturelle, et en matière d’organisation et de professionnalisation des réseaux, tout reste à faire, ou presque.

“ En matière d’offre de services, beaucoup de choses restent à construire. Le premier travail consiste à bien segmenter les besoins selon deux axes : une meilleure articulation des aides humaines et des aides techniques (par exemple un service de garde itinérante couplé à de la téléassistance), et une approche des contraintes du logement. Si l’on cerne mieux les besoins, on pourra proposer une offre normalisée par l’intermédiaire des prestataires de services ”, explique Pierre Demortière, directeur du développement de l’UNA¹³.

Aujourd’hui, les choses sont cloisonnées. Les maisons de retraites sont devenues des “ antichambres du funérarium ”, selon les termes de Marie-Françoise Bourdon, de Clinea. Elles accueillent des personnes de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes, signe d’une prise en charge préalable limitée ou peu adaptée. Selon les derniers chiffres de la Drees, les personnes accueillies en institutions avaient 84 ans et 2 mois en moyenne fin 2007, contre 83 ans et 8 mois en 2003 et 81 ans et 10 mois en 1994. Elles y restent en moyenne deux ans et demi et 84% des résidents ayant besoin d’être aidés pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Bref, les maisons de retraite souffrent d’une sanitarisation excessive, aux antipodes des lieux de vie qu’elles sont censées être.

Parallèlement, les passerelles entre établissement et domicile sont inexistantes. “ Il faut décroisonner les établissements et la prise en charge au domicile : il faut organiser une filière, de la validité jusqu’à la très grande dépendance, pour éviter de créer des fractures dans la prise en charge ”, estime Florence Arnaiz-Maume, déléguée générale du Synerpa, le syndicat des maisons et établissements pour personnes âgées¹⁴. Ce d’autant que les gens restent plus longtemps chez eux, sans réelle prise en charge coordonnée, dans des états à la frontière de la dépendance. “ Il faut se préparer à un nouveau risque, en amont de la dépendance : la fragilité à âges élevés ”, prévient François-Xavier Albouy, de Malakoff-Médéric, rappelant qu’il y a 2 millions de chutes de personnes âgées par an, dont 9000 se terminent par un décès.

Parvenir à constituer une véritable filière spécialisée dans le maintien à domicile est l’une des clefs d’une prise en charge adéquate de la dépendance au niveau “ macroéconomique ”. En réalité, la filière professionnelle existe : depuis 2002, il y a un accord sur la rémunération de la

¹³ Conférence Dépendance des Echos, 14/05/09

¹⁴ Idem

branche professionnelle de l'aide à domicile, qui fixe des indices, des emplois repères et une possibilité de progression de carrière, et un accord sur la formation professionnelle (2,6% de contribution employeur). Mais tout cela reste insuffisant. *“ La gestion des services à domicile repose avant tout sur la coordination de plusieurs interventions humaines. Cette filière doit être organisée et bénéficier de plus de qualifications et de perspectives de carrière ”*, insiste Martin Vial, directeur général d'Europ Assistance. Comme il le résume très bien dans son ouvrage *“ la care revolution ”*, **ce secteur souffre d'un effet de ciseau très défavorable** : les rémunérations des aidants professionnels ne sont pas suffisantes (à peine le SMIC), mais le coût de la prise en charge d'une personne dépendance 24 heures sur 24 est insupportable pour celui qui doit l'assumer. Or, mener à bien le nécessaire effort de formation et de qualification va fatalement renchérir le coût des prestations. *“ Le vrai défi à l'horizon 2015 lié à la dépendance, c'est un problème d'embauche, car il y a une véritable pénurie de personnel qualifié ”*, résume Corinne Prével, responsable marketing offre de services aux AGF.

Certains considèrent que le salut viendra en partie des **nouvelles technologies**, clefs dans l'éclosion d'un secteur du maintien à domicile digne de ce nom. *“ Nous en sommes encore à la préhistoire dans notre pays ! Nous n'utilisons pas assez les nouvelles technologies : internet, les télécommunications sans fil, la robotique et demain l'intelligence artificielle. Elles ont pourtant un grand rôle à jouer en terme de sécurité, de qualité de services grâce aux liens qu'elles créent entre les personnes, et en terme de productivité. La télésurveillance permet aujourd'hui non seulement de sécuriser les personnes seules, mais aussi de procéder à une surveillance active de certains paramètres basiques de la santé ”*, plaide Martin Vial.

Pourquoi sont-elles si peu développées ? *“ Aucune n'est vraiment distribuée à grande échelle : seulement 350.000 personnes sont sous télésurveillance. Pourquoi ? Sans doute parce que ces technologies ne rencontrent pas de réseaux de distribution et de vente adaptés, mais aussi parce qu'elles n'ont pas intégré un suivi global de la personne, métier qui reste encore à créer ”*, répond Guillaume Sarkozy, délégué général de Malakoff-Médéric.

Les assureurs, care managers ?

Les services aux personnes âgées reste un créneau peu investi par le privé. En théorie, la moitié des 18.000 structures offrant des prestations de services à la personne en France proposent des services pour les seniors. Mais en pratique, **c'est le secteur associatif, bien implanté localement et depuis longtemps, qui reste dominant** : il représenterait ainsi 88% du marché en nombre d'emplois et en nombre d'heures travaillées¹⁵. Le secteur s'ouvre doucement, et des prestataires comme Domidom ou Symphonie Services commencent à tirer leur épingle du jeu.

Cela ressemble fort à un secret de Polichinelle : dans les services à la personne, la valeur ajoutée se trouve très peu chez le distributeur (vendre en direct des services à la personne, est-ce le métier des assureurs et des banquiers ?), un peu chez le prestataire, et beaucoup chez celui qui coordonne. Inutile de dire que dans un domaine comme la prise en charge de la dépendance, ceux qui disposeront de plates-formes de coordination et d'accès privilégiés aux réseaux de prestataires auront un avantage concurrentiel inégalé. On peut imaginer que le Crédit Agricole, qui entend répliquer dans les services à la personne le succès de son modèle intégré en assurance dommages (Pacifica) a ce genre de schéma en tête. La banque, qui vise 2 à 3 millions de contrats de services à la personne à horizon 4 à 5 ans, et a constitué ex nihilo un réseau de 600

¹⁵ Le Figaro, 20/08/09

prestataires triés sur le volet, dit vouloir être *présente* “ *sur toute la chaîne de valeur de l’intermédiation* ” (organisation de la prestation, gestion administrative, financière et fiscale, service après vente...). Il est vraisemblable que la question de la valeur ajoutée et du contrôle de la qualité des prestations se pose de façon encore plus aiguë pour les services liés à la prise en charge de la perte d’autonomie.

A cet égard, celui qui parviendra le premier en France à **constituer l’équivalent du champion américain des services à domicile aux personnes âgées, Home Instead Senior Care**, aura sans doute pris un sacré tour d’avance. “ *C’est facile à exprimer, redoutable à mettre en place* ”, résume un assureur. Lancée en 1994, la société est spécialisée sur les soins aux personnes âgées, depuis le portage de repas jusqu’à la prise en charge aux quotidiens de personnes atteintes d’Alzheimer. Elle dispose d’un réseau de 800 agences en franchise dans 16 pays en plus des Etats-Unis, et de 16.000 aidants professionnels. La réputation de Home Instead, inégalée, repose sur sa capacité à choisir les auxiliaires de vie et à les former, sur la prise en charge de l’ensemble des tâches administratives, et surtout sur sa capacité à avoir instauré un système de “ long term care ” coordonné, incluant le portage des repas, des personnes de compagnie, des solutions de répit pour les aidants, le paiement des impôts ou encore la tenue du compte bancaire...

L’incursion récente de Sodexo, leader mondial de la restauration collective, dans le domaine des services aux personnes âgées aux Etats-Unis, est le signal que la course à la taille critique a commencé. Sodexo a annoncé le 19 août dernier l’acquisition de Comfort Keepers, le numéro deux américain des services d’aide non médicale à domicile. Fondée en 1998, la société dispose de 560 agences et a réalisé en 2008 un volume d’affaires de 300 millions de dollars, pour environ 30 millions de royalties. Sodexo, très présent dans les hôpitaux ou les maisons de retraite, voit des synergies évidentes avec son activité traditionnelle. “ *L’idée est de proposer des services aux clients qui sortent des établissements dans lesquels nous sommes présents* ”, explique le groupe.

Comment, dès lors, se positionner en tant qu’assureur ? Certains, comme Malakoff-Médéric n’y s’en cachent pas : ils s’estiment parfaitement dans leur rôle en se projetant, à terme, comme “ care managers ”. “ *La coordination des intervenants est un métier très important qui, aujourd’hui, n’intéresse que peu de gens dans une vision globale de la personne englobant la prévention et le dépistage. La constitution de plateformes pourrait être demain le métier des assurances* ”, indique le délégué général, Guillaume Sarkozy.

D’autres tendent à considérer que cela relève plutôt de l’assistance, même si les frontières entre les deux métiers tendent à s’estomper (c’est “ l’assuristance ” chère à Martin Vial). Chez Covéa, on tend à considérer que la clef de la satisfaction client réside dans la convergence entre la gestion de sinistres et l’assistance : c’est dans cette optique que Fidelia est devenu, au 1^{er} janvier 2009, l’assisteuse unique des enseignes et des filiales du groupe (MMA, Maaf, GMF). Craignant sans doute un phagocytage, les assistants défendent à ce titre leur savoir faire. “ *Nous avons aujourd’hui la capacité de coordonner, pour des personnes moyennement dépendantes, des services complets de maintien à domicile. Nous menons aussi des expériences pour aider les personnes du très grand âge* ”, fait ainsi valoir Nicolas Gusdorf, le président du syndicat national des sociétés d’assistance, le SNSA. Le groupe Prévoir a donné le signal d’une coopération harmonieuse entre assureur, assistant et société de services à la personne, en nouant des partenariats avec Mondial Assistance et l’ADMR, association spécialisée dans le maintien domicile.

Dans tous les cas, l’objectif est clair : **pouvoir contractualiser sur le long terme avec les prestataires, de façon à jouer en quelque sorte le rôle de centrale d’achats de services.**

Inutile de dire que cela suppose une taille critique conséquente. “ *Nous considérons qu’il faut une dizaine de milliers de personnes assurées pour qu’un groupe puisse peser en matière d’organisation des plates-formes de distribution* ”, indique-t-on chez Malakoff-Médéric. Le groupe n’exclut pas des alliances ou des partenariats avec d’autres opérateurs pour y parvenir. Même son de cloche chez Santéclair, la filiale commune de Maaf-MMA et AGF, spécialisée dans la gestion du risque santé. “ *Pour négocier des stratégies de service, il faut une taille critique suffisante pour rendre le coût d’intermédiation acceptable : avant, nous fixions la barre à 5 millions de personnes protégées, aujourd’hui, nous la mettons plutôt à 10 ou 12 millions* ”, explique Marianne Binst, directrice générale de Santéclair.

Si l’ambition est de peser sur l’offre, plusieurs stratégies sont possibles. Certains assureurs n’hésitent pas à entrer au tour de table de prestataires, directement ou via leur assistant maison, comme le fait AXA. Malakoff Médéric est présent en direct dans Assisteo, une société d’assistance médicale à domicile dont l’une des caractéristiques est d’avoir mis en place un logiciel logistique optimisant les temps de déplacement des auxiliaires de vie, ou dans Korian, groupe d’établissements spécialisés dans la prise en charge de la dépendance. Stratégie de service ou stratégie financière ? “ *Concernant la production de l’offre (...) il y a de la place, à côté de l’AP-HP et de la Générale de Santé, pour d’autres intervenants amenant des capitaux à long terme, comme pourraient le faire les assureurs* ”, a plaidé publiquement Guillaume Sarkozy, délégué général de Malakoff Médéric.

La Mutualité Française a pris le problème à l’envers. Actionnaire historique de quelques 2.200 établissements de soins et de santé – un embryon de réseau sans équivalent en France -, elle a décidé récemment de faire de la coordination avec Priorité Santé Mutualiste, son service d’aide à l’information, l’orientation et l’accompagnement, déjà accessible à 22 millions de Français. Sont visés d’abord des pathologies comme le cancer ou les addictions, mais dans le pré-rapport du congrès de Bordeaux de juin dernier, le mouvement mutualiste ne cachait pas sa volonté d’être un opérateur de poids dans le domaine de la prise en charge de la dépendance.

Pour Marianne Binst, de Santéclair, la position est nette : à chacun son métier ! “ *Il est très difficile d’être à la fois offreur et acheteur de soins : pour bien faire de l’intermédiation, il ne faut pas être partie prenante, et bien faire la distinction entre le packaging de l’offre et l’offre elle même* ” estime-t-elle. Pour autant, l’intermédiation et la coordination ont tout leur sens, selon elle, en matière de dépendance. “ *Il faut donner des éléments au consommateur pour qu’il puisse être à même de faire un choix, voire négocier pour son compte. Le consommateur n’a aucune capacité de jugement face à l’offre de soins, d’hébergement, d’assurance. Ce qui a été développé en santé pourrait être transposé à la dépendance* ” poursuit-elle.

Peut-on à la fois être actionnaire, offreur de soins et acheteur de soins ? L’assureur ne risque-t-il pas d’outrepasser son rôle ? Le mélange des genres n’est sans doute pas loin. Le sujet de la prise en charge de la dépendance souligne à quel point les frontières entre assurance, assistance, et services à la personne se déplacent, se confondent. Avec effectivement tous les dangers que comportent le fait de sortir de son métier. La crise financière a plutôt récompensé ceux qui, dans l’assurance, étaient restés fidèles à leurs bases. Elle a aussi rappelé que le capital avait un coût élevé, poussant les entreprises à y regarder à deux fois avant de se lancer dans des investissements de diversification. Reste à savoir si le “ care management ” ne fera pas partie, à terme, du métier de base de l’assureur.

RESUME - CONCLUSION

D'ici à 2040, au niveau mondial, la population âgée de plus de 65 ans devrait augmenter de 160% et celle de plus de 80 ans de 233%.

La dépendance est un risque – non stabilisé – et non une période de la vie inéluctable. Il n'en demeure pas moins que la prévalence de la dépendance est fortement corrélée à l'âge, et que la probabilité de devenir dépendant est très fortement liée à l'état de santé à 50 – 60 ans.

Globalement, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente de 1% par an, l'âge d'entrée en dépendance recule, et la durée de la dépendance est globalement stable aux alentours de 4 ans. Les maladies neuro-dégénératives sont la première cause d'entrée en dépendance.

Une dépendance lourde coûte environ 35.000 euros par an en France. Le poids macroéconomique de la dépendance est estimé à 1% du PIB, mais les projections de l'OCDE tablent sur 3% à 4% à l'horizon 2050.

L'APA coûte 5 milliards d'euros par an. L'architecture de la prise en charge publique de la dépendance est complexe et son financement n'est pas pérenne. La solidarité nationale n'assume que 30% à 50% du coût moyen de la dépendance.

Le « Cinquième Risque » doit permettre d'assurer le financement de la dépendance pour aujourd'hui et pour demain. La solidarité nationale devra nécessairement être complétée par le recours à l'assurance privée, dans le cadre d'un partenariat public privé innovant. La clef de répartition entre les deux financeurs sera déterminante.

La dépendance est un risque assurable, à condition de reposer sur une définition robuste et sur des garanties encadrées, dans le cadre d'une approche forfaitaire.

Avec 500 millions d'euros de primes pour 3 millions de personnes protégées, la dépendance représente une part marginale du chiffre d'affaires des organismes assureurs. La « valeur utilité » de l'assurance dépendance pourrait être améliorée, les gens souscrivent trop tard pour que le rapport prix / garanti soit suffisant, et ils peinent à aller au bout de la démarche, d'où un taux de sortie anticipé des contrats présumé élevé. L'assainissement du marché est l'un des objectifs du « Cinquième Risque ».

La prise en charge de la dépendance par les assureurs est encore conçue de façon trop restrictive : on assure sa propre dépendance, dans une logique purement financière. La souscription est en outre effectuée dans une logique de “ conjuration du mauvais sort ”.

Généraliser l'assurance dépendance suppose donc de ne pas se cantonner à une seule cible (les retraités), à un seul produit (l'assurance à fonds perdus), à une seule forme de prestation (la rente), à un seul type de souscription (pour compte propre).

L'offre ne pourra être jugée attractive que si elle intègre un contenu immédiat (prévention, information, coaching) adapté à la période de vie dans laquelle se trouve la personne. C'est également la clef d'une fidélisation sur longue période.

Les produits de prévoyance « à fonds perdus » qui existent depuis 25 ans resteront la solution la plus simple pour toucher le plus grand nombre, le plus tôt possible. Il n'empêche, le mythe d'un

produit d'assurance universel a sans doute vécu : il n'y a pas une réponse, mais plusieurs, pour favoriser la généralisation de couvertures dépendance adaptées.

Pour l'assureur, l'enjeu est double : trouver la bonne articulation entre dispositifs individuels et collectifs dans le cadre du partenariat public-privé, de façon à être celui qui " porte " les droits tout au long du cycle de vie de la personne dans un contexte de refonte profonde de la protection sociale ; aider le client à trouver le bon dosage entre capitalisation (épargne) et répartition (prévoyance), éventuellement au moyen de produits d'épargne innovants assortis de garanties.

Derrière la problématique – essentielle – du financement de la perte d'autonomie, se cache la nécessaire structuration du secteur des services à la personne, et ses conséquences en terme d'emplois, de normes de qualité ou d'industrialisation des prestataires.

Le sujet de la prise en charge de la dépendance souligne à quel point les frontières entre assurance, assistance, et services à la personne se déplacent, se confondent. La crise financière a plutôt récompensé ceux qui, dans l'assurance, ne s'étaient pas trop éloigné de leur métier. Reste à savoir si le " care management " ne fera pas partie, à terme, du métier de base de l'assureur.

**Mémoire soutenu en
septembre 2009**

pour l'obtention du diplôme du
**Centre des Hautes
Etudes d'Assurances**

Sous la direction de :
Lucie TALEYSON

Président du Jury :
François EWALD

Une école est un lieu de production et de diffusion de connaissances.

L'Ecole nationale d'assurances s'organise pour répondre le mieux possible à cette mission en direction de ses élèves d'abord, mais aussi de la profession de l'assurance et de ses partenaires :

- **les « séminaires innovation »** animés par les auditeurs du Centre des Hautes Etudes d'Assurance (CHEA), permettent aux professionnels de suivre les grandes innovations en assurance telles qu'on peut les observer à l'étranger ;
- **les « dialogues de l'Enass »** éclairent l'actualité par le débat avec une personnalité remarquable ;
- **« les travaux de l'Enass »**, que nous lançons aujourd'hui, sont destinés à faire bénéficier la profession des travaux menés au sein de l'Enass par ses professeurs et ses élèves, à tous les niveaux, dans la mesure où les jurys qui les ont évalués ont noté leur qualité et leur originalité. Ces travaux vous seront adressés par Internet, certains d'entre eux pouvant faire l'objet d'un tirage sur papier ou même, être édités.

Nous souhaitons que toutes ces initiatives vous soient profitables.

François Ewald
Directeur de l'Ecole nationale d'assurances