

# Assurance dépendance en Belgique : réflexions d'un économiste<sup>1</sup>

Alain Jousten

Université de Liège, IZA et CEPR

ajousten@ulg.ac.be

19/10/03

## 1. Introduction

La plupart des pays développés font face à des changements démographiques importants. La baisse considérable du taux de fécondité ainsi que l'augmentation généralisée de l'espérance de vie sont à l'origine de ce qui est communément appelé la "crise des systèmes de retraite". Mais l'impact de ces changements démographiques ne se limite bien entendu pas sur les systèmes de retraite. Au contraire, de nombreux aspects de notre vie quotidienne sont/vont être affectés. Ce constat est tout particulièrement vrai en ce qui concerne les biens et services ciblés sur les personnes âgées. Ainsi, tant la demande que l'offre de services de soins aux personnes dépendantes vont sans aucun doute voir leurs paramètres de base fortement évoluer.

Dans ce contexte général de défi démographique, les décideurs politiques de nombreux pays développés se voient confrontés à des demandes de plus en plus fréquentes pour des systèmes d'"assurance dépendance". Parmi les multiples motivations à la base de ces revendications certaines ressortent clairement. D'abord, l'intégration plus importante des femmes sur le marché de l'emploi, ainsi que l'augmentation continue du revenu disponible des ménages affectent fortement la donne en termes de services rendus aux personnes dépendantes, notamment par rapport aux soins informels et familiaux. Ensuite, les évolutions de l'espérance de vie n'est pas sans influence sur la relation d'aidant-aidé, notamment dans un contexte familial. Jadis, on faisait face à une structure familiale à deux générations d'adultes, où les "jeunes" contribuaient de façon active dans la prise en charge des "vieux" parents. Aujourd'hui, la réalité est mieux représentée par un modèle à trois

---

<sup>1</sup> Ce papier est le fruit d'un travail réalisé dans le cadre d'une recherche inter-universitaire commanditée par les gouvernements fédérés des parties francophones et germanophones du pays. Je tiens à remercier Valérye Périn ainsi que les membres du groupe de travail pour leurs nombreux commentaires.

génération d'adultes, où les enfants des personnes dépendantes sont elles-mêmes proches de la retraite, avec toutes les conséquences positives et négatives qui en suivent. Enfin, les tendances vers des structures familiales plus hétérogènes et fluctuantes ne vont pas être sans conséquence sur le monde des services aux personnes dépendantes.

L'objet de la présente étude est de porter un regard d'économiste sur la mise en place d'un tel système d'assurance dépendance, et ce aussi bien d'un point de vue tout à fait général que d'un point de vue plus particulier qui est celui de la Belgique. Le papier est structuré en plusieurs sections. La deuxième section définit certains concepts de base relatifs à tout système d'assurance et motive la mise en place d'un système d'assurance dépendance. La troisième section traite des problèmes d'information imparfaite et des incitants financiers puissants en découlant, notamment dans le cadre du choix entre services à domicile et services institutionnalisés. La quatrième section est consacrée à des aspects de fédéralisme fiscal, forts importants dans le contexte institutionnel belge. La cinquième et la sixième section analysent les questions de redistribution intra- et intergénérationnelle ainsi que de viabilité financière d'un tel système d'assurance dépendance. La section 7 est dédiée à l'expérience allemande. La section 8 présente les conclusions de notre papier.

## **2. Définitions**

Il nous semble opportun de commencer par une définition économique de ce que nous entendons par le concept-même d'assurance dépendance. Il s'agit d'un mécanisme basé sur un principe assurantiel, c'est à dire un mécanisme qui couvre des individus, des firmes ou des institutions au moyen d'un paiement de primes d'assurance contre certains risques. Dans le cas d'espèce faisant l'objet de la présente étude, il s'agit d'une couverture contre des conséquences liées à un état de dépendance.

Plusieurs commentaires s'imposent déjà à ce stade. Premièrement, un système d'assurance dépendance n'est pas nécessairement un système organisé par les pouvoirs publics. En effet, tout comme certains pays ont optés pour un système d'assurance santé auprès d'assureurs privés, il est facilement imaginable d'organiser un système d'assurance dépendance sur base d'une affiliation obligatoire ou facultative auprès d'assureurs privés.

Deuxièmement, même en supposant une intervention des pouvoirs publics dans l'organisation d'un tel système, plusieurs niveaux d'intervention doivent être distingués. Ainsi, les pouvoirs publics peuvent vouloir intervenir au niveau de la récolte des contributions à un système d'assurance pour des raisons d'efficacité en termes de coûts

administratifs. Cet argument est particulièrement valide dans le contexte d'un système d'assurance avec une couverture de la population (quasi-)universelle, tel que par exemple l'assurance maladie-invalidité en Belgique. Un deuxième niveau d'intervention est la mise en place d'un organisme assureur, tel que par exemple les mutuelles publiques pour la dépendance en Allemagne, qui sont les gestionnaires du système d'assurance santé. Un troisième niveau d'intervention est celui de la fourniture de biens ou de services aux assurés, tel que le fait le "National Health Service" anglais dans le domaine de l'assurance santé.

Troisièmement, il faut clairement distinguer un système d'assurance (sociale) d'un système d'assistance sociale, qui prévoit quant à lui des prestations en faveur de certaines catégories de personnes jugées en besoin sans primes ou contributions spécifiques pour la couverture contre le risque. Dans ce contexte, Summers (1989) montre toute l'importance de faire ressortir l'aspect assurantiel d'un système d'assurance sociale. Si les individus ne voient pas le lien entre leurs contributions versées et la couverture contre le risque ou les prestations du système, alors ils considèrent les contributions purement et simplement comme une forme d'impôts déguisés! Perçus de cette manière, les contributions au système d'assurance sociale adoptent toutes les caractéristiques d'un impôt (désincitant au travail,...) plutôt que de faire ressortir les caractéristiques assurantielles dues à la couverture d'un risque.

Enfin, il faut définir les risques couverts par l'assurance. Ainsi, il est important de préciser d'abord quelle personne est considérée comme dépendante, et ensuite en conditionnant sur une situation de dépendance reconnue, quelles dépenses ou quels besoins médicaux sont pris en charge par le système d'assurance (voir Jousten, 2003b). La tâche de la définition des différentes catégories de dépendance retombe essentiellement sur les professionnels du secteur médico-social, mais la théorie économique a une contribution importante à fournir dans ce domaine comme les sections suivantes le montrent.

### **3. Structure incitative**

#### **3.1. Généralités**

Le monde réel est caractérisé par une structure informationnelle imparfaite, où certains ont une meilleure connaissance de ou un meilleur accès à l'information. La recherche économique de ces dernières décennies a mis l'accent sur l'étude des problèmes d'information asymétrique et leurs conséquences au niveau des prises de décisions, tant dans le domaine du secteur privé que du secteur public. De nos jours, la théorie

économique contemporaine peut être considérée comme une aide à la décision importante en matière de structuration de programmes et de systèmes d'assurance, qu'ils soient privés ou sociaux.

De la recherche théorique dans des contextes d'information asymétrique, il ressort comme principal résultat que les solutions optimales d'un monde à information parfaite (souvent qualifiés d'optimum de premier rang) ne sont souvent plus atteignables dans un monde à information imparfaite. Dans une telle situation, la théorie du bien-être nous enseigne que l'objectif du gouvernement ne peut qu'être la recherche d'un optimum de second rang, i.e. sous contrainte informationnelle. En pratique, ceci signifie que le gouvernement essaie d'atteindre la meilleure solution possible en présence de ses limitations informationnelles et des comportements stratégiques des autres acteurs économiques qui visent à exploiter leur avantage informationnel. La poursuite de politiques ignorant les aspects incitatifs mène tout simplement à des situations bien pires que celles de second rang. L'exemple le plus parlant vient probablement du domaine de l'assurance vie. Une population formée de gens en bonne et mauvaise santé doit être assurée contre le risque de décès avant un âge  $X$ . En information parfaite, chaque type d'individu a sa propre police d'assurance, avec les gens en bonne santé payant une prime inférieure aux autres. Ceci constitue l'optimum de premier rang. En information imparfaite quand l'assureur ne peut plus identifier les différentes catégories de risque dans la population, ces deux contrats de premier rang ne sont plus viables. En effet, tout assuré va prétendre être en bonne santé, et par conséquent l'assureur quitte le marché. Un optimum de second rang intègre cet avantage informationnel des individus cherchant une couverture d'assurance. Ainsi, les contrats proposés dans un optimum de second rang doivent être structurés afin de donner la meilleure couverture d'assurance possible, mais en évitant que les personnes à haut risque ne prétendent être une personne à risque modéré. Exprimé en termes légèrement plus techniques, il faut introduire une contrainte incitative dans le problème de décision du gouvernement, contrainte qui permet d'intégrer cet avantage informationnel d'un des intervenants.

En effet, tout système d'assurance (ou d'assistance) génère automatiquement une certaine structure incitative qui peut conduire à des comportements stratégiques des individus. Deux grandes catégories de comportements stratégiques doivent être intégrées dans l'analyse et dans l'élaboration d'une structure d'assurance: la sélection adverse et l'aléa moral. La sélection adverse a fait l'objet de nombreuses recherches tant théoriques qu'empiriques. Rothschild et Stiglitz (1976) traitent le problème fondamental du marché

des assurances en cas de liberté de sélection des individus. Si une personne à risque intrinsèque élevé arrive à prétendre être de risque faible et que l'assureur ne peut pas le détecter (techniquement ou pour des raisons légales), alors un marché d'assurances parfaitement concurrentiel connaîtra des dysfonctionnements importants. La sélection adverse conduit à un phénomène de sous-assurance des personnes à risque faible, et peut même conduire à une situation d'absence totale de marché d'assurance. Les remèdes classiques à de telles situations sont de deux types. Soit, les assureurs investissent dans des mécanismes de révélation de catégories de risque ou sont autorisés à utiliser les procédures techniquement faisables, ce qui se fait par exemple dans le cadre de l'assurance automobile ou de l'assurance vie. Soit les pouvoirs publics interviennent en limitant les choix des individus et en les obligeant à adhérer à une seule police d'assurance commune.

L'aléa moral ou risque moral est quant à lui dû au fait que l'agent économique peut influencer la probabilité et le coût des événements couverts sous une police d'assurance. L'exemple le plus connu est celui de l'assurance omnium. Une fois la police d'assurance signée, l'individu n'a plus d'incitant financier à minimiser les risques d'accidents et donc par ses comportements affecte les coûts à supporter par la compagnie d'assurance. Les problèmes d'aléa moral sont en principe plus importants dans le cadre d'assurances organisées par les pouvoirs publics que dans les contrats avec des assureurs privés. En effet, ces derniers ont par leur objectif de maximisation des profits un intérêt certain à limiter des comportements excessifs (légaux ou illégaux) de la part des assurés.

### ***3.2. L'assurance dépendance***

On peut facilement appliquer ces concepts généraux au cas particulier de l'assurance dépendance. Les différents acteurs économiques exploitent rationnellement leurs avantages informationnels par rapport à l'organisme assureur. Par acteurs économiques il ne faut pas seulement entendre les personnes dépendantes, mais aussi leurs familles ainsi que les personnes intervenant directement ou indirectement dans la fourniture de biens ou la prestation de services à ces personnes dépendantes, tels que les médecins, les infirmiers, les prestataires sociaux,...

Le problème de sélection adverse se manifeste à deux niveaux différents qui sont la décision des individus de participer ou de ne pas participer dans le système d'assurance ainsi que la décision quant aux catégories de personnes et aux soins et services couverts par le système. Les deux problèmes nous semblent militer pour un certain degré d'intervention gouvernementale dans la mise en place d'un système d'assurance dépendance. L'intervention gouvernementale peut prendre différentes formes. Un premier

degré d'intervention est celui de rendre la police d'assurance obligatoire pour un large groupe de personnes afin d'éviter que seuls les mauvais risques contractent une police d'assurance ce qui conduirait à une situation financièrement invivable. Cependant, il est important de noter que cet argument ne plaide pas nécessairement en faveur d'un système d'assurance géré par les pouvoirs publics, et qu'une assurance privée obligatoire peut être la piste à suivre.<sup>2</sup> Un deuxième degré d'intervention est la délimitation des prestations ou indemnités financées par le système d'assurance dépendance. Dans ce contexte, nous pensons essentiellement à la question de savoir comment les personnes dépendantes en maison de repos et en hôpital, d'une part, et les personnes dépendantes soignées à domicile, d'autre part, sont traitées par le système. En effet, il nous semble évident que le niveau de prestation relatif accordé aux uns par rapport aux autres (en quantité, qualité ou en termes de règles de remboursement) a le potentiel d'influencer de façon significative la demande relative pour les deux types de soins. Par exemple, un système d'assurance dépendance partiel, couvrant de façon nettement plus généreuse les frais de soins en maison de repos plutôt que les soins à domicile, a le potentiel d'induire de la sélection adverse au niveau des personnes dépendantes ou de leur entourage. Dans un tel cas et d'un point de vue strictement financier, toutes les familles qui prenaient en charge une personne à degré de dépendance réduite ont désormais tout intérêt à prétendre être confronté à un cas de dépendance totale afin de faire admettre la personne dans une institution de soins. Cette substitution va bien évidemment de pair avec des coûts budgétaires importants au niveau du système d'assurance sociale, qui peuvent à la limite mettre la viabilité du système en péril. Le système en question doit donc être doté d'une structure incitative et/ou de contrôle qui permet d'éviter des dérapages budgétaires suite à ces phénomènes de sélection adverse. De plus, ces incitants créés par le système d'assurance dépendance peuvent facilement avoir des retombées sur d'autres branches d'assurance et du gouvernement vu qu'ils causent des changements de comportements importants conduisant à moins de prise en charge familiale et plus de recours aux services institutionnalisés.

L'aléa moral intervient également à plusieurs niveaux et représente un danger considérable pour la viabilité financière d'un tel système d'assurance dépendance. D'abord, il intervient au niveau de la personne dépendante et de son entourage direct. En présence d'un système d'assurance dépendance indemnifiant certaines prestations et certains soins plutôt que d'autres, les individus peuvent stratégiquement réallouer ou réduire leurs efforts et de cette façon faire croître le volume et le coût des indemnités assurées par le système. Cette réallocation de ressources est susceptible de conduire à une substitution de soins formels

---

<sup>2</sup> Voir le cas de l'assurance-loi contre les accidents de travail.

fournis par des professionnels aux soins informels moins coûteux fournis par les membres de la famille. Par exemple, si le système rembourse les frais d'une aide familiale, alors plus aucun membre de la famille n'a intérêt à fournir des soins informels. Dans ce sens, l'architecture d'un système d'assurance dépendance est soumise à une contrainte puissante comme il s'agit clairement d'éviter de tels phénomènes de substitution socialement indésirables.

Ensuite, l'aléa moral dans une police d'assurance dépendance intervient au niveau du secteur des soins et du secteur médical. Ces intervenants ont tout intérêt à surévaluer l'état de dépendance des personnes dépendantes vu que le volume et les types de prestations ne sont pas des paramètres donnés de façon tout à fait exogène, mais plutôt des variables discrétionnaires. La police d'assurance dépendance se rapproche dans ce sens d'une police d'assurance omnium, dans laquelle ni les bénéficiaires de soins, ni les prestataires de soins n'ont aucun intérêt à limiter les dépenses qu'ils font valoir vis-à-vis de la compagnie d'assurance. Ainsi, à titre d'exemple, la catégorisation de personnes en différentes classes de dépendance pose de gros problèmes d'aléa moral si les personnes impliquées dans ces décisions tirent un avantage direct ou indirect de cette même catégorisation. De ce point de vue, il est très important de prévoir des instances indépendantes de contrôle et de régulation, afin d'éviter des phénomènes de demande auto-générée à l'intérieur du secteur des soins. De même – à défaut d'une quote-part à charge de la personne dépendante ou de sa famille – il nous semble opportun d'assurer au moins une certaine publicité de la facturation des prestataires aux assureurs afin d'éviter des problèmes de surfacturation et des cas de "sur-classement" d'états de dépendance. Par sur-classement nous entendons un phénomène par lequel les prestataires fournissent des soins au-delà des besoins réels des personnes dépendantes (phénomène connu sous le nom anglais de *coding creep*).

### **3.3. Soins à domicile et soins institutionnalisés**

Dans le contexte d'une assurance dépendance surgit inévitablement la question de la position relative des soins à domicile par rapport aux soins institutionnalisés, surtout au niveau des situations de dépendance partielle. Cette question est en fait plus complexe qu'elle ne peut le paraître à première vue.

Jousten, Lipszyc, Marchand et Pestieau (2003) développent un modèle théorique qui illustre que le choix entre les différents types de soins est un problème de décision multidimensionnel, du moins du point de vue social. D'abord, les deux types de soins se différencient au niveau des prestataires impliqués. Tandis que les soins en institution sont quasi-exclusivement fournis par des prestataires du secteur formel de l'économie, une

bonne partie des soins à domicile sont réalisés dans le secteur informel par des proches de la personne dépendante, qu'ils soient des membres de la famille ou plutôt d'autres personnes de l'entourage. Par secteur formel il faut entendre des personnes morales ou juridiques généralement quelconques appartenant tout aussi bien au secteur privé (traditionnel ou tiers-secteur) qu'au secteur public qui prestent leurs services dans un cadre administratif et légal bien défini. Pour simplifier le raisonnement, les auteurs considèrent une situation extrême où l'entièreté des soins à domicile est fournie par la famille de la personne dépendante, tandis que les soins institutionnalisés sont entièrement fournis par des prestataires du secteur formel. Il est souvent admis que par leur structure administrative et organisationnelle par définition plus lourde, les prestataires de services de soins institutionnalisés souffrent d'un désavantage structurel au niveau des coûts de production des services de soins. Les auteurs adoptent ce point de vue en modélisant un avantage au niveau de l'efficacité de l'utilisation des ressources des prestataires à domicile.

Une deuxième caractéristique différenciant la prise en charge d'une personne à domicile de celle en environnement institutionnel est l'importance de motivations qu'on pourrait d'une façon stylisée appeler altruisme. Pour les auteurs, ce concept d'altruisme (vidé de toute connotation subjective quelconque) résume le degré dans lequel les proches intègrent le bien-être des personnes dépendantes dans leurs prises de décisions individuelles.

Une troisième différence provient des mécanismes de financement de ces deux grandes catégories de soins. Tandis que les soins institutionnels sont souvent fortement co-financés par les systèmes d'assurance maladie-invalidité, tel n'est souvent pas le cas pour les soins à domicile. En effet, les soins à domicile ont souvent une composante familiale beaucoup plus prononcée, que ce soit de façon directe par la prise en charge financière de certaines dépenses par la famille ou les proches de la personne dépendante ou que ce soit par des prestations de services de soins non-rémunérés, et donc parfaitement non-monétaires. Cette prise en charge différente a deux conséquences au niveau social.

D'une part, à dépenses données, les soins institutionnels nécessitent relativement plus de fonds publics que les soins à domicile. Un corollaire de cette observation générale est que le coût en termes de distorsions est forcément plus important dans le cas d'une prise en charge institutionnelle vu la nécessité de recettes fiscales plus importantes. Ce résultat se trouve encore renforcé par le fait que les effets désincitatifs augmentent plus que proportionnellement par rapport aux taux de taxation.

D'autre part, la prise en charge familiale décentralise de facto une partie de la prise de risque de la collectivité vers les familles. La décentralisation de la prise de risque peut paraître être une situation inacceptable sur des bases morales ou autres. La section suivante traite de ce problème et montre que ses conséquences peuvent être importantes.

### **3.4. Pistes de réflexion**

La décentralisation du risque de dépendance est un exemple typique de l'application de la théorie du second rang. En effet, dans un monde de premier rang à information et structure de marché parfaites, cette décentralisation des risques de dépendance est totalement dénuée de conséquences. Le gouvernement ainsi que les individus peuvent tout simplement réajuster leur comportement aux nouvelles données en termes de distribution de risque. Ainsi il est facile de montrer que des polices d'assurance privées ainsi que des transferts forfaitaires gouvernementaux entre les différentes catégories de personnes se substituent au système d'assurance collectif afin d'atteindre le même équilibre qu'avant décentralisation.

En cas d'information imparfaite, tel n'est plus le cas. L'exemple retenu par Jousten et alii (2003) est une information asymétrique au niveau du degré d'altruisme des enfants des personnes dépendantes. Les enfants peuvent stratégiquement dissimuler leur degré d'altruisme au gouvernement, qui ne peut donc plus se servir des politiques de transferts de ressources entre les altruistes et les non-altruistes vu qu'il n'observe plus le degré d'altruisme en tant que tel. A l'aide de leur modèle théorique simple, les auteurs montrent qu'il est optimal (au second rang) pour un gouvernement de ne pas parfaitement centraliser la prise de risque de dépendance. La politique optimale implique une prise en charge à domicile (subsidiées par l'Etat) des parents des enfants altruistes, tandis que les parents des enfants non-altruistes sont pris en charge dans des institutions (entièrement financées par l'Etat). L'intuition pour ce résultat de prise en charge différenciée en fonction du degré d'altruisme est simple. En effet, les contraintes purement budgétaires rendent une prise en charge totale en institutions impossible, tant pour cause des coûts de soins à domicile inférieurs que pour cause d'effets de distorsion du système fiscal.

Une autre caractéristique de l'optimum est que les non-altruistes arrivent dans la plupart des cas à faire supporter une partie des coûts des soins de leurs parents par les altruistes. En effet, aussi bien les altruistes que les non-altruistes financent les soins en institutions via les impôts qu'ils paient. Exprimé différemment, il est donc socialement optimal de profiter de l'altruisme des gens afin d'éviter des structures de coûts excessifs et infinançables.

La politique optimale implique également que les soins institutionnels ne doivent pas être "trop généreux", afin d'éviter que les altruistes placent leurs parents en institution malgré leurs sentiments d'altruisme. Cette idée, qui peut paraître indécente à certains est cependant explicitement reconnue à l'étranger. Ainsi, le système d'assurance dépendance allemand introduit en 1995 sous le gouvernement de Helmut Kohl s'est inspiré de ce résultat, en décidant de limiter la générosité des soins institutionnels en excluant les dépenses de la vie de tous les jours ainsi que la partie logement du séjour en institution de la couverture du système. Vollmer (2000) résume bien cette situation quand il dit en page 10

*"... Hence it follows that people in nursing homes have to pay their own living and accomodation. This was an explicit political decision. It was feared that the inclusion of living and accomodation costs into the range of care benefits would give relatives an incentive to "push off" the "old man" or (for that matter) "old lady" into a nursing home and keep his or her pension. ..."*

En résumé, les résultats théoriques montrent qu'il est socialement indésirable d'avoir une centralisation parfaite du risque de dépendance ou exprimé différemment une prise en charge totale par un système de protection sociale des coûts liés à un état de dépendance. Un optimum est également caractérisé par une position relativement importante accordée aux soins à domicile vu leur avantage en termes de coûts directs (prestations) et indirects (besoin en recettes fiscales moindre). Dans le cadre de la structure institutionnelle belge actuelle, ce résultat semble indiquer un besoin de renforcement des soins à domicile par rapport aux soins institutionnels afin d'éviter un recours trop fréquent aux soins institutionnels. Un tel objectif peut être atteint en utilisant aussi bien des politiques de stimulation d'offre de soins à domicile (subsidiation des prestataires) que des politiques de demande (transferts monétaires aux personnes dépendantes à domicile afin de solvabiliser leur demande).

#### **4. Fédéralisme fiscal**

Le contexte belge nous impose aussi une discussion des conséquences de la structure fédérale des pouvoirs publics. Ainsi, trois points retiennent tout particulièrement notre attention.

Premièrement, tandis que le système d'assurance dépendance est un système à vocation régionale ou communautaire, tel n'est pas le niveau institutionnel pour le système d'assistance sociale. En effet, le système d'assistance sociale qui prend en charge certaines

dépenses découlant d'une situation de dépendance, et tout particulièrement celles relatives à des soins institutionnalisés fournis au profit de personnes à faible revenu, est basé sur une législation fédérale, mais organisé sur une base communale sous forme des centres publics d'aide sociale (CPAS). Cette situation implique que l'introduction d'un système d'assurance dépendance universel au niveau d'une région ou communauté a des retombées directes sur la structure des dépenses des CPAS communaux via un changement du nombre de bénéficiaires ainsi que du montant des interventions.

Deuxièmement, l'assurance maladie-invalidité étant organisée sur une base fédérale, l'organisation d'un système d'assurance dépendance au niveau régional ou communautaire n'est pas de nature à simplifier la conception du système. En effet, nombreux sont les points de contact entre ces deux systèmes d'assurance, qui impliquent en toute hypothèse des questions délicates au niveau des compétences.

Troisièmement, une interaction de l'assurance dépendance régionale et communautaire et du code de taxation fédéral n'est pas à exclure. Ainsi, se pose tout particulièrement la question de la déductibilité fiscale des contributions ou primes d'assurance dépendance et de l'exonération fiscale des prestations de cette assurance. En cas de déductibilité et/ou d'exonération, l'introduction de systèmes hétérogènes dans les régions et communautés du pays conduit à des redistributions interrégionales et intercommunautaires des revenus.

## **5. Redistribution**

### **5.1. Généralités**

Une dimension souvent négligée dans les discussions sur la désirabilité d'un système d'assurance dépendance est l'impact redistributif d'un tel système, qu'il soit à dominance du secteur public ou du secteur privé. Le manque d'intérêt porté à cette thématique est assez surprenant, vu les discussions intensives quasi-simultanées sur les aspects redistributifs des systèmes de retraite. Par impact redistributif nous entendons aussi bien un impact de redistribution de revenus au niveau intergénérationnel, qu'au niveau intragénérationnel entre différentes catégories socio-économiques de la population.<sup>3</sup>

Au niveau intergénérationnel, une mise en parallèle avec les systèmes de retraite nous semble s'imposer.<sup>4</sup> Les systèmes de retraite sont souvent organisés sur une base dite de

---

<sup>3</sup> Par redistribution intragénérationnelle nous entendons exclusivement une redistribution (qu'on peut qualifier de *ex ante*) allant au-delà du pur partage du risque (*ex post*) inhérent à tout contrat d'assurance.

<sup>4</sup> Voir Jousten (2003a) pour une discussion plus détaillée.

répartition ou de *pay-as-you-go* (PAYG). Un pur système de répartition est fondé sur le principe que les actifs d'aujourd'hui paient les allocations versées aux retraités d'aujourd'hui. Ce paiement des retraites peut se faire soit au moyen d'une contribution spécifique pour le système de pension, soit au moyen du budget général des pouvoirs publics. Il y a donc nécessairement une dimension intergénérationnelle dans un tel système. Des exemples clés sont les systèmes de retraite publics en Belgique, en France et en Allemagne, mais aussi les systèmes publics hollandais et britanniques. A l'inverse, un pur système de capitalisation est organisé sur le principe que les contributions des actifs d'aujourd'hui servent à assurer les retraites de ces mêmes individus une fois qu'ils ont quitté le marché du travail. Cela signifie que les contributions des jeunes sont investies afin d'assurer le financement des dépenses de retraite futures avec le capital principal et les intérêts. Un tel système de capitalisation n'a donc pas de dimension intergénérationnelle dans son mécanisme de financement.

Il est important de noter que ces distinctions quant au mécanisme de financement sont valables indépendamment du degré de redistribution intragénérationnelle prévue dans un système spécifique. Ainsi, il est bien imaginable d'opter pour un système à capitalisation pur excluant toute redistribution intergénérationnelle mais fortement redistributif au niveau intragénérationnel en fonction du revenu.

Le degré de redistributivité au niveau intragénérationnel dépend quant à lui fortement des modalités de financement du système. D'autres facteurs importants sont la générosité des prestations et les critères d'éligibilité déterminant l'accès à ces prestations du système d'assurance. A titre d'exemple, nous contrastons les caractéristiques redistributives de base de deux systèmes de pension publics, le système allemand et le système public américain. Tandis que le système allemand prévoit des contributions proportionnelles aux revenus du travail et des prestations en termes de pensions également proportionnelles aux revenus du travail, le système américain quant à lui prévoit des contributions proportionnelles, mais des prestations fortement redistributives en faveur des certaines catégories de personnes. Ainsi, parmi d'autres, les ménages à un seul revenu professionnel, les personnes à bas revenu et les personnes à carrière incomplète profitent d'une redistribution en leur faveur dans ce dernier système.

## **5.2. L'assurance dépendance**

La comparaison avec les systèmes de retraite nous montre qu'un système d'assurance dépendance peut, mais ne doit pas avoir de dimension intergénérationnelle. Cela signifie

qu'un choix de modalités d'organisation et de financement du système influence le degré de redistribution intergénérationnelle! En effet, à côté d'un système par répartition il est facilement imaginable de se servir d'un système proche de la capitalisation basé sur une logique d'assurance pure à l'intérieur d'un groupe d'âges relativement homogène. Une telle logique se traduirait par une absence totale de transferts intergénérationnels tant explicites qu'implicites. Les transferts générationnels explicites incluent les contributions individuelles à un système de répartition et les transferts financiers à charge du budget des pouvoirs publics, vu leur impact direct sur le niveau d'endettement public qui serait inférieur en leur absence. Les transferts implicites se composent essentiellement des possibilités de déductibilité fiscale ou autrement dit des dépenses fiscales que les pouvoirs publics peuvent opérer en faveur d'un tel système d'assurance dépendance, avec les mêmes conséquences sur l'endettement public.

De plus, la parallèle avec les systèmes de retraite nous permet d'illustrer une autre facette de la problématique intergénérationnelle, qui est d'une importance capitale. Dans le courant de ces dernières années, un certain consensus semble avoir vu le jour en faveur d'un trend visant à décroître la redistributivité intergénérationnelle au fil du temps. Face au problème du vieillissement, les acteurs économiques, politiques et sociaux semblent avoir reconnu l'importance de compléter le système de retraite traditionnel par un système de capitalisation complémentaire, afin d'assurer la viabilité du système de retraite public à moyen et long terme tout en assurant un niveau relativement important de la pension de retraite. Cependant, de façon assez curieuse, cette logique ne semble pas être suivie dans bon nombre de discussions sur la désirabilité d'un système d'assurance dépendance. Dans une large majorité des cas, les discussions ignorent totalement le lien étroit avec les systèmes de retraite et se concentrent exclusivement sur des alternatives impliquant un large degré de redistribution entre générations. La dichotomie quasi-totale entre les deux programmes d'assurance est d'autant plus curieuse, vu que l'introduction d'un système d'assurance dépendance par répartition annulerait en partie les effets intergénérationnels en sens opposé d'une stimulation fiscale des retraites complémentaires par capitalisation.

Le degré de redistribution intragénérationnelle dépend fortement des modalités de financement et d'indemnisation, et peut tout aussi bien prendre une forme régressive que progressive en termes de richesse ou de revenu. Un exemple permet d'illustrer cette observation générale. Un système public d'assurance dépendance entièrement financé par des transferts du budget fédéral, régional ou communautaire redistribue en faveur des personnes ayant des revenus à régime fiscal avantageux, tel que les revenus du capital.

## 6. Viabilité de l'assurance dépendance

La question de la viabilité d'une assurance dépendance doit être étudiée aussi bien à court qu'à moyen et long terme. La viabilité à court terme est une contrainte relativement facile à comprendre, du moins du point de vue conceptuel. L'équilibre budgétaire de l'assurance impose une égalité entre entrées et sorties.

Parmi les rentrées financières d'un système d'assurance, on trouve notamment les primes d'assurance, mais aussi les transferts explicites des pouvoirs publics et les revenus éventuels d'investissements. En fonction des modalités d'organisation du système, il faut intégrer des limitations explicites ou implicites en termes de pression fiscale et parafiscale totale imposée aux travailleurs. En effet, une dépendance trop forte des recettes fiscales peut conduire à des relèvements de taux de taxation, avec tous les effets désincitatifs bien connus. Parmi les sorties on trouve essentiellement les indemnités des assurés, mais également pour une part non négligeable les coûts structurels et administratifs. De ce point de vue, il est évident qu'une stratégie de compression de coûts peut consister dans le regroupement de cette police d'assurance au sein d'entités déjà actives dans le même domaine d'activité à l'étranger ou dans des domaines d'activités semblables dans le pays.

Les autres composantes de la contrainte budgétaire peuvent paraître peu contraignantes dans le contexte de la recherche d'un équilibre du système. En effet, la tentation peut être grande de démarrer le système sur une pure base de répartition, qui dans sa version extrême ne nécessite que très peu de moyens pour démarrer le programme: une cohorte relativement importante commence à contribuer en temps  $t$ , et une cohorte de bénéficiaires (plus petite en taille) retire des indemnités dès le temps  $t$ . En  $t+1$ ,  $t+2$ ,... les cohortes de contribution et d'indemnité sont progressivement augmentées. C'est le phénomène que les économistes désignent par le nom de déjeuner gratuit, c'est-à-dire les premières générations ont accès à des prestations pour lesquelles elles n'ont que contribué de façon très partielle. Un parallèle avec les systèmes de retraite publics nous semble à nouveau assez illustratif.<sup>5</sup> Les systèmes publics de retraite dans la plupart des pays européens datent dans leur forme actuelle de la fin de la deuxième guerre mondiale, et les premières générations ont pu profiter du déjeuner gratuit. Les systèmes de retraite ont dépassé cette phase de démarrage et se trouvent désormais dans une phase de stabilité. De plus, les changements démographiques et comportementaux (retraites anticipées) érodent les recettes en termes de contributions et poussent les versements de pension vers le haut.

---

<sup>5</sup> Voir Jousten (2003a) pour une discussion plus détaillée.

Même si les facteurs purement démographiques jouent différemment pour une assurance dépendance que pour une assurance vieillesse, le constat de base d'une population vieillissante n'est pas sans conséquences, tout particulièrement dans le contexte d'un financement par répartition. Ainsi, le tableau 1 documente les projections des recettes et des dépenses divergentes des systèmes d'assurance vieillesse et santé (englobant certains soins institutionnalisés et à domicile) pour les personnes âgées aux USA. Tant les retraites que l'assurance santé pour les personnes âgées sont essentiellement financées sur une base de répartition. Malgré une transition démographique moins sévère aux USA qu'en Europe, les chiffres peuvent servir de base pour une remise en question fondamentale du modèle de répartition comme modèle de référence en termes de financement d'une assurance dépendance. En adoptant une approche résolument globale au niveau de la projection des dépenses des programmes d'assurance vieillesse et dépendance, il nous semble que seule une base de financement évitant la redistribution intergénérationnelle permet d'assurer une viabilité à long terme du système d'assurance dépendance.

Tableau 1 Projection des recettes et des dépenses aux USA (en % du PIB)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Taux de dépendance démographique <sup>a</sup> (%)	21.1	21.4	27.5	35.5	36.9	37.2
Retraites (contributions)	5.00	4.96	4.94	4.91	4.84	4.77
Retraites (dépenses)	4.65	4.87	5.80	6.57	6.56	6.50
Santé <sup>b</sup> (contributions)	1.46	1.47	1.49	1.51	1.50	1.49
Santé (dépenses)	1.92	2.43	3.18	4.01	4.49	4.63
Total						

<sup>a</sup>Le taux de dépendance démographique correspond à la population âgée de plus de 65 ans divisée par la population entre 20 et 64 ans.

<sup>b</sup>Le système d'assurance santé obligatoire "Medicare, Part A" couvre toutes personnes retraitées âgées de plus de 65 ans.

Source: OASDI Trustee Report (1997), tableau III C1, scénario central.

## 7. Le système allemand

### 7.1. Généralités

Le système d'assurance dépendance allemand introduit en 1995, constitue une étude de cas intéressante d'un point de vue belge. En effet, par sa structure économique ainsi que par son système de protection sociale, l'Allemagne est l'un des pays ressemblant le plus à la Belgique. Même au-delà, les deux pays sont organisés sur base d'une structure fédérale, et partagent donc le même type de considérations de fédéralisme fiscal.

Le législateur allemand a opté pour une organisation fédérale du système d'assurance dépendance. Le système est caractérisé par une couverture obligatoire de tous les travailleurs employés en Allemagne. Au niveau de l'affiliation et de l'administration, le principe de base est que l'assurance dépendance suit l'assurance santé.<sup>6</sup> C'est ainsi, que les individus assurés sous le système d'assurance santé social sont également assurés sous l'assurance dépendance sociale (92 pour cent de la population), tandis que ceux assurés par une société privée au niveau des risques santé le sont aussi pour le risque de dépendance. Dans la section ci-dessous, nous analyserons uniquement la partie sociale de l'assurance dépendance allemande.

Le système d'assurance est financé à l'aide d'une contribution prélevée sur tous les revenus soumis à contribution sociale, c'est à dire sur les travailleurs, mais aussi les pensionnés. Les contributions individuelles sont liées au revenu. Le taux de contribution lors de l'introduction du système était de 1,3 pour cent des revenus plafonnés, mais est déjà passé à 1,7 pour cent en 1996, et se montre actuellement insuffisant à couvrir le flux de dépenses du système.<sup>7</sup> Le plafond (ajusté annuellement) est le même que celui applicable dans le domaine de l'assurance santé et est actuellement de l'ordre de 3300 EUR de revenus mensuels. A l'encontre des taux de contribution d'assurance santé, qui sont fixés au niveau des différents fonds d'assurance santé, le taux de contribution de l'assurance dépendance est, tout comme le taux de contribution au système de pension, fixé par voie législative et uniforme pour tous les travailleurs.

Le système allemand propose une couverture aussi bien des soins à domicile que des soins institutionnels. L'indemnisation des soins à domicile inclut deux alternatives. Soit l'individu et sa famille optent pour le remboursement des coûts liés aux prestations de services par des professionnels (avec des plafonds de remboursement en fonction du degré de dépendance), soit ils optent pour une indemnisation des prestations informelles. Dans ce dernier cas, deux types d'intervention du système d'assurance dépendance sont prévus. D'une part, il verse une indemnisation forfaitaire qui est fonction du degré de dépendance de la personne concernée (entre 200 EUR et 650 EUR). D'autre part, si le prestataire informel respecte certaines conditions, le système verse des contributions à l'assurance retraite afin de récompenser l'aidant pour ses efforts. La motivation de ces mesures doit être cherchée dans le désir des décideurs allemands de maintenir une certaine balance

---

<sup>6</sup> En pratique, chaque fonds d'assurance maladie a créé un fonds d'assurance dépendance qu'il gère par la suite.

<sup>7</sup> Les contributions de 1,7 pour cent sont à charge des travailleurs et des employeurs pour des parts égales, à l'exception du *Land Sachsen* où les travailleurs doivent supporter une part plus importante (1,35 pour cent). La cause de cette particularité est le refus de ce *Land* d'abolir un jour férié légal en contrepartie des contributions des employeurs.

(délicate) entre les indemnisations des soins à domicile (aussi bien formels qu'informels) et en institution afin d'éviter un recours trop fréquent aux services institutionnels.

L'introduction de l'assurance dépendance obligatoire en 1995 a eu un impact considérable sur les budgets consacrés à l'assistance sociale. Deux facteurs expliquent cet impact. D'abord, l'Allemagne est caractérisée par une loi qui oblige les centres publics d'aide sociale à supporter les coûts liés à la dépendance en cas de ressources insuffisantes au niveau de la famille de la personne dépendante. Ensuite, la loi introduisant l'assurance dépendance stipule que les allocations versées sous ce régime ne sont pas cumulables avec celles versées sous le régime d'aide sociale, ces dernières se trouvant réduites d'un EUR pour chaque EUR indemnisé par le système d'assurance dépendance. Une autre facette de cette diminution des enveloppes budgétaires de l'assistance sociale consacrées à l'indemnisation de prestations liées à la dépendance est la diminution importante du nombre de personnes recevant de l'aide sociale pour cause de dépendance. Ainsi, le nombre d'allocataires sociaux qui bénéficient de soins à domicile a chuté d'approximativement deux tiers de 1994 à 1998 pour atteindre un chiffre absolu de 60.000 bénéficiaires. Quant aux personnes institutionnalisées dépendantes de l'assistance sociale, leur chiffre a diminué de 44 pour cent environs entre le début de l'indemnisation de ces soins institutionnalisés en 1996 jusqu'en 1998.

## **7.2. Viabilité financière à long terme**

Le système est un pur système de répartition, c'est à dire que les contribuables d'aujourd'hui (une large part de jeunes travailleurs) paient les allocations versées aux personnes dépendantes (essentiellement des personnes âgées). Dans ce sens, le système allemand renforce l'aspect de redistribution intergénérationnelle déjà très prononcé au niveau du système de retraite public (*Gesetzliche Rentenversicherung*). Le système de retraite allemand est l'un des plus généreux en Europe et est organisé sur une base de répartition pure, avec ajustement annuel du taux de contribution en fonction des besoins budgétaires du système. Vu le processus de vieillissement relativement précoce et profond de l'Allemagne, les taux de contribution nécessaires pour équilibrer les budgets du système de retraite à politique inchangée devraient passer d'un chiffre fort impressionnant proche de 20 pour cent des salaires à un chiffre difficilement concevable de 25 pour cent à l'horizon 2040 (voir Börsch-Supan et al. 2001). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les réformes récentes du gouvernement sortant de Gerhard Schröder qui a introduit des incitants fiscaux importants en faveur d'une épargne pension complémentaire privée. (voir notamment les comptes d'épargne pension *Riester*, portant le nom du ministre de l'emploi)

Selon Fetzer et alii (2002), les projections des taux de contribution de l'assurance santé ne sont guère plus encourageantes. En effet, sous l'effet combiné du vieillissement et de l'innovation dans le domaine médical, les taux de contribution nécessaires à un équilibre budgétaire des fonds d'assurance santé doivent, selon les projections, augmenter du taux actuel de 13,6 pour cent à environ 17 pour cent en 2040 dans un scénario optimiste. Le chiffre en 2040 est même d'environ 25 pour cent dans le cas d'un taux de croissance des dépenses de santé de 1 point de pour cent plus élevé que le taux de croissance du PIB.

Les mêmes auteurs indiquent cependant que les déséquilibres budgétaires sont les plus prononcés au niveau du système d'assurance dépendance. En effet, c'est l'assurance dépendance qui – par son immaturité financière – nécessite les accroissements les plus importants en termes relatifs. Ainsi, sous l'hypothèse optimiste d'une absence totale de pression sur les coûts et d'une absence totale d'accroissement de la générosité du système, les auteurs montrent que les taux de contribution nécessaires doivent doubler à l'horizon 2050 à un taux de 3,5 pour cent. Dans le cas d'un taux de croissance des dépenses supérieur de 1 point de pour cent au taux de croissance du PIB, il faudra un taux de contribution de 5,5 pour cent, ce qui représente plus d'un triplement des dépenses. Les diverses projections illustrent l'ampleur des déséquilibres sous-jacents et leurs conséquences intergénérationnelles. En vue de ces résultats, les mêmes auteurs ont récemment plaidé pour une abolition – pourtant douloureuse – de l'assurance dépendance publique basée sur le principe de répartition à cause de sa nature non réformable et de son avenir catastrophique (voir Fetzer et alii, 2003).

## **8. Conclusions**

La discussion sur la désirabilité d'un système d'assurance dépendance doit impérativement intégrer des éléments d'analyse économique. Il est important de reconnaître que le différentiel d'indemnisation des soins à domicile par rapport aux soins en institution a une influence certaine sur la fréquence de recours aux différents types de soins par le biais des contraintes informationnelles.

Le cas allemand nous enseigne que la viabilité du système à long terme doit être une préoccupation dès la phase de lancement d'un système. Ainsi, on évite deux problèmes majeurs: d'une part, dépenser des ressources en hypothéquant les générations futures, par définition sans droit de vote au présent, et d'autre part, la nécessité de réajustements structurels inévitables à moyen terme vu la dégradation programmée de la situation

financière.

Les projections sus-mentionnés plaident clairement contre l'introduction d'un système exclusivement basé sur la répartition où les actifs d'aujourd'hui paient les frais liés à la dépendance de tous les dépendants d'aujourd'hui. L'introduction d'un système d'assurance par lequel les contributions d'une génération servent – du moins en partie – à financer leurs propres dépenses de dépendance va dans ce sens. Ce faisant, on évite en passant une partie de l'aspect désincitatif des contributions étant donné que les travailleurs voient le lien entre leurs contributions et les allocations qui seront versés à leur génération. Il est important de noter que ceci ne signifie nullement qu'on désolidarise et individualise nécessairement l'assurance dépendance sous forme d'un régime purement privé (de second ou troisième pilier). En effet, une capitalisation collective dans le cadre du système public d'assurance sociale (premier pilier) est parfaitement imaginable, même si elle doit impérativement être adaptée au contexte institutionnel belge.

Il ne s'agit pas non plus de rompre la solidarité intergénérationnelle qui sera toujours nécessaire si ce n'est que par la nature peu prévisible des dépenses de dépendance à long terme telles qu'illustrées par les projections allemandes. L'objectif doit plutôt être un renforcement des bases financières du système à plus long terme. Dans ce sens, la politique d'assurance dépendance serait aussi plus cohérente avec les politiques menées dans le domaine des retraites, qui tendent vers une réduction du lien intergénérationnel (stimulants fiscaux à l'appui) afin d'atteindre une situation plus viable à long terme.

Tant les considérations incitatives que les considérations de viabilité nous conduisent à conclure que la taille du système d'assurance dépendance ne dépend pas seulement des besoins tels que mesurés par les spécialistes médicaux et sociaux. Il ressort clairement que l'étendue du système peut seulement être un compromis entre ce qui est économiquement faisable et ce qui est socialement désirable.

## **Bibliographie**

ATKINSON A. and STIGLITZ J. (1980), *Lectures in Public Economics*, Mc Graw Hill, New York

BÖRSCH-SUPAN A., REIL-HELD A. and SCHNABEL R. (2001), *Pension Provision in Germany*, in R. Disney and P. Johnson, (eds.), *Pension Systems And Retirement Incomes Across OECD Countries*, Edward Elgar, London

FETZER S., MOOG S. and RAFFELHÜSCHEN B. (2002), *Zur Nachhaltigkeit der*

- Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung*,  
Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft, 3, 279-302
- FETZER S., MOOG S. and RAFFELHÜSCHEN B. (2003), *Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie*, Discussion Paper, 106/03, Institut für Finanzwissenschaft, Universität Freiburg.
- JOUSTEN A. (2003a), *Départ à la retraite: Une perspective internationale*, Revue Française d'Economie XVIII, 83-99
- JOUSTEN A. (2003b), *L'assurance dépendance: Quels risques à assurer?*, Risques 55, 90-96
- JOUSTEN A., LIPSZYC B., MARCHAND M., and PESTIEAU P. (2003), *Long-term care insurance and optimal taxation for altruistic children*, CORE Discussion Paper 2003/63
- OASDI Trustee Report (1997), *Annual Report of the Board of the Federal Old-age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds*, US Department of Health and Human Services, Social Security Administration, Office of the Chief Actuary, Washington, DC: US Government Printing Office
- ROTHSCHILD M. and STIGLITZ J. (1976), *Equilibrium in competitive insurance markets: An essay in the economics of incomplete information*, Quarterly Journal of Economics, 90, 624-649
- SUMMERS L. (1989), *Some simple economics of mandated benefits*, American Economic Review, 79(2), 177-183
- VOLLMER R. (2000), *Long-term care insurance in Germany*, Background Paper, Federal Ministry of Health, Bonn