

UN PANORAMA DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN FRANCE

François Lusson* Fabio Castaneda*

Actense, 42 avenue de la Grande Armée, 75017 Paris, France

Version 1.2 du 01/02/2019

Ce travail présente un panorama de l'assurance dépendance en France : dans un premier temps, le risque est décrit, ainsi que ses implications sociales dans le contexte du vieillissement de la population. Les dispositifs publics et privés imaginés pour y répondre sont ensuite décrits et discutés selon le niveau de risque (Dépendance Totale et/ou Dépendance Partielle) qu'il s'agit de couvrir. Enfin des pistes pour une gestion rigoureuse et delong terme du risque de perte d'autonomie sont proposées dans un cadre assurantiel, tant collectif au sein de l'entreprise, qu'individuel. Un marché de 30 ans d'expérience environ, à la croisée des chemins, dont il est possible d'affirmer qu'il est assurable... au moins pour certaines parties du risque et dans des conditions désormais mieux connues.

UN PANORAMA DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN FRANCE	1
I. INTRODUCTION	2
II. ENJEUX SOCIÉTAUX	4
II.1. Démographie : l'inexorable vieillissement de la population	4
II.2. La Nature des risques	7
II.3. Des Reste à charge Importants	9
II.3.1. <i>Des besoins viagers par nature</i>	9
II.3.2. <i>Le niveau estimé des besoins</i>	9
II.3.3. <i>Le mécanisme de revalorisation</i>	10
III. DÉFINITIONS (GIR / AVQ / TESTS)	11
III.1. La Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources)	11
III.2. Les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)	13
III.3. Les tests cognitifs	14
IV. RÉPONSE POUVOIRS PUBLICS	15
IV.1. Historique des mesures de l'Etat : de l'ACTP à l'APA	15
IV.2. Zoom sur l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA)	16
V. RÉPONSE MARCHÉ FRANÇAIS	17
V.1. Chiffres du marché de l'assurance dépendance en France	17
V.2. Offre Individuelles	21
V.2.1. <i>Les Garanties Dépendance Totale (Dépendance Totale)</i>	21
V.2.2. <i>Label GAD</i>	21
V.2.3. <i>La Dépendance Partielle</i>	22
V.2.4. <i>Cotisations, Conditions d'adhésions et autres caractéristiques</i>	23
V.2.5. <i>Aide aux aidants</i>	26
V.3. Collectives vs Individuelles	27
V.3.1. <i>Les Collectives Entreprises ou Branches</i>	27
V.3.2. <i>Autres collectifs</i>	28
V.3.3. <i>Le cas particulier de l'OCIRP</i>	28
V.4. Réassurance	29
V.5. Solvabilité 2 avant Solvabilité 2	30
VI. CONCLUSION	32
VI.1. Un marché à la croisée des chemins	32
VI.2. Un canevas de réflexion pour d'éventuelles innovations	32
VI.3. Alors, assurable, oui... mais pas à n'importe quelles conditions.	33
VII. RÉFÉRENCES	34

* François Lusson et Fabio Castaneda sont consultants au sein du cabinet Actense..

I. INTRODUCTION

Le marché français de « l'Assurance Dépendance » dispose d'un recul de près de 30 ans, ce qui est beaucoup (par rapport à d'autres pays qui s'y sont également lancés) et ce qui est peu, à l'aune de la durée de la vie humaine. Ce marché de l'Assurance de Personnes sans doute mal dénommé (l'assurance de la « Perte d'Autonomie » serait sans doute plus judicieux), couvre désormais des millions de personnes mais selon des niveaux de garanties, des natures de prestations, des âges de couverture, des modes de souscription très hétérogènes.

Message positif : le marché a eu tendance à converger s'agissant de la couverture Dépendance Totale, de sorte que certains enseignements, robustes d'un point de vue actuariel, peuvent désormais être avancés. Avec humilité, s'agissant d'un risque par nature très volatile.

Alors de quel événement parle-t-on ?

On parle d'état de dépendance lorsqu'une personne a besoin de faire appel à un tiers pour effectuer un ou plusieurs Actes de la Vie Quotidienne (AVQ). L'origine de cet état peut être physique ou psychique, d'où la nécessité d'appréhender ces deux composantes dans la définition du risque couvert.

L'opérateur, qu'il soit public ou organisme assureur privé, est donc amené à faire face à un continuum de situations. Les différents cas de figure apparaissent donc considérables : en effet, quel rapport entre la personne assurant ses déplacements et n'ayant besoin que d'une aide pour la préparation des repas ou du ménage, et celle qui, confinée au lit ou dont les fonctions mentales sont gravement altérées, nécessite une assistance 24h/24h ?

Ce continuum a été « jalonné » par les pouvoirs publics français, les autorités ayant distingué 6 degrés d'autonomie ou GIR (Groupe Iso-Ressources) à travers la grille AGGIR. Ces GIR permettent en tout premier lieu de distinguer deux catégories : la Dépendance Totale (DT) et la Dépendance Partielle (DP).

Alors de quel risque parle-t-on ?

Il s'agit clairement d'un **risque croissant avec l'âge, et même « fortement croissant »** (comparativement au Risque Décès) et qui touche, en moyenne, les assurés **quelques mois ou au mieux quelques années** avant leur « décès probable ».

Le graphe joint « réparti » les prestations futures probables d'un organisme assureur couvrant année après année et dans une approche a priori d'engagement viager, une cohorte de souscripteurs. Il s'agit d'une présentation qualitative pour le Risque Dépendance Totale. Ce même assureur devant faire face au préfinancement et donc au provisionnement de ce risque doit appeler une cotisation qu'il lui importe d'ajuster au mieux, et dont la valeur actualisée viendra précisément en regard de son anticipation de prestations futures probables.

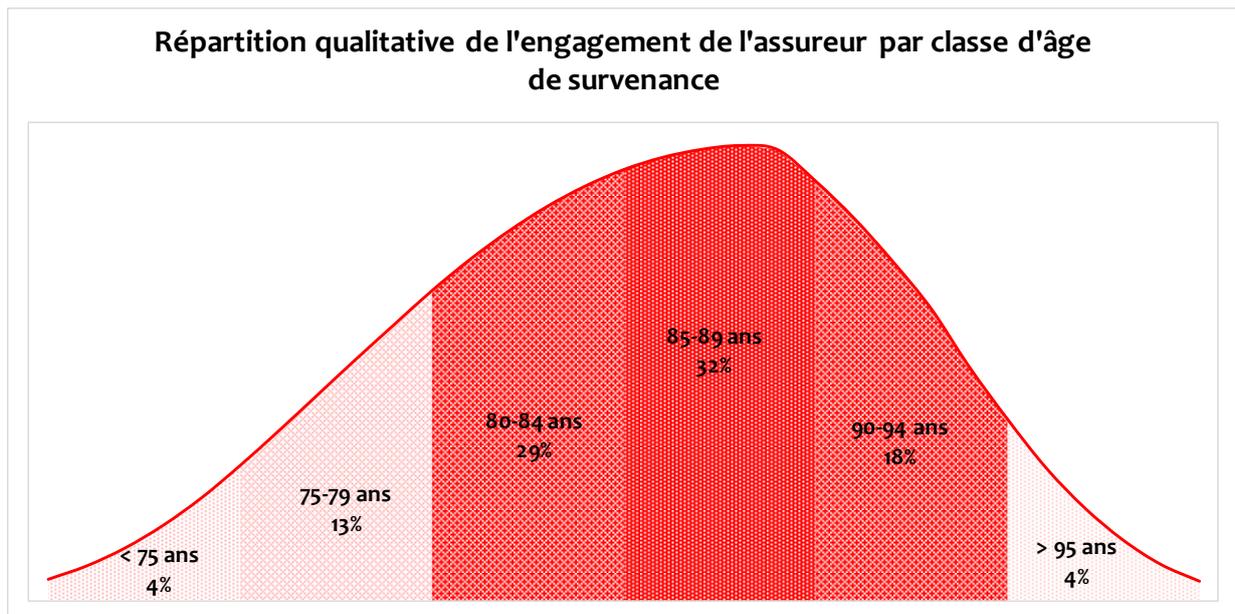


Figure 1 : répartition de l'Engagement de l'Assureur

Il s'agit par nature d'un **risque long voire très long** (sur un horizon, vu de l'âge de souscription, couvrant schématiquement « espérance de vie moins environ 2 ans »).

Il s'agit d'un **risque très volatil** puisqu'il repose sur de nombreux aléas biométriques, mais également de nombreux aléas financiers.

Se sont greffées d'autres garanties autour de ce socle de rentes DT, puisque sont apparues progressivement sur le marché français, au fil des ans,

- des rentes Dépendance Partielle,
- le versement d'un capital de la reconnaissance du risque (Dépendance Totale ou Dépendance Partielle),
- voire des prestations Frais d'Obsèques pour les dépendants,
- ainsi bien entendu, que de l'assistance et ce, pour différents niveaux de risques révélés.

Depuis quelques années ont également été adjointes des garanties « Aide aux Aidants ».

On notera enfin que, fondamentalement, la garantie Perte d'Autonomie concerne les quelques années avant le décès probable et donc des cohortes de retraités : les dispositifs de prévoyance collective couvrent fréquemment les cas d'Invalidité Absolue Définitive (IAD) avec versement anticipé du capital décès, mais les fréquences rencontrées (de l'ordre du « pour mille » voire moins) rapportées à celles concernées par les risques Dépendance Totale et Dépendance Partielle (de l'ordre du pourcent ou de la dizaine de pourcents s'agissant de la DP aux très grands âges) s'avèrent infiniment plus faibles.

II. ENJEUX SOCIÉTAUX

II.1. DÉMOGRAPHIE : L'INEXORABLE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Difficile de se retrouver dans les diverses prévisions de l'ensemble des organismes en charge du suivi et de l'anticipation des évolutions démographiques, mais s'agissant du risque Perte d'Autonomie, les conclusions se rejoignent et apparaissent au final assez limpides.

Les organismes publics se chargent dorénavant de publier, au-delà de leurs évaluations annuelles, des points quasi-trimestriels désormais en raison de certains éléments d'actualité (canicule, épidémie de grippe, ...). Ces suivis, qui sont à appréhender plutôt dans une logique de long terme, rendent compte du fait que les statisticiens, démographes, actuaires ont « couru » pendant des décennies après la vérité en matière d'augmentation de l'espérance de vie de la population. Les assureurs n'ont cessé de corriger leurs tables de mortalité en les rendant désormais sexuées et prospectives d'une part, et en différenciant les approches dites « best-Estimate » et des approches plus prudentes de type « rentes viagères », pour ne citer que celles-là, d'autre part. Le sujet de l'espérance de vie apparaît donc de mieux en mieux cerné par l'ensemble des opérateurs.

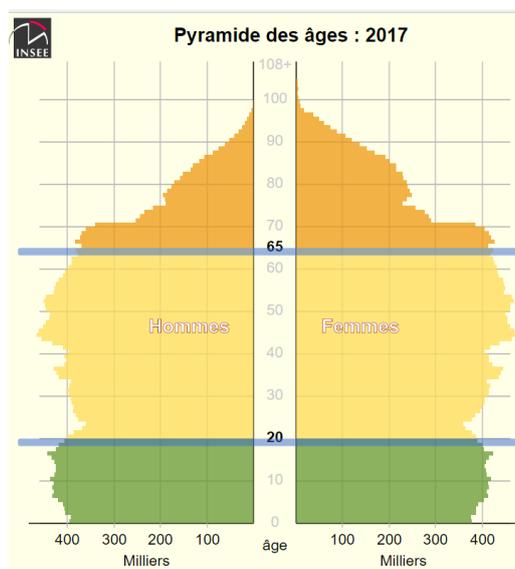


Figure 2 : pyramide des âges de la population française en 2017 (INSEE, 2015)

Groupes d'âges (2017)

âge	millions	%	% f
65+	12,79	19,1	57,1
20-64	37,72	56,3	50,8
<20	16,47	24,6	48,8
Total	66,99	100	51,5

Tableau 1 : répartition de la population française par tranche d'âge en 2017 (INSEE, 2015)

La photo 2017 a fait l'objet de communications, elle a en particulier été accompagnée d'un certain nombre de projections sur le très long terme (2080), de sorte qu'il est possible de voir la déformation par sexe des différentes classes d'âge dans la population : en particulier, il apparaît désormais possible de distinguer les « financeurs » (classe d'âge 20-64 ans) et les bénéficiaires des prestations de protection sociale (en premier lieu, la retraite au-delà de 65 ans).

Les points marquants :

- **L'espérance de vie à la naissance a doublé depuis 1900** (ce qui est vrai dans de nombreux pays voisins (INED, 2005)).
- Il est coutumier d'avancer **un gain annuel d'espérance de vie d'environ 1 trimestre par an** (ce qui « sonne » bien) ; à l'analyse, ce phénomène apparaît sans doute un peu surestimé et au surplus il tend à s'estomper. Quoiqu'il en soit, la progression reste forte et constante.
- L'espérance de vie à la naissance en France en 2014 (INED, 2017) s'établit à :
 - près de **86 ans, pour les femmes,**
 - près de **80 ans, pour les hommes.**

Au-delà de ces éléments ponctuels, le plus important au regard du risque Perte d'Autonomie dans le cadre d'un dispositif au niveau national, consiste à mettre en regard les différentes proportions par classe d'âge et leur évolution au fil du temps (un assureur dans une logique « par capitalisation » s'attachera davantage à maîtriser et anticiper l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation de la durée en Dépendance plutôt que l'évolution des cohortes les unes par rapport aux autres au fil des années).

L'INSEE apporte ainsi des informations intéressantes en la matière puisqu'en 70 ans (1990 à 2060) la part des « 75 ans et plus » passerait de 6 % à environ 17 % de la population nationale, soit un quasi-triplement.

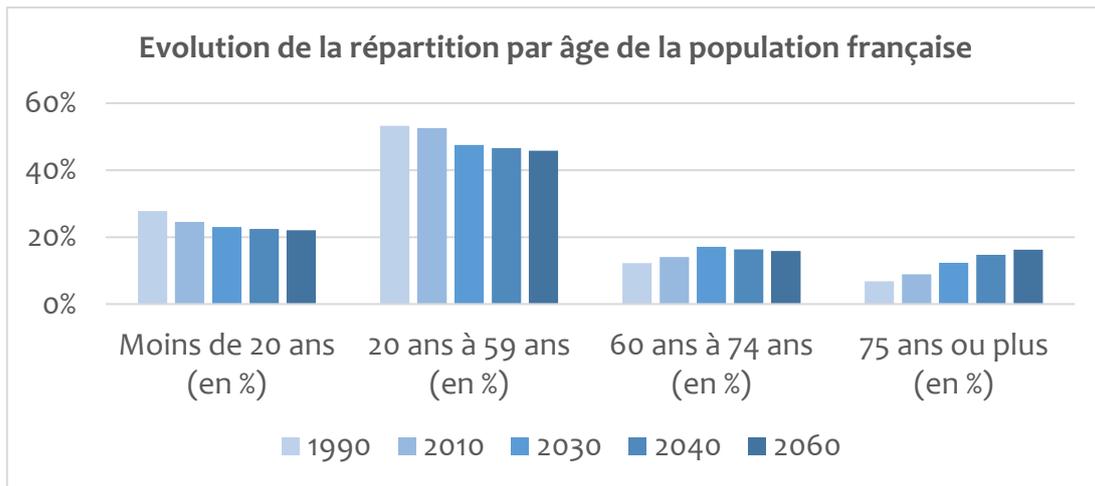


Figure 3 : prévision d'évolution de la répartition par âge de la population française

Ce phénomène découle directement de la déformation de la pyramide des âges telle que présentée par l'INSEE en 2060. Ces pyramides sont présentées par l'INSEE de manière animée à partir de 2015 et sur des projections allant jusqu'en 2080.

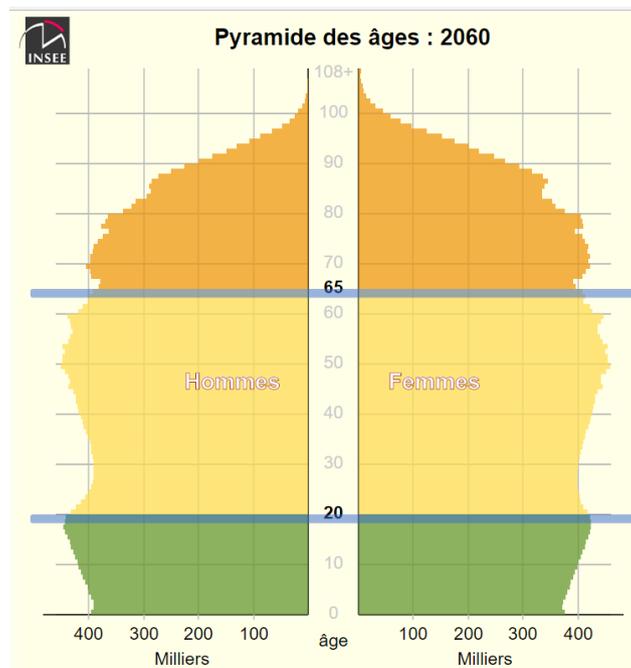


Figure 4 : pyramide des âges de la population française en 2060 (INSEE, 2015)

âge	millions	%	% f
65+	21	27,9	53,7
20-64	37,85	50,3	50,3
<20	16,36	21,7	48,8
Total	75,21	100	50,9

Tableau 2 : répartition de la population française par tranche d'âge en 2017 (INSEE, 2015)

Au global, même si à ce jour aucun zoom n'est apporté au niveau national sur le risque Perte d'Autonomie lui-même en mettant en regard des dépendants totaux ou des

dépendants partiels d'une part, avec différentes classes d'âges de population d'autre part, il est possible sans trop prendre de risques, de conclure de manière limpide : **quelle que soit la source d'études retenue, la population des personnes âgées dépendantes sera multipliée par 2 au moins en une cinquantaine d'années.** Rares sont les marchés qui garantissent un doublement des besoins en effectifs concernés sur un horizon de deux générations !

II.2. LA NATURE DES RISQUES

La nature des risques dépend de l'âge d'entrée en Dépendance. En effet, la typologie des pathologies à l'origine de la perte d'autonomie est fortement corrélée à l'âge des individus. De la même façon, l'espérance de vie en Dépendance (la longévité) dépend de la pathologie, et donc de cet âge d'entrée.

Les tumeurs et cancers sont sur-représentés dans les âges les plus jeunes des portefeuilles observés, à compter de 75 ans jusqu'à 80 ans. L'espérance de vie qui en résulte, est donc inférieure à celle observée année après année pour les affections neurologiques et démences qui se révèlent majoritairement aux « grands âges », au-delà de 80 ans.

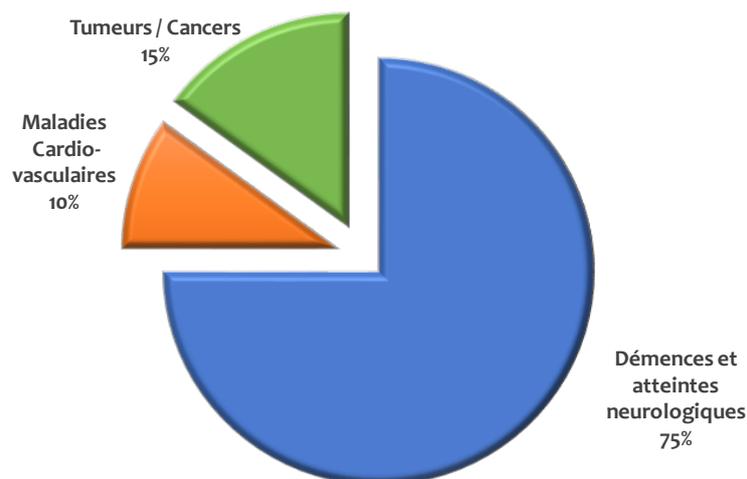


Figure 5 : répétition des entrées en Dépendance Totale par pathologie

L'extrapolation aux grands âges des espérances de vie ou de la surmortalité des premières années en dépendance apparaît donc particulièrement risquée. Il est d'ailleurs possible que cette ventilation schématisée une fois une cohorte complète déroulée dans des portefeuilles d'assurance (donc au-delà de 95 ans) en soit légèrement modifiée.

Pour mémoire, et selon les différentes définitions, les points suivants méritent d'être soulignés :

- le taux d'incidence augmente avec l'âge d'environ 15 à 20 % chaque année jusqu'à 90 ans au moins ;
- le taux d'incidence évolue de manière sensiblement différente entre les hommes et les femmes ;
- les risques aux grands âges évoluent fortement :

- la nature des pathologies évolue avec l'âge,
- les polyopathologies et les affections neuropsychiques deviennent hypermajoritaires,
- mais le risque reste encore insuffisamment connu après 90 ans (comment évolue le taux annuel d'entrée en Dépendance ?), d'ailleurs différents modèles coexistent à ce jour.

Parallèlement l'INED a publié en 2008 une étude sur l'Espérance de Vie Sans Incapacité (EVS) à 65 ans et sans dépendance en distinguant les hommes et les femmes (INED, 2011).

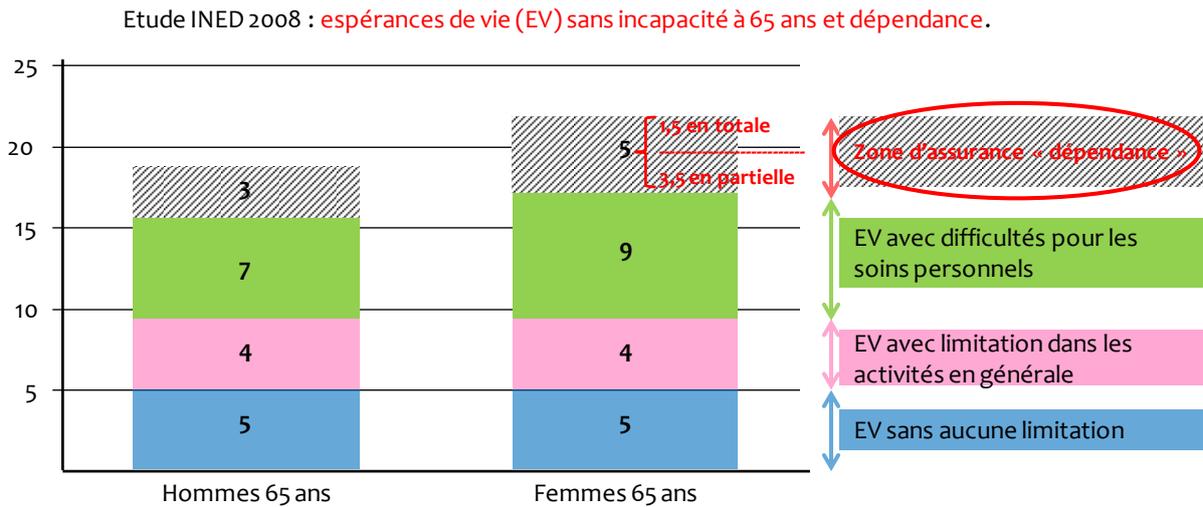


Figure 6 : espérances de vie Sans Incapacité à 65 ans

Il est intéressant de constater que **le surcroît d'espérance de vie des femmes par rapport aux hommes vue à 65 ans, figure exclusivement dans les zones d'espérance de vie avec difficulté pour les soins personnels et dans les zones d'Assurance Dépendance Partielle ou Totale.**

Second enseignement : les 5 années d'espérance de vie en dépendance correspondent à un mix d'environ 1,5 années d'espérance de vie en Dépendance Totale et 3,5 années d'espérance de vie en Dépendance Partielle vues de la souscription pour les femmes, ce total étant de 3 ans pour les hommes avec une ventilation comparable en ordre de grandeur (NB : il s'agit d'Espérances de Vie vues à 65 ans et non d'Espérances de Vie à l'entrée en dépendance).

Dernier élément d'éclairage de ce risque vu des organismes assureurs : il est intéressant de constater que **les portefeuilles individuels sont souscrits entre les 2/3 et les 3/4 par des femmes** montrant ainsi leur plus haut degré de prévoyance... ou de leur intérêt bien compris : en effet, les **contrats diffusés proposent tous des garanties tarifées de manière unisexe, alors même que le prix d'équilibre devrait être sensiblement plus élevé pour les femmes que pour les hommes.**

II.3. DES RESTE À CHARGE IMPORTANTS

II.3.1. DES BESOINS VIAGERS PAR NATURE

L'assuré qui entreprend une démarche de Prévoyance de long terme destinée à l'indemniser en cas de perte d'autonomie s'inscrit par nature, encore est-il utile de le rappeler, dans une démarche viagère. Cette démarche consiste à se projeter dans le temps en cas de survenance d'un évènement défavorable à compter du jour de la souscription jusqu'à la fin du versement des prestations liées à cet évènement. Le niveau de la prestation devra lui sembler satisfaisant, répondre à ses besoins tels qu'il les anticipe, mais également évoluer au fil du temps sous forme d'une revalorisation des prestations.

Cette aspiration apparaît légitime pendant la phase de service de la rente : celle-ci s'élève en moyenne aux environs de 4 ans en Dépendance Totale, combinant une surmortalité pendant les 2 premières années et des espérances de vie au titre des affections neuropsy pouvant aller jusqu'à 8 à 10 ans. Elle trouve également à s'appliquer, et là encore il est utile de le rappeler, pendant la phase de différé.

Il importe donc que le souscripteur investisse dans un dispositif qui, entre son adhésion et la date de survenance probable du risque, voit **ses niveaux de garantie et de cotisation évoluer dans des ordres de grandeurs comparables afin d'assurer une réponse le moment venu, dont la qualité sera satisfaisante (lors de la survenance) et permanente (pendant la phase de service).**

II.3.2. LE NIVEAU ESTIMÉ DES BESOINS

Différentes études existent sur la question, reposant sur un calcul de différentiels : estimation des besoins mensuels globaux,

- desquels il convient de soustraire l'aide prévue au niveau national (APA) ;
- desquels il convient enfin de soustraire la retraite moyenne.

Les besoins mensuels globaux sont conditionnés en pratique selon que :

- l'assuré a la possibilité de rester à domicile (en raison de la nature de son affection et/ou en raison de la proximité d'un aidant) ;
- l'assuré doit intégrer un établissement spécialisé.

Selon les études, **lors du maintien à domicile le reste à charge mensuel est actuellement évalué entre 300 et 500 €** (en pratique ce solde restant à financer étant conditionné bien entendu par le niveau de la retraite moyenne).

En revanche, **en cas de prise en charge dans le cas d'un établissement spécialisé, le reste à charge approche assez rapidement et quasi-systématiquement les 2 000 €** ce qui suppose, eu égard au niveau des garanties actuellement souscrites auprès des organismes assureurs, des revenus complémentaires.

Le marché aujourd'hui montre naturellement un double phénomène d'éviction :

- **Les personnes dont les revenus et/ou dont le patrimoine sont modestes renoncent à la couverture ;**
- A l'opposé, **les personnes en mesure de s'auto-assurer** grâce à leurs revenus et/ou leur patrimoine, **préfèrent ne pas recourir à une solution assurantielle** aléatoire et par nature insuffisante dès lors que le recours à un établissement spécialisé est rendu nécessaire.

II.3.3. LE MÉCANISME DE REVALORISATION

Le calcul du différentiel rappelé ci-avant intègre différents éléments pour lesquels et sans mystère, tous les « clignotants sont au rouge ». En effet :

- Les besoins à domicile correspondent principalement à des engagements de dépenses dont l'évolution de long terme apparaît plutôt tendanciellement supérieure à l'inflation : l'énergie, l'alimentation, les soins médicaux, les services.
- L'APA organisée au sein des Conseils Généraux puise considérablement sur ces finances publiques et il y a fort à parier que la revalorisation dans les années à venir devra rester modeste.
- Les rentes des régimes obligatoires de retraite, eu égard aux prévisions mises à jour de manière récurrente, ont tout lieu d'avoir du mal à suivre tendanciellement l'inflation sur le long terme.

Le différentiel qui en résulte (c'est-à-dire le reste à charge en cas de perte d'autonomie) verra mécaniquement **l'évolution des besoins mensuels s'inscrire sensiblement au-dessus de l'inflation.**

Parallèlement, les assurés ayant eu recours ou qui auront recours à des dispositifs individuels de couverture Dépendance, devront s'attacher à surveiller au mieux les dispositions en matière de revalorisation. Or celles-ci d'un point de vue contractuel sont souvent parcellaires, voire elliptiques, ... voire inexistantes. À ce titre, il est important de rappeler que les contrats Perte d'Autonomie s'inscrivent habituellement, et de plus en plus souvent, dans des logiques ou des cultures proches de l'Assurance Non Vie ; alors que par essence, la promesse viagère d'une couverture Perte d'Autonomie revêt la nature d'une couverture de type Assurance de Personnes avec des mécanismes de comptes de participation aux bénéfices technique d'une part, financier d'autre part qu'il serait logique de retrouver dans la rédaction des engagements contractuels. En pratique, ce souhait se heurte à une réalité économique : tout engagement viager en la matière est en effet de nature à peser sur les fonds propres dans le cadre réglementaire européen Solvabilité 2.

Or, le fait est que **les organismes assureurs depuis le lancement des couvertures d'Assurance Dépendance :**

- **n'ont pas fait état de bénéfices techniques** sur le risque en lui-même (les cotisants vivent plus longtemps, et sont appelés à rentrer plus souvent en Dépendance d'où un renforcement des provisions pour risque croissant),

- ont des **niveaux de chargements sur cotisations rarement suffisants pour couvrir toutes les dépenses de gestion** engagées pour gérer, piloter, expertiser ces garanties,
- ont subi ces dernières années **la baisse des rendements financiers et la baisse des taux techniques qui ont fortement pesé sur l'équilibre financier** de ces garanties.

Au global, **les perspectives de revalorisation de ces couvertures restent modestes ; le marché a régulièrement, et de manière parfois significative, révisé les tarifs à la hausse des contrats commercialisés, et ce, afin de s'inscrire dans une logique viagère de respect des engagements** de long terme des rentes et capitaux Dépendance Totale et Dépendance Partielle.

III. DÉFINITIONS (GIR / AVQ / TESTS)

Concrètement, **les différentes solutions apportées à la mesure du risque s'articulent sur 3 types de définitions ou de tests** privilégiés par les différents opérateurs selon les cas, à savoir :

- la grille AGGIR,
- les AVQ,
- les différents tests mis en place pour intégrer la notion de Perte d'Autonomie en raison d'affections de type neuropsychologiques.

III.1. LA GRILLE AGGIR (AUTONOMIE GÉRONTOLOGIE GROUPES ISO-RESSOURCES)

Cette grille, élaborée en 1997 par des médecins de la Sécurité sociale et de la Société française de gérontologie, est devenue un instrument partagé par l'ensemble des acteurs institutionnels du champ de la Dépendance (départements, caisses de retraite). D'importants efforts de formation ont été réalisés pour améliorer la maîtrise par ces différents acteurs de cet instrument (Service-Public.fr, 2016). Elle a deux fonctions :

- évaluer le degré de Dépendance ou d'Autonomie des personnes dans l'accomplissement des Actes de la Vie Quotidienne,
- établir l'éligibilité à l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) par la traduction au moyen d'un algorithme de certains items de la grille en un indicateur synthétique de « Groupe Iso-Ressources » (GIR).

Le GIR obtenu entre 1 et 4 permet de fixer le niveau versé au titre de l'APA (les personnes étant classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins bénéficier des prestations d'aide-ménagère servies par l'aide sociale départementale), **il est dans un certain nombre de cas (minoritaires) retenu par les organismes assureurs pour déclencher le versement prévu au contrat.**

Cependant, les assureurs au fil des exercices, du fait de leur expérience mais aussi de l'apport des réassureurs ou des consultants, ont imaginé des conditions contractuelles reposant sur les AVQ (voire sur des AVQ couplés avec des conditions de GIR) notamment afin de ne pas être tributaire de décisions issues de l'application de la grille AGGIR et qui leur seraient opposables. D'expérience, les assureurs en Dépendance Totale sont quasi-systématiquement en phase avec les appréciations de type GIR 1 ou GIR 2 ; en revanche lorsque leurs médecins conseils sont chargés d'évaluer les cas de Dépendance Partielle, des écarts plus significatifs sont observables notamment au niveau des GIR 3 (voire a fortiori GIR 4 si cette référence était retenue pour des garanties de dépendance « légère »).

III.2. LES ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE (AVQ)

Les organismes assureurs sur la place ont proposé leur propre définition des AVQ et d'ailleurs leurs propres nombres d'actes. Les contrats lancés dans les années 1990-2000 ont le plus souvent reposé sur 6 AVQ, ou sur 4 par regroupement de deux d'entre eux. Ces AVQ sont utilisés pour mesurer le niveau de dépendance physique d'une personne. La grille des AVQ constitue une alternative à la grille AGGIR, elle peut être utilisée en complément pour déterminer le niveau de dépendance d'une personne.

Au fil des ans, les définitions retenues par les organismes assureurs tendent à être de plus en plus homogènes (pour la Dépendance Totale). Le tableau ci-après reprend un éclairage de quelques définitions montrant l'existence de zones d'interprétation sur certains AVQ.

Acte	Définition de la Dépendance Totale retenue par *:			
	FFSA 2013 Définition Label GAD	Assureur 1	Assureur 2	Assureur 3
Etat de reconnu si :	Dépendance totale : 4 AVQ / 5	Dépendance totale : 4 AVQ / 6	Dépendance totale : GIR 1, 2 + 3 AVQ / 4	Dépendance totale : GIR 4 + 3 AVQ / 6
Toilette	Se laver l'ensemble du corps. Assurer l'hygiène de l'élimination. Satisfaire ainsi à un niveau d'hygiène corporelle quotidienne conforme aux normes usuelles	Capacité à satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles	Capacité de se laver la totalité du haut du corps (face antérieure, latérale et postérieure de la tête et du tronc) et capacité de se laver la totalité du bas du corps (membres inférieurs et parties intimes)	Capacité à satisfaire à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles
Habillage	Mettre les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap. Retirer les vêtements portés habituellement, le cas échéant adaptés à son handicap	Capacité de s'habiller et de se déshabiller	Capacité de mettre correctement et de retirer tous ses vêtements (hormis les chaussures)	Capacité de s'habiller et de se déshabiller
Alimentation	Manager des aliments préalablement servis et coupés. Boire	Capacité de se servir et de manger de la nourriture préparée et mise à disposition	Capacité de couper ses aliments ou de se servir à boire et capacité à porter les aliments à sa bouche et de les avaler	Capacité de se servir et de manger de la nourriture préparée et mise à disposition
Elimination	<i>Inclus dans "toilette"</i>	Capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale y compris en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux	<i>sans objet</i>	Capacité d'assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et anale y compris en utilisant des protections ou des appareils chirurgicaux
Transferts	Passer de chacune des 3 positions debout assis couché à l'autre, dans les deux sens : se lever d'un lit ou d'une chaise, se coucher, s'asseoir	Capacité de passer du lit à une chaise ou à un fauteuil ou inversement	<i>sans objet</i>	Capacité de passer du lit à une chaise ou à un fauteuil ou inversement
Déplacements à l'intérieur	Se déplacer en intérieur sur une surface plane	Capacité à se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger	Capacité une fois debout de se déplacer à l'intérieur du domicile sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés	Capacité à se déplacer sur une surface plane à l'intérieur du logement ou de quitter son lieu de vie en cas de danger

*hors tests neuropsychologiques

Tableau 4 : définitions de la Dépendance Totale : Label Gad et trois Organismes Assureurs

Simplement, si contestation il peut y avoir, il est montré que celles-ci apparaissent très limitées en nombre s'agissant de la Dépendance Totale.

Chaque assureur peut retenir un système de notation qui lui est propre dès lors que ce système est prévu par les conditions contractuelles (par combinaison d'un système de note pour chacun des AVQ selon la capacité à réaliser ou non un acte) ; il conviendra alors pour chacun des AVQ de préciser (par exemple) si :

- la personne est totalement et définitivement incapable de réaliser cet acte de manière spontanée, habituelle, à bon escient, sans l'aide d'un tiers,
- ou si toutes les définitions mentionnées dans la description de l'acte sont rendues impossibles et irréversibles au moment de l'évaluation.

III.3. LES TESTS COGNITIFS

Tout comme la grille AGGIR ne suffit pas pour définir la dépendance psychique, les AVQ ne suffisent pas pour définir de manière satisfaisante la Dépendance Totale et la Dépendance Partielle dès lors qu'il existe une affection d'origine neuropsychique. Il est donc apparu nécessaire de recourir à des tests cognitifs. Ceux-ci sont utilisés pour évaluer la perte d'autonomie psychique.

A l'examen des contrats diffusés, les tests les plus fréquemment utilisés sont (DREES, 2008) :

- le **Mini-Mental State Examination** (FRC, s.d.) dit MMSE ou test de Folstein (le plus utilisé) qui explore l'orientation spatio-temporelle, l'apprentissage, la mémoire, ... Par exemple les questions suivantes pourront être posées : quelle est la date d'aujourd'hui ? A quel étage sommes-nous ? Pouvez-vous nommer l'objet en face de vous ?...
- Le **test de Blessed** qui cherche à évaluer le comportement d'après l'interrogatoire de l'entourage.

Le marché a intégré au fil des ans ces textes pour reconnaître in fine la dépendance par la combinaison d'indicateurs physiques (les AVQ en l'occurrence) et des résultats obtenus par l'un de ces tests cognitifs.

IV. RÉPONSE POUVOIRS PUBLICS

IV.1. HISTORIQUE DES MESURES DE L'ÉTAT : DE L'ACTP À L'APA

Depuis le milieu des années 90, la collectivité publique a mis en place et fait évoluer des réponses d'ordre financier aux besoins liés à la Dépendance ; c'est ainsi que l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) créée en 1975 a été progressivement remplacée ou complétée par d'autres dispositifs comme en témoigne la frise ci-dessous :

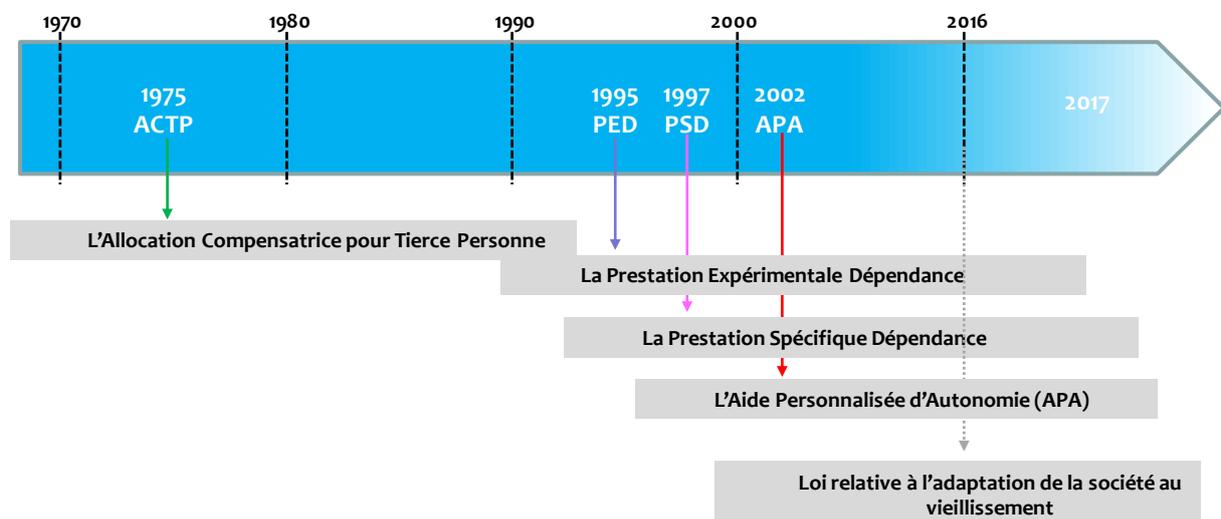


Figure 8 : historique des dispositifs publiques face au risque dépendance

Les mécanismes successifs ont apporté des réponses parcellaires, ils ont été **partiellement décriés** : on retiendra que la PED était versée seulement à ceux qui pouvaient rester à leur domicile et n'a été diffusée que dans le cadre d'une expérimentation à 12 départements. Elle préfigurait la mise en place de la PSD dont le succès a été mitigé en raison en particulier de la condition de récupération sur succession. Qui plus est, les montants de la PSD étaient accordés de manière très inégale au sein du territoire français.

Enfin, l'APA créée en 2002 a permis d'apporter des réponses qui ont été stabilisées pendant plus d'une quinzaine d'années en attendant un projet de loi. Celui-ci n'est jamais arrivé, il avait vocation à redonner un élan au dispositif au niveau national d'une part et créer les conditions de la mise en place d'un dispositif complémentaire au niveau du deuxième Pilier au sein des entreprises et des branches, et enfin surtout dans le cadre du troisième Pilier au titre des démarches individuelles d'assurance.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a apporté des réponses privilégiant des principes de prévention d'une part et des réponses à la mesure des disponibilités des finances publiques d'autre part. En revanche, elle n'a pas répondu en aucun point aux attentes du marché de l'assurance. Le marché s'est donc trouvé atone pendant une dizaine d'années. Or :

- les besoins sont appelés à exploser (en effectifs et en montants),
- plus la mise en place du financement intervient tôt dans la vie de l'assuré, plus le niveau des cotisations peut apparaître modéré et acceptable.

IV.2. ZOOM SUR L'AIDE PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

L'APA est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2002 (LegiFrance, 2001). Elle supprime le recours sur successions et concerne l'ensemble des bénéficiaires GIR 1 à 4. Les conditions de ressources pour l'attribution sont supprimées, mais le montant lui, dépend de ces mêmes ressources. Le montant est déterminé nationalement, mais mis en œuvre dans le cadre d'une gestion départementale (les prestations pèsent donc directement sur les finances du Conseil Général) en fonction :

- du niveau de GIR de la personne bénéficiaire,
- de ses ressources,
- de ses besoins selon la nature des aides qui apparaissent nécessaires (notamment rémunération de l'aide à domicile, paiement de services rendus par des accueillants familiaux agréés, frais de transports éventuels, ...),
- du lieu de résidence (à domicile ou en établissement).

L'APA est financée principalement par les départements et la Caisse Nationale de Sécurité pour l'Autonomie (CNSA) pour un montant global des allocations de 5,5 milliards d'euros en 2015 pour 1,2 millions de bénéficiaires (CNSA, 2016) (dont 60% environ résidant à domicile). Les projections à horizon 2040 du nombre de personnes dépendantes bénéficiaires de l'APA, s'établissent selon les sources entre 1,6 millions (SÉNAT, 2011) et 2 millions (INSEE, 2013).

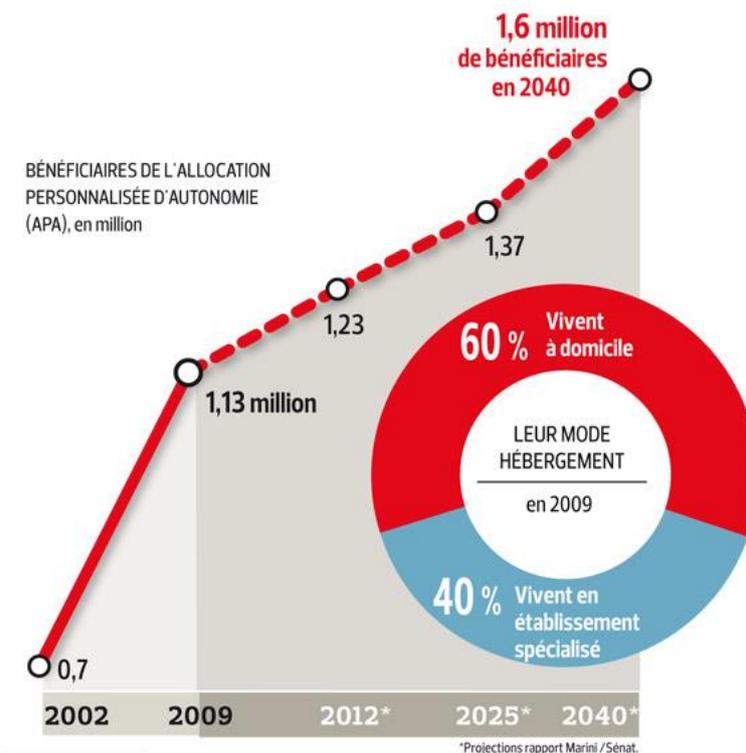


Figure 9 : bénéficiaires de l'APA

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016 (LegiFrance, 2015) intègre une réforme partielle de l'APA en modifiant les plafonds des aides à domicile (la réglementation relative à l'APA en établissement reste inchangée) et en améliorant la prise en compte des besoins et des attentes des bénéficiaires. Par ailleurs, cette loi introduit la reconnaissance du statut de « proche aidant » d'une personne âgée dépendante. Ce dispositif prévoit principalement le « droit au répit », consistant en une majoration du plan d'aide pour le recours à un ou des dispositifs d'accueil temporaire (Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées, 2016).

V. RÉPONSE MARCHÉ FRANÇAIS

V.1. CHIFFRES DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN FRANCE

Etablir un inventaire de l'activité des opérateurs apparaît en soi compliqué puisque toutes les familles d'organismes assureurs ont peu ou prou pris place sur le marché de la couverture de Perte d'Autonomie et que certains se réassurent entre eux. A l'instar des palmarès existant en Santé et en Prévoyance Collective, certains chiffres d'affaires sont comptabilisés deux fois. Quoiqu'il en soit, il est possible d'avancer un certain nombre d'éléments chiffrés en la matière, comme le précise la Fédération Française d'Assurance (FFA), sur le palmarès relatif aux « contrats garantie principale et unique Dépendance ».

En d'autres termes, l'activité collective proposée dans le cadre de branches d'entreprises ainsi que les activités intégrant des garanties Dépendance en inclusion sont difficiles à

intégrer dans un tel total. En général les montants garantis s'avèrent bien inférieurs dans ces derniers cas ; au surplus, ces contrats font état de tarifs factuellement très en retrait par rapport aux contrats répertoriés par la FFA.

Top 10 dépendance

Rang	Société	Cotisations ⁽¹⁾ 2016 en affaires directes(M€)	Variation 2016/2015
1	Crédit agricole Assurances	91,0	3,4 %
2	Groupama	78,7	1,4 %
3	La Banque postale Prévoyance	70,0	2,6 %
4	Mutex	67,8	0,7 %
5	Axa France	65,0	16,1 %
6	Groupe CNP Assurances	57,0	-10,1 %
7	Sgam AG2R La Mondiale	49,0	-5,8 %
8	Groupe des Assurances du Crédit mutuel	33,0	3,1 %
9	Groupe Istya	27,7	-8,2 %
10	La Mutuelle générale	27,2	-0,7 %

1. Cotisations brutes de réassurance, hors acceptations, y compris dépendance.

Tableau 5 : top 10 de l'assurance dépendance

Source : (Argus de l'Assurance, 2017)

Chiffres clés des contrats garantie principale et unique dépendance des sociétés d'assurance en 2015

Personnes couvertes : 1,6 million

Cotisations : 551,1 millions d'euros

Prestations versées : 219,8 millions d'euros

Rente mensuelle moyenne : 582 euros (contrats à adhésion individuelle)

Provisions : 4,8 milliards d'euros

Source : FFA

Figure 10 : chiffres clés de l'Assurance Dépendance en France (FFA, 2017)

On notera les points importants suivants, à savoir :

- la présence de toutes les familles d'assureurs (bancassureurs, assureurs traditionnels, groupes mutualistes, institutions de prévoyance, ...),

- **l'hyperconcentration du marché, puisque les 4 premiers opérateurs et ce depuis des années, concentrent plus de la moitié du marché de l'assurance Dépendance.**

La rente mensuelle moyenne assurée fait l'unanimité à savoir qu'elle se situe entre 550 et 600 € s'agissant des contrats à adhésion individuelle ; en revanche, le nombre de personnes couvertes a toute les chances de recouvrir des situations contrastées et formellement sans doute incomparables intégrant des adhésions individuelles et des adhésions obligatoires (dont les montants de rentes mensuelles moyennes peuvent difficilement être comparés).

L'âge moyen de souscription est proche de 60 ans voire légèrement plus, il correspond en moyenne à l'âge de liquidation des droits à retraite, âge auquel les assurés entendent se préoccuper de leur prévoyance de long terme en intégrant dans leur nouveau budget de jeune retraité, le coût mensuel d'une telle garantie.

La cotisation mensuelle moyenne s'établit, à cet âge moyen de souscription, à environ 30 à 40 € pour de la Dépendance Totale selon la richesse des couvertures intégrées. Pour mémoire, à ce jour, à 60 ans et au taux d'actualisation de 1%, avec un tarif raisonnablement chargé, la cotisation actuarielle pour une rente Dépendance Totale de 600€ apparaît voisine de 30€ (sans capital, sans assistance, sans réduction de quelque nature).

La moyenne FFA s'établit à 28€ par mois, or, les garanties intègrent une quote part de capital premiers frais, de la rente partielle, de l'assistance. Cette statistique de marché recouvre au surplus des rentes individuelles et des rentes tarifées dans un cadre collectif.

Il y a donc fort à parier que de nombreuses personnes couvertes au sens de l'information FFA ont des niveaux de cotisations inférieurs au prix actuariel d'équilibre si les dispositifs étaient de type couverture viagère : soit parce qu'ils ont souscrit plus tôt que 60 ans, soit parce qu'ils ont souscrit avant la forte baisse des taux, ...

Les principales tendances fortes qu'il est possible de souligner à ce jour et qui seront de nature à formater le marché dans les années à venir peuvent être résumées par des évolutions contrastées :

- **des phénomènes convergents : les tarifs en Dépendance Totale au fil des exercices** (ainsi que les définitions des garanties) ont tendance à se rapprocher rendant ainsi le marché de plus en plus sain et comparable ;
- **des phénomènes divergents : la plupart des opérateurs ont lancé ou lancent des garanties Dépendance Partielle, qui fait figure de risque neuf et dont la tarification est à ce jour mal cernée.** Elle est mal cernée d'un point de vue actuariel car le risque de long terme est encore méconnu (survenance et longévité), et mal cernée d'un point de vue statistique, puisqu'à ce jour, les plus gros portefeuilles font état d'une sous-déclaration qu'il apparaît difficile d'extrapoler sur le long terme pour connaître le vrai prix du risque.

Autre élément enfin de divergence à évoquer : la formulation de la garantie. **Il subsiste en effet sur le marché, et sous les mêmes noms ce qui est regrettable et potentiellement dangereux pour l'ensemble des opérateurs, des garanties qui ne couvrent pas du tout les mêmes engagements.** Il existe ainsi :

- des garanties individuelles tarifées et provisionnées en capitalisation correspondant à un risque appréhendé dans une logique viagère (ces contrats sont juridiquement soit diffusés selon une formule de « vrai contrat individuel » soit de « contrat groupe ouvert »);
- des contrats collectifs résiliables annuellement et qui ne couvrent au terme de l'exercice, en cas de résiliation, que les seuls sinistres en cours.

Il est bien clair que cette seconde formule, surtout s'agissant d'un risque fortement croissant, ne peut pas répondre aux attentes de long terme des assurés qui, de bonne foi, considèreront que tant qu'ils payent leurs cotisations, leur garantie viagère sera conservée. Le « sérum de vérité » en la matière tient à la réponse simple à la question : que se passe-t-il en cas de résiliation par l'organisme assureur ? Les statistiques des organismes professionnels d'assurance devraient distinguer clairement les contrats fonctionnant en capitalisation avec un objectif d'équilibre viager du tarif, et les autres, résiliables annuellement. Tout le marché aurait à y gagner.

Au final, le marché français se concentre fortement sur l'offre individuelle (« troisième pilier »), et apparaît même en pointe au niveau mondial. Il se cherche encore au niveau de l'entreprise et des branches, le chiffre d'affaires restant marginal en la matière, comparé à celui de l'offre individuelle.

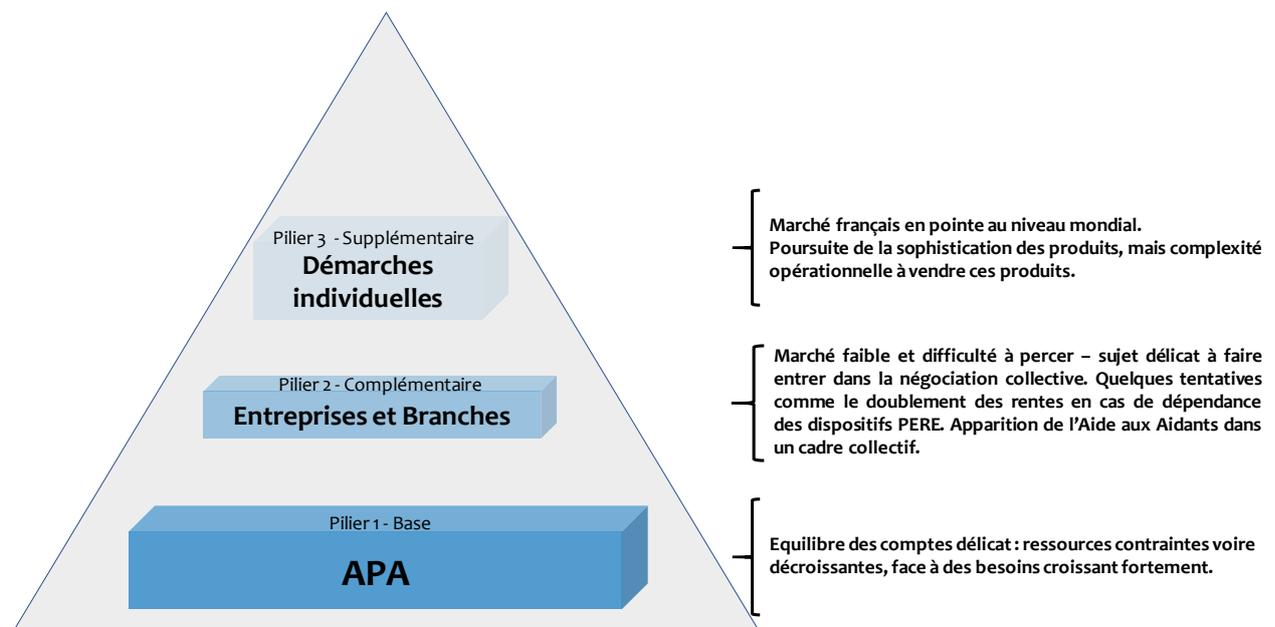


Figure 11 : les trois piliers de l'Assurance Dépendance en France

V.2. OFFRE INDIVIDUELLES

V.2.1. LES GARANTIES DÉPENDANCE TOTALE (DÉPENDANCE TOTALE)

Le marché français s'est organisé depuis l'origine autour de la mise en place de rentes mensuelles viagères en cas de Dépendance Totale et ce, dans une logique forfaitaire : dès lors que les conditions sont vérifiées, la rente est mise en paiement indépendamment de toute logique indemnitaire. Il s'agit habituellement de la garantie de base du contrat, et le montant est choisi à la souscription par tranche, dans un intervalle de 300 à 4 000 €/mois. Le montant mensuel moyen des rentes souscrites est stable sur longue période sur le marché français, légèrement inférieur à 600€.

Les contrats en question ne supportent plus de taxes de type « non vie », et les cotisations intègrent dans **leurs calculs un niveau de chargement proche de 20 % en ordre de grandeur**. Ces niveaux de chargement peuvent apparaître plutôt élevés mais ils doivent être rapportés au niveau mensuel de la prime qui reste faible (puisque la cotisation mensuelle est proche d'une quarantaine d'euros). Il s'agit de prendre en charge durant toute la vie du contrat, et donc dans une logique en « valeur actuelle probable », tous les aspects de gestion liés aux cotisations et aux prestations, les expertises médicales (qu'elles débouchent ou non sur un sinistre), les coûts commerciaux et juridiques, ainsi que l'ensemble du suivi technique.

Les contrats proposent de plus en plus fréquemment un « capital équipement » toujours selon une logique forfaitaire, généralement en garantie de base. Ce capital est versé une unique fois lors de la reconnaissance de l'état de dépendance, particulièrement **pour financer les travaux d'aménagement du lieu de résidence**. Le marché propose souvent un unique montant forfaitaire (avec en pratique peu d'offres avec des montants modulés). Ce montant est souvent proche de 3 000 €. Il peut être déclenché selon le cas, lors de la survenance de la Dépendance Totale, voire même dès la Dépendance Partielle.

V.2.2. LABEL GAD

Le label GAD (Garantie Assurance Dépendance) ressort d'une démarche de la profession de l'assurance en France datant de mi 2013 et consistant à proposer de labelliser une garantie Dépendance Totale (niveau, montant minimal, condition d'accès et d'information, ...) : il s'agissait « d'offrir aux assurés des garanties plus lisibles, plus protectrices et accessibles au plus grand nombre ».

Différents dispositifs techniques ont été intégrés à ce label :

- la **couverture minimum** pour les rentes mensuelles s'établit à 500 € ;
- la **franchise doit rester inférieure ou égale à 3 mois** à compter du dépôt du dossier d'indemnisation auprès de l'organisme assureur ;

- **les carences maximales** sont encadrées, à savoir absence de carence en cas d'accident, 1 an en cas de maladie et 3 ans en cas d'affections neurodégénératives ou psychiatriques ;
- **l'adhésion doit être ouverte jusqu'à l'âge de 70 ans.**

Enfin, la définition de dépendance totale retenue par le label est l'aboutissement des discussions au sein de la profession, en tenant compte de l'expérience des organismes assureurs acquise au fil des ans. Cette synthèse porte notamment sur l'objectivation de la part du risque neuropsychy dans la reconnaissance de la Dépendance Totale, objectivation qui combine AVQ et tests. Il convient donc pour obtenir la mise en service de la rente, de vérifier l'une des trois conditions suivantes :

- ne pas être en mesure de réaliser 4 AVQ sur 5 ;
- ou 3 AVQ sur 5 et un score MMSE inférieur ou égal à 15 ;
- ou 2 AVQ sur 5 et un score MMSE inférieur ou égal à 10.

Un certain nombre de produits ont suivi ces recommandations afin d'obtenir le label, mais le tout est intervenu dans un marché morose (en l'attente de décisions politiques) d'une part, et dans le cadre de la diffusion croissante des garanties de Dépendance Partielle d'autre part (or ces dernières ne font pas l'objet du label GAD de sorte que le label, quand il pouvait être distribué, ne pouvait l'être par construction que sur une partie du produit).

V.2.3. LA DÉPENDANCE PARTIELLE

La rente mensuelle viagère en cas de Dépendance Partielle a été introduite dans certains contrats, puis désormais de manière majoritaire à partir des années 2000. Il s'agit **en général d'une option à la garantie de base**, les assurés pouvant opter ou non pour cette garantie dès lors qu'ils ont préalablement souscrit la garantie rente en cas de Dépendance Totale. Il s'agit **d'une garantie forfaitaire également, son montant est généralement choisi en fonction du montant de la rente souscrite en Dépendance Totale** (un taux de 50 % est observé le plus souvent).

Il est habituellement prévu contractuellement de **bénéficier d'une garantie exonération de la cotisation pour la Dépendance Totale à compter de l'entrée en Dépendance Partielle** : il serait en effet difficile d'expliquer à l'assuré disposant des deux garanties (Dépendance Totale et Dépendance Partielle) qu'il touche d'une main le bénéfice de la rente mensuelle Dépendance Partielle alors qu'il continue à payer de l'autre la cotisation Dépendance Totale. Cette tarification n'est pas neutre, puisqu'elle correspond à 5 à 10 % du prix total du contrat.

Selon les contrats, en cas de réduction, il est fréquent de voir la rente Dépendance Totale réduite alors même que la rente Dépendance Partielle disparaît complètement dès arrêt du paiement des cotisations.

La maîtrise par le marché français du risque Dépendance Totale apparaît de plus en plus avérée et ce, à des âges de plus en plus élevés. Il aura fallu une trentaine d'années pour

parvenir à cette situation pour que les principaux opérateurs disposent d'une vision convergente des garanties à assurer, et donc d'une vision convergente des tarifs proposés. **A ce jour, un certain nombre de statistiques d'ordre public, ainsi que des suivis réguliers par des organismes assureurs tendent à montrer que le risque de Dépendance Totale est assurable** : prévisibilité de l'espérance de vie des vivants valides, connaissance de lois de plus en plus robustes sur l'entrée en Dépendance (l'incidence), connaissance de plus en plus fine de la longévité même aux âges et aux anciennetés les plus élevés (ce qui reste le principal point à parfaire à ce jour).

Parallèlement la « compression de la morbidité » sur longue période, permet sur le risque de Dépendance Totale, de considérer que les assurés rentrent de plus en plus tard en Dépendance Totale pour rester bénéficiaires des garanties pendant une durée qui tendancielle à tendance à ne pas s'allonger (voire même qui a décru à certaines périodes).

Mais tous ces indicateurs qui sont plutôt rassurants à ce jour sur la Dépendance Totale viennent en regard d'un certain nombres de tendances, s'agissant de la Dépendance Partielle, qui incitent à une certaine circonspection : les assureurs ayant distribué de la Dépendance Partielle constatent une nette sous-déclaration des risques par rapport à ce qui est attendu (les assurés devraient rentrer plus fréquemment en Dépendance Partielle et y rester plus longtemps qu'en Dépendance Totale ce qui reste encore à observer à ce jour) ; **les tarifs apparaissent très dispersés à ce jour sur le marché, d'un organisme assureur à l'autre. Enfin, le risque est par nature porteur de davantage de contentieux que le risque de Dépendance Totale, ce qui le rend difficile et coûteux à accepter et à gérer médicalement et juridiquement.**

Au surplus, la recherche médicale à tendance à porter sur des traitements, s'agissant de maladies neurodégénératives, qui seront de nature à conserver plus longtemps les assurés en phase de Dépendance Partielle et à retarder ainsi leur entrée et diminuer leur durée de bénéfice de la prestation Dépendance Totale.

Au global, les indicateurs apparaissent majoritairement à ce jour favorables d'un point de vue économique à la Dépendance Totale et symétriquement défavorables à la Dépendance Partielle. Or ces deux dispositifs sont contractuellement fusionnés au niveau des comptes de résultats.

V.2.4. COTISATIONS, CONDITIONS D'ADHÉSIONS ET AUTRES CARACTÉRISTIQUES

▪ Modalités de cotisation

La modalité la plus largement répandue dans le spectre des contrats à adhésion individuelle d'Assurance Dépendance est celle d'une prime nivelée, à échéance mensuelle ou trimestrielle, calculée en fonction de l'âge à l'adhésion.

Une ambiguïté portant sur ces garanties doit être soulignée d'emblée puisqu'elles sont le plus souvent présentées commercialement dans un cadre de garantie viagère du tarif.

Mais la réglementation pousse à rendre ces tarifs révisables ; de plus, la norme Solvabilité 2 de calcul des fonds propres pousse également en ce sens, une garantie viagère du tarif s'avérant très coûteuse en fonds propres et donc en chargements. Le tarif apparaît donc révisable, mais le provisionnement et le pilotage s'effectuent dans une logique « Assurance de Personnes » en mettant à tout instant en regard l'engagement de l'assureur et l'engagement de l'assuré de payer ses cotisations¹.

Ces calculs sont habituellement menés dans le cadre de l'inventaire avec une logique de cotisations et de garanties « au niveau atteint », la provision constituée ayant la nature d'une provision pour risque croissant (PRC). Chaque révision à la hausse d'un niveau supérieur pour la cotisation à celui retenu pour la prestation est de nature à diminuer, toutes choses égales par ailleurs, la PRC constituée. Réciproquement toute baisse du taux technique non vie est lui de nature à augmenter instantanément, et parfois de manière significative, le montant de la PRC à constituer (Actense, s.d.).

- **Valeur de réduction**

Le plus souvent désormais, **les contrats individuels prévoient l'introduction d'une valeur de réduction sous réserve d'un nombre d'années minimum de cotisations** (souvent fixé à 8 ans sur le marché français). Les conditions contractuelles prévoient la possibilité de disposer d'une rente réduite à partir de l'arrêt du versement des cotisations selon un barème, lui-même révisable et communiqué à première demande à l'assuré.

Les rentes ainsi réduites s'avèrent au final d'un montant relativement faible comparé aux besoins d'un dépendant ; en outre, le lien avec l'organisme assureur ayant disparu, bon nombre de dépendants et de leurs aidants ne disposent pas nécessairement de l'information pour actionner la garantie en cas de sinistre.

- **Conditions à l'adhésion**

La plupart des organismes d'assurance intègrent une limite d'âge à l'adhésion fixée entre 70 et 75 ans (le risque n'est à ce jour virtuellement plus assurable sur le marché à partir d'une adhésion postérieure à 75 ans).

Par ailleurs, la tendance est à l'allègement des questionnaires médicaux pour l'acceptation des risques, la sélection adverse étant peu mise en avant par les assureurs (et les réassureurs) s'agissant d'un risque dont la survenance intervient en moyenne une vingtaine d'années après la souscription. Cependant, selon le montant des garanties souscrites et les réponses au questionnaire de santé simplifiée, les organismes assureurs se réservent le droit de refuser l'adhésion, ou d'appliquer une majoration du tarif pour risque aggravé.

- **Réduction Couple**

¹ En tout état de cause, la révision tarifaire, selon les contrats, peut être plafonnée dans la vie de l'adhésion.

De nombreux contrats prévoient des « réductions couple » permettant à l'un des deux cotisants de bénéficier d'une diminution de sa cotisation dès lors que l'adhésion s'effectue simultanément sur les deux têtes du couple. Les motivations techniques sont diverses :

- elles peuvent provenir de la diminution du coût commercial consistant à faire souscrire deux contrats au lieu d'un,
- elles peuvent correspondre au fait que le prix du risque pour un homme et une femme est inférieur à celui de deux têtes en moyenne dans un portefeuille (très majoritairement constitué de femmes),
- elles peuvent provenir enfin du fait que souscrivant en couple, en cas de survenance de la Dépendance d'un des conjoints, la probabilité qu'il reste à domicile et donc en bonne santé plus longtemps, est de nature à peser tendanciellement sur le prix du risque.

▪ **Carence**

Les contrats prévoient des modalités de carence qui vont converger au fil du temps et qui ont été logiquement repris dans le label GAD.

En pratique, les dispositions habituelles sont les suivantes :

- perte d'autonomie consécutive à une maladie somatique : 1 an
- perte d'autonomie consécutive à une maladie d'alzheimer (ou toute maladie apparentée), ou une pathologie psychiatrique. : 3 ans
- perte d'autonomie consécutive à un accident : néant

S'agissant de la Dépendance Totale, ces clauses n'apparaissent pas déterminantes sur le tarif. Elles peuvent se révéler plus importantes pour la Dépendance Partielle.

▪ **Franchise**

Le paiement de la rente forfaitaire est souvent **subordonné à une période de franchise**. La franchise peut être absolue (aucun versement de rente en cas de décès pendant la période de franchise) ou relative (versement depuis le premier jour de dépendance uniquement en cas de survie à la période de franchise). L'introduction d'une période de franchise entraîne un certain nombre d'implications non négligeables en termes :

- du coût du risque et de tarification : la mortalité de première année en dépendance étant très importante (taux annuels de décès avoisinant 30% selon la pathologie à l'origine de la dépendance), la mise en place d'une franchise a un impact important sur le tarif global (près de 10% du tarif pour une franchise absolue de 3 mois),
- de gestion des sinistres et de la mise en paiement : l'instauration d'une franchise complexifie le processus d'acceptation (gestion informatique et gestion des dates : réception du dossier, acceptation par l'organisme assureur et mise en paiement de la rente). Par ailleurs, les délais moyens de traitement (avoisinant les trois mois en moyenne) s'en trouvent sensiblement allongés : réception des

dossiers complets, traitement par les services de gestion et expertises médicales...

- d'image de l'organisme assureur et de risque de contentieux : un assuré dépendant, qui décède pendant la phase de franchise n'aura droit à aucune indemnité et ce même s'il a cotisé pendant une vingtaine d'années.

V.2.5. AIDE AUX AIDANTS

Il s'agit de garanties nouvelles ressortant de garanties de type « Prestations de Services ». **Le plus souvent, ces garanties sont introduites de manière optionnelle** et permettent aux proches de la personne assurée, d'accéder à des informations sociales et juridiques (accès à des sites d'informations ou à des plateformes selon les cas). Ces garanties qui ressortent habituellement de l'assistance ont été complétées au fil du temps et peuvent également recouvrir trois types de prestations novatrices :

- aides dans les démarches administratives (ex : aide des proches pour la recherche d'établissements ou pour des solutions à domicile),
- écoutes psychologiques et prise en charge d'une tierce personne en cas d'imprévu pour l'aidant,
- aide à l'entretien du domicile et au dépannage, et garanties de téléassistance ou de conseil.

Enfin, mais cette garantie engendre un coût sensiblement plus significatif, des aides plus ambitieuses sont désormais envisageables pour les aidants ayant un proche en situation de dépendance, afin de leur permettre des moments de répit en les déchargeant de tout ou partie de leurs tâches professionnelles ou domestiques.

Ces garanties d'Aide aux Aidants présentent une double caractéristique :

- elles viennent en écho en les renforçant, aux garanties Assistance existant depuis l'origine des contrats ;
- ces garanties d'Aide aux Aidants auront toute chance de trouver davantage d'écho dans le cas des négociations collectives auprès des entreprises permettant aux salariés de leur apporter des prestations supplémentaires ressortant en quelque sorte de la Prévoyance. Ces garanties peuvent être négociées dans le cas de dispositifs collectifs, par analogie à la Prévoyance, elles seraient résiliables annuellement et permettraient d'apporter des réponses aux salariés qui seraient co-financeurs avec l'employeur, la « tête assurée » restant un proche (généralement le conjoint ou les ascendants directs au 1er degré) et le bénéficiaire étant le salarié. Il convient de rester vigilant sur la formulation des garanties et leur organisation par rapport aux autres dispositifs de Protection Sociale Complémentaire afin qu'elles puissent sans danger rentrer dans les conditions d'exonération sociale et fiscale rendant ce dispositif optimal.

Ce type de garanties peut dans le cadre collectif relancer l'attrait pour des couvertures liées à la Perte d'Autonomie, les directions des ressources humaines voyant plus d'avantages à rendre un service immédiatement mesurable pour les salariés présents à l'effectif plutôt que le co-financement d'une rente Dépendance pouvant intervenir en moyenne une vingtaine d'années après le départ en retraite du salarié.

V.3. COLLECTIVES VS INDIVIDUELLES

V.3.1. LES COLLECTIVES ENTREPRISES OU BRANCHES

Les offres se sont développées selon différents canaux, mais il reste incontestable **que le marché des Collectives Obligatoires se cherche**. Il se cherche, car surtout il **cherche à résoudre les obstacles qui se posent dans le cadre des négociations collectives en entreprise ou en branche et qu'il est par nature difficile de franchir**.

La négociation collective concernant tous les salariés doit en effet permettre d'aboutir à la mise en place d'un dispositif, avec un financement indépendant de l'âge des salariés, soit forfaitaire, soit proportionnel aux salaires, qui permette de préfinancer le coût du sinistre (capital constitutif de la rente à constituer le jour de la reconnaissance de la perte d'autonomie). Mais ce préfinancement ne saurait s'arrêter à la seule période de la vie active, il présume donc en partie du choix du retraité de poursuivre ou non la cotisation pour atteindre des niveaux garanties satisfaisants.

Plus le préfinancement intervient tôt plus le coût restant à financer le jour du départ en retraite est faible, ce qui constitue une invitation à la mise en place de telles couvertures collectives. **Mais subsistent trois obstacles au jour du départ de l'entreprise lorsque les jeunes retraités voient :**

- **leurs revenus baisser,**
- **le financement de l'employeur disparaître,**
- **les avantages sociaux et fiscaux disparaître (« disponibles »).**

Les assureurs ont envisagé différents dispositifs autour de fonds collectifs abondés par les cotisations collectées par l'employeur au travers des feuilles de paies. Demeurent des questions pendant la phase d'activité qui restent à ce jour délicates à traiter et qui n'ont trouvé de solutions de place satisfaisantes :

- Que se passe-t-il lors du départ du salarié de l'entreprise avant la liquidation de la retraite ?
- Comment est prise en compte l'ancienneté au jour du départ (fonction du nombre d'années de cotisations) ?
- Que se passe-t-il si le jeune retraité arrête de cotiser à titre individuel ?

V.3.2. AUTRES COLLECTIFS

Il existe à ce jour sur le marché entre les deux extrêmes précédemment décrits des contrats difficiles à classer. **A une extrémité du spectre du marché sont diffusés l'essentiel des contrats qui sont individuels ou en groupe ouvert à adhésion facultative** ; ils fonctionnent sur la base de la capitalisation avec une tarification, une culture et un pilotage emprunts à l'assurance de personnes en mettant en regard les échéanciers de prestations et de cotisations futures probables. **A l'autre extrémité existent des contrats collectifs** fonctionnant également en capitalisation mais beaucoup plus rares.

Entre ces dispositifs, des contrats ont été mis en place afin d'offrir des garanties Dépendance, souvent avec des montants plus limités que ceux observés dans les contrats individuels, mais intégrant une part de répartition. Ce type de dispositifs a pu par le passé exister ou continuer à être diffusé pour des garanties de type Frais d'Obsèques ou des garanties Rente de Survie par exemple. Pour un risque fortement croissant comme le risque Dépendance, obtenir des prix tout à fait attractifs apparaît d'autant plus possible et tentant.

Ces contrats habituellement portent un engagement certain, à savoir celui de payer jusqu'au terme de la garantie les rentes dont la mise en service a été actée au terme d'un dossier d'indemnisation. **En revanche, rien ne dit que la provision pour risques croissants** qui ressortirait d'une approche actuarielle rigoureuse (mettant en regard les prestations futures probables et les cotisations futures probables au niveau atteint) **soit en phase avec la valeur du fonds constitué.** Dans ce cas le mécanisme contractuel repose sur une part de répartition, c'est-à-dire qu'il compte sur le « moteur démographique » soit en d'autres termes, l'arrivée perpétuelle de nouveaux adhérents toujours plus nombreux (en faisant l'hypothèse que le régime a été commercialisé avec un tarif inférieur à celui issu d'une approche par capitalisation).

Dans ce dispositif, le risque est réel de voir le souscripteur exposé à un risque de résiliation de la part de l'organisme assureur, si ce dernier considère être en danger au niveau de ses équilibres actuariels de long terme. Le risque commercial et le risque d'image sont également réels puisqu'au jour de la résiliation, les assurés ayant cotisé depuis de nombreuses années pourraient se retrouver sans aucun droit, voire même sans la possibilité compte tenu de leur âge, de resouscrire à un autre dispositif de Dépendance. Ces dispositifs restent minoritaires mais méritent un examen très attentif de la tarification et des hypothèses qui sous-tendent l'équilibre de long terme.

V.3.3. LE CAS PARTICULIER DE L'OCIRP

L'OCIRP est une Union d'Institutions de Prévoyance qui a lancé un produit innovant reposant sur une logique d'achat de points de rente Dépendance au titre de chaque cotisation annuelle. L'offre a évolué au fil du temps, en intégrant par exemple des planchers de rentes ou des mécanismes d'acquisition avec mutualisation au sein d'un

groupe selon l'âge moyen. **Mais fondamentalement, elle reste originale dans le paysage des offres de Dépendance en France puisque :**

- **l'offre repose sur des points de rente Dépendance (une rente viagère différée exprimée en points),**
- **l'offre fonctionne selon un mécanisme de capitalisation.**

Par construction, la rente finale au jour de la dépendance n'est pas connue à la souscription, elle dépendra en particulier de la volonté de l'adhérent de poursuivre ou non ses cotisations avant la survenance de la dépendance (par exemple lors de son départ en retraite ou un peu plus tard). Si la rente finale au jour de la dépendance n'est pas connue à la souscription, réciproquement, tant que l'assuré cotise la rente garantie continue à croître.

Ainsi, le dispositif repose, à l'instar des dispositifs de retraite fonctionnant en points, sur une mécanique d'acquisition de droits réguliers ; mais à la différence des régimes de retraite de droit commun, le contrat fonctionne avec un mécanisme de capitalisation inhérent à toutes les opérations d'assurance de personnes comprenant une garantie viagère.

Vu de l'entreprise ou du salarié, le dispositif ressort d'un mécanisme à cotisations définies, mais dans sa relation à l'organisme assureur, l'adhérent bénéficie d'une garantie rente viagère différée ; le mécanisme se rapproche des mécanismes de type Plan d'Épargne Retraite Entreprise (ancien article 83 du Code Général des Impôts) dans lesquels la cotisation est convertie directement lors de son versement, en rente viagère différée avec une garantie de tables et une garantie de taux. La différence essentielle provient du fait que l'âge de retraite est connu et plutôt bien cerné, et au surplus, le bénéficiaire de la prestation quasi-certain ; alors que l'âge de survenance de la dépendance, la probabilité même que le risque se réalise, et enfin la durée de la prestation viagère sont par nature très aléatoires.

Le contrat est diffusé dans un cadre individuel mais surtout dans un cadre collectif en marge des dispositifs de Protection Sociale Complémentaire, Santé et Prévoyance principalement. Le tarif apparaît par construction plus sensible à la baisse des taux que les dispositifs sur prime nivelée et viagère (d'autant que l'âge d'adhésion en collective est sensiblement plus faible qu'en souscription individuelle).

V.4. RÉASSURANCE

Le marché étant très limité et le risque très volatil, **le nombre d'opérateurs en réassurance s'en trouve lui-même très limité.** Diverses réflexions ont pu être envisagées à une époque sur des traités non proportionnels en excédent de sinistres au-delà d'une durée contractuelle de versement de la rente, ou en stop-loss par génération, **mais le marché de la réassurance se concentre à ce jour sur des traités en quote-part.**

Concrètement, ces traités organisent la prise en charge proportionnelle de tous les postes du compte d'exploitation (sauf cas particuliers des chargements et des frais), moyennant le versement d'une commission de réassurance. D'un point de vue économique, ces traités s'assimilent à une dilution de la production en échange d'un partenariat technique, médical et financier auprès d'un opérateur qui a accès à un marché plus large.

Au-delà du partage de sort, la valeur ajoutée présentée par les réassureurs eux-mêmes, tient :

- **au partenariat technique** : tarification et suivi statistique du risque et donc proposition de lois biométriques pour la partie des âges et des anciennetés non observables par la cédante ;
- **au partenariat médical** : le réassureur tenant un rôle d'observatoire du marché mais également, lorsque les volumes le permettent, d'audit des procédures de gestion et d'acceptation lors de l'adhésion et surtout lors de l'entrée en dépendance.

Concrètement, la démarche de réassurance proportionnelle vue de la cédante suppose de la part du réassureur :

- une transparence dans la tarification,
- une transparence des principes d'établissement des comptes annuels et un véritable partenariat qui permette de cerner sur qui incombe le devoir d'alerte, et comment,
- à l'idéal, une clause de sortie rédigée ex-ante permettant de définir les conditions de reprises éventuelles du portefeuille par la cédante.

On notera que la prise en compte de la réassurance dans la démarche Solvabilité 2 a considérablement été revue (DUBOIS & Frédéric, 2015), la réassurance devenant désormais un outil potentiel de pilotage et de gestion du capital qui permet de diminuer au premier ordre le besoin de capital.

De façon globale, la réassurance dans le cadre de Solvabilité 2 induit un double effet :

- **une hausse du besoin en capital pour le risque de contrepartie** (perte potentielle en cas de défaut de la contrepartie, cet agrégat étant fonction de la notation de la (des) contrepartie(s),
- **qui est généralement plus que compensée par une baisse du besoin de capital pour le risque de souscription** (cession du risque et des pertes potentielles en cas de scénario adverse).

V.5. SOLVABILITÉ 2 AVANT SOLVABILITÉ 2

On peut avancer sans risque de se tromper que **Solvabilité 2 n'a pas intégré dans les réflexions lors de sa conception et de sa mise en œuvre, les spécificités de l'assurance Dépendance**. C'est si vrai que l'assurance Dépendance, combinant de très nombreux

risques, se verrait affubler d'un montant de fonds propres (Solvency Capital Requirement ou SCR) d'un niveau tel, que le prix du produit en serait considérablement affecté.

L'assurance Dépendance n'avait pas besoin de cette novation pour être déjà difficile à vendre (les opérateurs d'assurance précisent qu'il faut entre 2 et 3 rendez-vous individuels pour vendre un contrat Dépendance).

Concrètement, la directive actuelle prévoit dans le cas de la « formule standard » d'appliquer à la lettre un certain nombre de chocs pour mesurer le SCR lié au seul risque de souscription ; chocs dont les principales caractéristiques sont les suivantes :

- **Risque de longévité** : abattement de 20% de la mortalité des cotisants et des dépendants,
- **Risque de morbidité** : aggravation de l'incidence de 35% la première année, puis de 25% sur les années suivantes,
- **Risque de frais** : augmentation de 10% des frais.

Au-delà de ces chocs spécifiques sur chacun des risques biométriques, **s'agissant d'un risque de très long terme, la dimension « taux d'actualisation » apparaît également déterminante lors de la construction du produit** ; elle l'est également année après année lors des évolutions de la courbe des taux retenue pour calculer les fonds propres nécessaires.

Au global et tous calculs faits, on montre que le SCR est une fonction de l'engagement de l'assureur dont le résultat apparaît bien supérieur aux résultats obtenus dans une logique Solvabilité 1 ; au surplus, s'il fallait intégrer dans toutes les primes un chargement de nature à rémunérer les fonds propres, il y a fort à parier que les tarifs devraient en être quasiment doublés. De quoi tuer le malade à coup sûr plutôt que de soigner la maladie !

Heureusement, les « **managements actions** » ont été intégrées dans la norme Solvabilité 2. Elles **permettent principalement d'identifier ex-ante l'ensemble des leviers sur lesquels l'organisme assureur peut et doit « jouer » pour équilibrer sur le long terme les garanties Dépendance**. Ces « managements actions » **portent a priori sur la revalorisation** accordée (au travers d'un compte de résultats plus ou moins précisé par les conditions générales) **et sur les révisions tarifaires** décidées annuellement par l'assureur et ce, dans la limite des dispositions contractuelles si celles-ci existent.

Cette démarche suppose concrètement un travail d'interrogation des dirigeants de l'organisme assureur et de réflexions en amont des constructions tarifaires pour lister et rédiger les mesures à prendre en cas de difficultés rencontrées année après année, dans le suivi statistique et le pilotage des garanties Dépendance.

Au global, Solvabilité 2 complexifie le dispositif ; mais de manière pragmatique, la norme n'est pas de nature à décourager la diffusion de ces garanties ; au contraire, elle pose et rappelle la nécessité de piloter ce type de dispositif comme un « état dans l'état » c'est-à-dire au travers d'une cellule disposant des réflexes de type ORSA (Own Risk and Solvency

Assessment) permettant de fédérer l'ensemble des contributions opérationnelles au suivi du risque. Rares sont ceux qui n'avaient pas attendu l'ORSA pour en intégrer les principes ; dès lors que les volumes le permettaient, la démarche de qualité consistant à fédérer toutes les connaissances de l'organisme assureur pour piloter le risque dépendance avait pleinement son sens, avant même Solvabilité 2, compte tenu de la nature et des risques inhérents à la garantie dépendance.

VI. CONCLUSION

VI.1. UN MARCHÉ À LA CROISÉE DES CHEMINS

Les services techniques auront tendance à privilégier, année après année, les garanties Dépendance Totale, les directions financières s'attacheront à intégrer l'effet de la baisse forte et durable des taux, les directions marketing privilégieront légitimement l'introduction de garanties dont le recours est fréquent, immédiat, visible (la Dépendance Partielle, l'Assistance, l'Aide aux Aidants, ...), le tout, sous le regard des directions des risques : ces dernières devront consolider l'ensemble du dispositif pour piloter la rentabilité, intégrer dans la réflexion les « managements actions », les perspectives de revalorisation des garanties, ... et la nécessité de la révision des tarifs.

Au surplus, le marché français de l'Assurance Perte d'Autonomie a attendu des pouvoirs publics, des signaux d'encouragement pendant 10 ans et sans succès ; il sait à ce jour qu'il ne peut compter que sur lui-même.

VI.2. UN CANEVAS DE RÉFLEXION POUR D'ÉVENTUELLES INNOVATIONS

Pour structurer la réflexion et les éventuelles innovations, quelques caractéristiques des « briques » que l'on observe habituellement, ou de plus en plus, dans les « mix-produits » :

1. Dépendance Totale (rentes et capital)
2. Dépendance Partielle (rentes et capital)
3. Assistance
4. Aide aux Aidants

Le premier constitue un « vrai risque » au sens assurantiel, avec de faibles probabilités de survenance complétées par un risque de longévité intégrant de très forts taux de mortalité (la « demi-vie », c'est-à-dire l'horizon de constatation de 50 % de décès, étant observé moins de 24 mois après le dépôt du dossier sinistre Dépendance Totale). Ce risque de longévité des dépendants reste encore partiellement maîtrisé, il vient en écho au risque de longévité des cotisants (la table de mortalité des vivants valides), dont année après année, le coût n'en finit pas de s'avérer de plus en plus élevé.

Le deuxième risque survient d'autant plus souvent que la définition contractuelle couvrirait du risque très partiel qui confinerait à l'incapacité ou à un besoin d'aide régulier. L'INED et

la DREES établissent des suivis édifiants (par sexe en particulier) montrant la très forte survenance après 75 ans des besoins d'aide ponctuelle ou chronique.

Le troisième apparaît plus classique mais sort complètement de la logique d'assurance de personnes de long terme, avec couverture viagère, visée par les deux premiers risques ci-dessus.

Enfin le quatrième donne lieu à un ensemble de réflexions pratiques du marché dont tout porte à croire qu'il est appelé à se développer.

Mais quels points communs entre ces différentes garanties en termes de pilotage et de prise de risque ? Quel pilotage et quelle culture du risque commun entre eux :

- le financement viager d'un risque prévoyance de long terme d'une faible fréquence (rente Dépendance Totale),
- le préfinancement d'un risque très probable (rente ou capital Dépendance Partielle),
- le suivi comptable et la gestion de trésorerie, sur base annuelle, de besoins d'assistance,
- le suivi d'un risque court/moyen terme, sur une base annuelle, de la couverture des aidants ?

Le premier risque s'avère viager par nature, le deuxième apparaît à ce jour très nettement sous déclaré dans les portefeuilles d'assurance, le troisième et le quatrième enfin sont juridiquement résiliables chaque année ; ce que ne sont pas, ou ne devraient pas être, les deux premiers dans une perspective viagère.

VI.3. ALORS, ASSURABLE, OUI... MAIS PAS À N'IMPORTE QUELLES CONDITIONS.

Fort d'une vingtaine d'années d'expérience sur le pilotage de telles garanties, deux convictions comme deux messages d'espoir pour conclure :

- il est possible d'affirmer à ce jour que **le risque Dépendance Totale est pilotable** ; avec humilité et endurance, le risque peut désormais être appréhendé sur des bases robustes statistiquement (pour peu que la chaîne de traitement du risque soit elle-même pérenne et donc l'acceptation surveillée au plus près des termes du contrat, ce qui reste souvent à démontrer),
- la Dépendance exige par nature **une maîtrise d'ouvrage exigeante de tous les corps de métier au sein de l'organisme assureur** et une attention redoublée ; les exigences de l'ORSA sous Solvabilité 2 trouvent ici un terrain naturel d'application, encore faut-il à l'échelle des portefeuilles des organismes assureurs, disposer de portefeuilles Dépendance significatifs en effectifs, en cotisations et en provisions. À peine le risque Dépendance Totale est-il mieux cerné que sont distribuées sur le marché de nombreuses garanties dont la connaissance n'est pas encore robuste et dont une partie (les garanties Dépendance Partielle) viennent naturellement se combiner aux comptes de résultats des garanties DT. De quoi rester encore de

nombreuses années, endurants, humbles, déterminés et vigilants. De quoi garder, en Assurance de Personnes, un œil aiguisé. Un regard actuariel.

VII. RÉFÉRENCES

- Actense. (s.d.). Récupéré sur <http://actenseactualites.typepad.com/actu/tme/>
- Argus de l'Assurance. (2017). *Top 10 Dépendance* (N°7508 26 mai 2017).
- CNSA. (2016). *2016 : Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*. Récupéré sur http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffrescles2016-web.pdf
- DREES. (2008). *Les contrats d'assurance dépendance sur le marché français en 2006*. Récupéré sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud84.pdf>
- DUBOIS, D., & Frédéric, P. (2015). *Quel impact de Solvabilité 2 sur les dispositifs de réassurance ?*
- Fédération pour la Recherche sur le Cerveau. (s.d.). Récupéré sur <https://www.frcneurodon.org/wp-content/uploads/2016/09/Mini-Mental-State.pdf>
- FFA. (2017). *Assurance dépendance : 6,8 millions de personnes couvertes à la fin de l'année 2015*. Récupéré sur <https://www.ffa-assurance.fr/content/assurance-dependance-68-millions-de-personnes-couvertes-la-fin-de-annee-2015>
- FRC. (s.d.). *Fédération pour la Recherche du Cerveau*. Récupéré sur <https://www.frcneurodon.org/wp-content/uploads/2016/09/Mini-Mental-State.pdf>
- INED. (2005). *France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans*. Récupéré sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>
- INED. (2011). *La dépendance: aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ?* Récupéré sur https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19151/483.fr.pdf
- INED. (2017). Récupéré sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
- INED. (2017). Récupéré sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
- INSEE. (2012). *Tableau de l'économie Française*. Récupéré sur <http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2012/T12F036/T12F036.pdf>
- INSEE. (2013). *Insee Analyses : L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040*. Récupéré sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1521329>
- INSEE. (2015). Récupéré sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418102?p1=fr&p2=eu28&annee=2060>

- INSEE. (2015). *Insee, Age Pyramids*. Récupéré sur <https://www.insee.fr/en/statistiques/2418104>
- LegiFrance. (2001). Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000406361>
- LegiFrance. (2015). Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>
- Portail national d'information pour l'autonomie. (2016). Récupéré sur <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi>
- Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées. (2016). Récupéré sur <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/les-nouvelles-mesures-de-la-loi>
- SÉNAT. (2011). *Rapport d'information : prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*. Récupéré sur <https://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf>
- Service-Public.fr. (2016). Récupéré sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>