

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Le rôle de l'assurance privée dans la prise en
charge de la dépendance :
Une mise en perspective internationale

Laurence Assous
Ronan Mahieu

n° 21 – novembre 2001

MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

Résumé	5
Abstract.....	6
Introduction	7
1. La situation actuelle du marché dans les pays industrialisés : l'influence des contextes institutionnels sur le développement des couvertures privées	11
1.1 Les États-Unis : un marché étroit en dépit des nombreuses incitations à la prévoyance individuelle.....	11
1.2 La France : un marché peu réglementé et peu développé dans un contexte institutionnel en transition.....	14
1.3 L'Allemagne : une assurance obligatoire très encadrée souscrite auprès d'assureurs privés par 10 % de la population.....	16
1.4 Quelques autres pays	17
2. Des consommateurs peu intéressés et peu informés.....	19
2.1 Une demande affaiblie par une mauvaise appréhension des risques à un horizon temporel très éloigné.....	20
2.2 Des primes élevées qui réduisent la demande potentielle	21
3. Les difficultés d'une assurance de la dépendance par le secteur privé.....	23
3.1 Des problèmes usuels d'asymétrie d'information, accentués dans le cas de la dépendance.....	23
3.2 Les spécificités de la dépendance : un risque intertemporel et macro-économique dont le niveau moyen est affecté à long terme par de fortes incertitudes	24
3.3 Les réponses apportées par les assureurs : sélection des risques ; couverture partielle et révisable ; contrats collectifs	28
4. Conclusion : importance d'une réglementation du marché	36
Bibliographie	39

Résumé

Afin de pallier l'augmentation probable de la demande de soins de longue durée et les insuffisances de la couverture publique dans les nombreux pays où la dépendance n'est pas reconnue comme un risque normal de l'existence par la Sécurité sociale, l'assurance privée semble être en mesure de jouer un rôle important dans la couverture des personnes n'ayant pas accès aux prestations attribuées sous conditions de ressources.

L'assurance dépendance rencontre cependant un certain nombre de difficultés : d'abord, les difficultés « habituelles » de l'assurance (aléa moral, anti-sélection), qui sont exacerbées par l'importance que peut revêtir l'asymétrie d'information, et par la subjectivité de la notion de dépendance, dont la définition et la mesure reposent sur des critères assez variables. De plus, l'assurance dépendance se heurte à des incertitudes importantes : non seulement les évolutions futures des tables de transition entre bonne santé, dépendance et décès sont particulièrement difficiles à anticiper, mais en outre le coût unitaire des soins et aides de longue durée, très intensifs en travail, est susceptible d'évoluer de manière plus dynamique que l'inflation. Enfin, il n'est guère possible de mutualiser le risque entre cohortes successives car les coûts sont temporellement très corrélés. En réponse à ces incertitudes, les assureurs proposent généralement des polices qui limitent leur exposition au risque en reportant une part importante sur les assurés : la quasi-totalité des contrats prévoit des prestations forfaitaires non indexées qui ne sont versées qu'en cas de dépendance très lourde. Il ne s'agit donc pas d'une assurance complète.

Ces limites fournissent peut-être une explication au faible développement de l'assurance privée, même dans des pays où la Sécurité sociale ne garantit pas une couverture suffisante et où les prestations publiques se limitent à une aide sociale attribuée sous conditions de ressources. Ainsi, aux Etats-Unis, malgré l'intervention des pouvoirs publics, qui ont régulé le marché de manière à améliorer la qualité des produits, le nombre de souscripteurs demeure faible.

Abstract

The insurability of long-term care by private insurance companies : an international survey

Since aging will probably cause a sharp increase in the demand for long-term care in the coming decades, in the numerous countries where Social Security does not recognize dependence on long-term care as a general risk of life, private insurance may provide long-term care for those who do not qualify for means-tested benefits.

However private insurance for long-term care raises several difficulties. First, moral hazard is important. Indeed, the definition of this relatively subjective risk is based on variable criteria and adverse selection effects should no be neglected, since policy holders may have unobservable information on their individual risk level. Second, it is not clear whether the long-term care aggregate risk can be reasonably predicted. In particular, the cost per person may grow much faster than the inflation rate because long-term care is labor intensive. It is not even really possible for insurers to diversify risk across cohorts since unit costs are serially correlated. As a response to these difficulties, long-term care policies never pay the full cost of care. The coverage mostly consists of fixed nominal annuities and is exclusively dedicated to high care levels. This allows insurance companies to prevent moral hazard and to transfer the risk - caused mainly by the uncertainty on future aggregate costs - on policy holders.

These limitations may be a rationale for not purchasing private long-term care insurance even in countries where Social Security does not provide an adequate coverage and where welfare programs only provide means-tested benefits. In the United States, the number of policy holders remains low despite the enforcement of strong regulations that upgrade the quality of private insurance products.

Introduction¹

Le vieillissement de la population a pour conséquence d'accroître la proportion d'individus susceptibles de se trouver en état de dépendance. En effet, bien que la perte d'autonomie puisse survenir à tout moment, la fréquence de la dépendance s'élève fortement avec l'âge, une rupture s'opérant entre 80 et 85 ans. Toutefois, selon les pays, la dépendance peut être conçue comme un risque particulier inhérent à la vieillesse (approche qui prévaut en France et aux États-Unis) ou bien comme un risque social pouvant survenir à tout âge de la vie (Allemagne).

Dans les pays où les pouvoirs publics limitent leur intervention au financement de prestations sociales attribuées sous conditions de ressources, les personnes dépendantes dont les revenus dépassent ces seuils doivent supporter seules la rétribution d'une aide à domicile ou le coût d'un séjour en établissement ou alors faire appel si elles le peuvent à la solidarité familiale – il faut souligner que même lorsque la prise en charge publique de la dépendance n'est pas négligeable, une part importante de l'aide est apportée par l'entourage familial².

En matière de prise en charge de la dépendance, les insuffisances de la couverture publique favorisent donc *a priori* le développement de l'assurance privée dans de nombreux pays. Partant du constat que le développement de l'assurance dépendance privée demeure pourtant très faible au regard des besoins, cet article s'attache à déterminer les raisons qui, tant du côté de l'offre que de la demande, peuvent expliquer ce faible développement.

La première partie propose une revue rapide de la place de l'assurance privée dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées dans divers pays étrangers

On peut isoler deux cas polaires : aux États-Unis, les pouvoirs publics encouragent le développement de l'assurance privée sur ce champ de la protection sociale, en particulier via des incitations de nature fiscale. Pourtant, le nombre de polices effectivement souscrites demeure trop faible pour permettre de faire face aux besoins actuels et futurs, et c'est l'aide sociale, via le programme fédéral *Medicaid*, qui prend en charge une grande partie des besoins des personnes de revenu faible et dépourvues de patrimoine.

La situation de l'Allemagne est diamétralement opposée puisque ce pays a instauré une assurance sociale couvrant 90 % de la population et que les 10 % restants (les plus riches) ont l'obligation de souscrire une police d'assurance étroitement réglementée, tant en ce qui concerne la définition des prestations que le calcul des primes.

En France, malgré l'absence d'incitations fiscales à la souscription de contrats privés, le marché s'est développé depuis quelques années en particulier via des mécanismes de prévoyance collective. Cela étant, la souscription de tels contrats n'est encore le fait que d'une petite minorité de personnes et le montant des prestations garanties reste trop faible pour couvrir les besoins de manière satisfaisante. De fait, comme aux États-Unis, l'aide sociale continue de jouer un rôle primordial dans la prise en charge de la dépendance mais cette

¹ Les auteurs remercient vivement Nathalie Destais, Pascale Breuil, Martine Burdillat et Christel Colin pour leurs remarques.

² Le volume de cette aide informelle est susceptible de diminuer en raison de l'évolution des structures familiales et de l'augmentation prévisible du taux d'activité des femmes.

situation pourrait évoluer avec la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

La deuxième partie explicite certaines des raisons qui peuvent justifier la faiblesse de la demande d'assurance dépendance

Dans la plupart des pays, et en particulier en France, les soins de longue durée sont le seul risque majeur qui ne soit pas pris en charge par des mécanismes universels de Sécurité sociale : il est vraisemblable que ce défaut de couverture soit mal identifié par les agents. Par ailleurs, faute de connaître la prévalence future de la dépendance et le coût exact des soins à un horizon très éloigné, les consommateurs potentiels ne peuvent que difficilement apprécier si les contrats qui leur sont proposés sont avantageux.

Enfin, souscrire une police d'assurance privée ne présente d'intérêt que si l'on anticipe de ne pas être en mesure de bénéficier d'une prise en charge publique en cas de sinistre. L'étendue de la prise en charge publique de la dépendance étant encore très fluctuante et incertaine à long terme (montant des prestations, universalité de la couverture), il peut être rationnel de renoncer à s'assurer.

La troisième partie pose la question de l'assurabilité même du risque de dépendance par un marché privé en raison notamment des incertitudes sur les coûts à long terme

Les phénomènes d'antisélection (plus grande propension des hauts risques à s'assurer) et surtout d'aléa moral (propension des détenteurs de polices à surconsommer des prestations) sont particulièrement importants en matière d'assurance dépendance.

En outre, dans la mesure où la dépendance est un risque intertemporel, il existe une incertitude forte sur son coût global futur, ce qui rend très problématique la constitution de provisions adéquates. Cette situation n'est certes pas spécifique à la dépendance puisque, par exemple, l'assurance vieillesse est confrontée aux incertitudes relatives aux tables de mortalité futures et aux rendements des actifs financiers. Mais dans le cas de la dépendance, il existe en plus une incertitude majeure sur les coûts unitaires de traitement : il est notamment à redouter que ces coûts unitaires n'évoluent de manière beaucoup plus dynamique que l'inflation. Dans un tel cas de figure, aucun système de mutualisation des risques, même entre cohortes successives, ne permet de réduire le risque agrégé que présenterait pour un assureur privé la prise en charge intégrale des frais futurs occasionnés par la dépendance.

Ces difficultés amènent les assureurs, qui bénéficient en France d'une très grande liberté dans la définition de leurs produits, à proposer des polices d'assurance qui limitent leur exposition au risque en reportant une part importante sur les assurés. L'exclusion de certaines catégories à haut risque – sur la base de questionnaires médicaux ou de critères d'âge – est certes un premier moyen pour les assureurs de réduire leur exposition au risque. Mais de manière plus spécifique au risque de dépendance les polices adoptent souvent des critères de définition du risque couverts très restrictifs et subordonnent le versement de prestations à l'écoulement de délais de carence et de franchise. Surtout, en raison des incertitudes majeures qui affectent le coût de la dépendance à long terme, les garanties sont souvent forfaitaires, sous-indexées, et les tarifs révisables ce qui pose naturellement la question de l'existence de clauses de non-déchéance. Face à ces multiples restrictions, la

réponse qu'apportent les contrats collectifs, dont le développement est important, n'est que partielle.

Cet échec du marché privé à proposer des couvertures suffisantes contre le risque de dépendance amène à s'interroger dans la quatrième partie sur le rôle possible des pouvoirs publics via notamment la régulation du marché

Il semble souhaitable que les pouvoirs publics œuvrent en faveur d'une meilleure couverture contre le risque de dépendance. Une première possibilité est de réglementer davantage un marché jusqu'à présent très libre, de manière à obliger les assureurs à proposer des produits davantage en phase avec les attentes des consommateurs. En particulier les pouvoirs publics peuvent intervenir efficacement en imposant une certaine standardisation des produits qui accroîtrait la lisibilité du marché, et en imposant des clauses protégeant les consommateurs (par exemple, des clauses de non déchéance). La réglementation n'est toutefois pas un exercice aisé et ne résout aucunement la question des incertitudes sur les coûts futurs et du calcul des provisions financières adéquates.

1. La situation actuelle du marché dans les pays industrialisés : l'influence des contextes institutionnels sur le développement des couvertures privées

Les initiatives prises par le secteur privé pour financer les soins de longue durée sont de deux types : l'un consiste à assurer contre le risque de dépendance (le versement d'une rente ou d'un capital étant conditionné par un fait générateur qui est la dépendance : nous qualifierons ces contrats d'« assurance en risque pur ») ; l'autre vise à améliorer la capacité des individus à assumer leurs propres besoins grâce à l'épargne. Les produits proposés par les assureurs ou les banquiers sont extrêmement divers. Ainsi, certains contrats offrent des garanties multiples (couplage avec une garantie décès) ; l'épargne dépendance comprend parfois une option de sortie en rente viagère réduite (doublée en cas de dépendance) ou alors en rente viagère différée (anticipée en cas de dépendance).

Il peut également s'agir de mécanismes de prêt permettant d'hypothéquer son patrimoine mobilier sans être obligé de vendre son logement et de déménager (conversion des avoirs mobiliers) : il existe deux sortes de rentes hypothécaires (*home equity release plan*) – celles où le prêt est à échéance déterminée (assez risqué) et celles où il est de durée indéfinie et prend fin lorsque l'emprunteur décède, déménage ou vend son logement (Wiener, 1994).

Toutefois la majorité des contrats vendus sont des assurances en risque pur (en particulier en France) ; c'est donc principalement sur eux que nous nous concentrerons. Ces produits connaissent un essor rapide dans quelques pays, en fonction des contextes institutionnels de prise en charge des soins de longue durée. Ainsi, aucune activité d'assurance dépendance n'est signalée dans les pays scandinaves, où le secteur public tient une place largement prédominante dans le financement des soins longue durée. Autre extrême : les États-Unis, où l'intervention publique en matière de soins de longue durée demeure limitée, même si là encore les produits de marché n'occupent qu'une place modeste.

1.1 Les États-Unis : un marché étroit en dépit des nombreuses incitations à la prévoyance individuelle

Les États-Unis, comme la France ou les pays d'Europe du Sud, ont fait le choix d'une intervention très circonscrite de la solidarité nationale ou locale dans la prise en charge de la dépendance.

La majeure partie des soins de longue durée est ainsi financée aux États-Unis par des programmes publics sous conditions de ressources et par les débours personnels, qui représentent respectivement 40 % et 26 % des dépenses en 1998 (Feder & al., 2000). A la différence du reste de la population, les personnes âgées de plus de 65 ans disposent d'une assurance médicale publique depuis 1965 grâce au programme fédéral « *Medicare* », qui couvre principalement les soins aigus hospitaliers et ambulatoires (hors médicament). Les soins à domicile ou en établissement aux personnes âgées dépendantes sont en revanche très mal couverts par *Medicare* ou par les assurances maladie privées complémentaires « *Medigap* » (contractées par plus des deux-tiers des personnes âgées). Les plus démunis disposent également d'une couverture maladie : le programme « *Medicaid* », qui a des règles d'attributions différentes selon les états fédérés et peut financer la prise en charge de la dépendance. Mais pour être éligible au programme *Medicaid* de soins en établissement, un

individu doit posséder moins de 2 000 USD (13 900 F³) en biens non mobiliers et doit consacrer la totalité de ses revenus au paiement des soins, à l'exception d'une allocation pour besoins personnels (généralement 30 USD ou 210 F par mois). Lorsque la personne dépendante placée en établissement est mariée, son conjoint peut conserver une part plus importante du revenu et du patrimoine ; mais depuis 1993, les États fédérés sont incités, comme en France jusqu'en 2001, à opérer la récupération du coût de l'aide sociale sur les biens immobiliers des bénéficiaires décédés. En moyenne 70 % des personnes en établissement dépendent de l'aide sociale (Wiener & Stevenson, 1997). La moitié d'entre elles ont bénéficié de *Medicaid* dès leur entrée en établissement. L'autre moitié a d'abord épuisé ses propres ressources pour financer le coût des soins, avant de se tourner vers l'assistance. En effet, le coût annuel d'un séjour en maison de retraite excédant 50 000 USD (soit 347 500 F, en 1997), la couverture *Medicaid* pour les soins de longue durée offre un filet de sécurité aussi bien aux classes les plus pauvres qu'aux classes moyennes (Wiener & al., 2000).

Ainsi, bien que les personnes âgées ne représentent que 11 % des bénéficiaires de *Medicaid* en 1995, plus du quart des dépenses totales de ce programme leur sont destinées. Les trois-quarts des dépenses du programme *Medicaid* destinées aux personnes âgées sont consacrées à la prise en charge de la dépendance, dont 85 % aux soins délivrés en établissement ; mais les disparités entre états sont très fortes. Par ailleurs, en 1994, les trois-quarts des 7 millions de dépendants étaient pris en charge à domicile, généralement par des proches, le quart restant en établissement (Wiener & Stevenson, 1997). Si l'organisation et le financement des soins de longue durée restent inchangés, les dépenses publiques encourues à ce titre devraient plus que doubler, en dollars constants entre 2000 et 2020 (U.S. Congressional Budget Office, 1999).

Pour répondre au souci de maîtriser les dépenses publiques, mais aussi aux drames vécus par les personnes épuisant leurs ressources personnelles pour faire face au coût élevé des soins, un grand nombre de responsables politiques se sont intéressés à la solution que pourrait constituer l'assurance dépendance privée. Les premières polices d'assurance dépendance ont été vendues dans les années 70 aux États-Unis, mais elles n'ont commencé à se répandre que vers le milieu des années 80, dans un contexte de restrictions budgétaires. Les administrations Reagan et Bush ont en effet encouragé le développement de l'assurance dépendance privée pour financer les soins de longue durée. Avant 1985, 24 compagnies proposaient des contrats d'assurance dépendance. Depuis 1991, elles sont environ 150. Ce marché est très dynamique – le nombre de contrats vendus connaît une croissance annuelle à deux chiffres depuis plus de 10 ans – et très concentré, puisque douze sociétés sont responsables de la vente des trois-quarts des polices.

L'assurance dépendance privée continue toutefois à jouer un rôle mineur dans la prise en charge de la dépendance, puisqu'elle ne finance que 2,5 % des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées (U.S. Congressional Budget Office, 1999). Ce faible pourcentage reflète non seulement le petit nombre de personnes ayant souscrit une police d'assurance dépendance privée, mais aussi la faible couverture qu'offrent ces contrats. Jusqu'en 2000, environ 6 millions de polices ont été vendues, mais beaucoup moins sont actuellement en vigueur en raison de taux élevés de déchéance⁴. Contrairement à la plupart des polices d'assurance maladie, la grande majorité des contrats d'assurance dépendance sont souscrits à titre individuel (environ 80 %). Selon Wiener, Tilly et Goldenson (2000), seules 3,2 à

³ Les conversions sont effectuées au taux de 1\$ = 6,95 F (cours au 17 février 2001).

⁴ La moitié des contrats seraient résiliés entre cinq et dix ans après leur souscription.

3,8 millions de personnes étaient assurées en 1997. Ainsi, les assurances privées apportent une couverture (limitée) à moins de 10 % de la population âgée.

Pour encourager le développement de l'assurance dépendance, les responsables politiques ont misé sur trois types de stratégies au niveau fédéral et au niveau des états. La première consiste en des mesures fiscales individuelles réduisant le coût net de la police ; la deuxième à inciter les entreprises à proposer à leurs employés des contrats d'assurance dépendance (par des mesures fiscales et en montrant l'exemple via les administrations publiques) ; la dernière, à former des « partenariats public-privé » (encadré 1).

La loi Kassebaum-Kennedy (1996), qui assimile l'assurance dépendance individuelle à une dépense de santé, permet de déduire fiscalement les dépenses de santé excédant 7,5 % du revenu brut. Ainsi par exemple, une personne ayant 30 000 USD de revenu annuel devra avoir versé de sa poche 2 250 USD avant de pouvoir bénéficier de cette déduction. Ces mesures fiscales – relativement modestes – qui sont proposées par l'État fédéral sont parfois complétées ou remplacées par d'autres mesures au niveau de certains états (dix-huit en 1999). Le principal avantage de ces mesures est d'entraîner l'amélioration des produits proposés par les assurances, les primes n'étant déductibles fiscalement que si le produit répond à un certain nombre de critères édictés par la puissance publique. Ses principaux inconvénients, selon la majorité des observateurs, sont de ne pouvoir bénéficier qu'aux personnes assujetties à l'impôt sur le revenu, soit à environ la moitié de la population âgée, de n'être pas assez généreuses pour entraîner une augmentation importante du nombre de polices vendues, et de représenter un budget qui pourrait potentiellement être mieux utilisé (Wiener & al., 2000).

Dans l'espoir d'ouvrir la voie aux entreprises, l'administration Clinton a décidé en 1999 de proposer une couverture privée collective à tous ses employés : ceux-ci se voient proposer la possibilité de souscrire un produit *a priori* plus intéressant qu'une police d'assurance dépendance souscrite individuellement, la totalité des cotisations restant cependant à leur charge. Parmi les dix-neuf États américains ayant adopté la même politique envers leurs employés, cinq – la Californie, le Colorado, le Connecticut, Washington et le Wisconsin – ont aujourd'hui environ deux ans d'expérience dans ce domaine : malgré les efforts prodigués par les états, seul un faible pourcentage des employés et des retraités de l'administration – moins de 7 % – ont pour l'instant souscrit ce type de contrat d'assurance dépendance. De même dans le secteur privé environ 6 % des salariés auxquels est proposé un contrat collectif décident de souscrire : au total 800 000 polices de ce genre ont été vendues (Wiener & al., 2000).

Encadré 1 **Les partenariats public– privé aux États-Unis**

Quelques États – le Connecticut, l'Indiana, la Californie et New York – expérimentent actuellement une troisième stratégie pour promouvoir l'assurance dépendance privée, connue sous le nom de « partenariats pour les soins de longue durée ». Cette dernière consiste principalement à assouplir les conditions d'admission au programme *Medicaid* pour les personnes dépendantes ayant contracté une police d'assurance privée « approuvée ». Ainsi, les personnes ayant souscrit des polices approuvées par l'État peuvent bénéficier de *Medicaid* tout en conservant un niveau de patrimoine bien supérieur aux seuils habituels. En fait, *Medicaid* fonctionne comme une sorte de réassurance destinée aux personnes ayant souscrit une police offrant une couverture limitée à un certain nombre d'années une fois dépendantes (généralement de deux à cinq ans). Dans la plupart des États, le niveau de patrimoine protégé est égal au plafond de dépenses défini dans le contrat. Ainsi une personne qui aura souscrit une police qui prend en charge les soins de longue durée jusqu'à ce que la compagnie ait déboursé 100 000 USD peut conserver un patrimoine de 100 000 USD et être éligible à *Medicaid*. A New York, où le prix des séjours en maison de retraite sont particulièrement élevés, l'État protège un montant illimité de patrimoine si l'individu souscrit à une police incluant une prise en charge des soins pendant trois ans au moins, avec un plafond minimum de 100 USD par jour. Ainsi un programme sous conditions de ressource est utilisé pour protéger le patrimoine des classes moyennes et hautes. En Grande-Bretagne, des dispositifs analogues ont été envisagés.

Jusqu'à présent, le succès de ces partenariats privé–public se révèle assez modéré. En effet, en septembre 1999, 52 500 polices étaient en vigueur dont près de 25 000 dans l'État de New York (Wiener & al., 2000). Ainsi seul 0,7 % de la population âgée de ces États a souscrit un contrat de ce type. La principale raison de ce faible engouement est certainement que la plupart des personnes âgées n'ont tout simplement pas envie de bénéficier plus facilement de *Medicaid*. S'ils souscrivent une assurance dépendance privée, c'est surtout pour éviter d'avoir à recourir à des soins que certains considèrent de qualité moindre et pour éviter d'être à la charge de leurs proches, pas pour protéger leur patrimoine... D'autre part, les personnes âgées des classes moyennes et supérieures trouveront certainement qu'une allocation de 30 USD par mois ne permet pas de satisfaire leurs besoins personnels. Enfin, pour les assureurs, ces partenariats avec Medicaid ont l'inconvénient d'aller à l'encontre de la stratégie habituelle de vente des courtiers, qui met généralement l'accent sur la mauvaise qualité des soins financés par le programme d'aide sociale, avant de proposer une solution pour éviter d'avoir à y recourir.

1.2 La France : un marché peu réglementé et peu développé dans un contexte institutionnel en transition

La prise en charge de la dépendance est marquée en France par une longue tradition d'intervention d'aide sociale, ainsi que par la grande diversité des acteurs et des sources de financement. Au niveau national, l'assurance maladie prend en charge les frais qui relèvent des soins de santé ; par ailleurs, l'action sociale des caisses de retraite permet de financer une part importante du maintien à domicile par le biais de l'aide ménagère. Au niveau départemental, les Conseils généraux, rendus compétents par la loi de décentralisation en matière d'aide sociale, sont devenus des décideurs essentiels dans le cadre de la loi de 1997 sur la Prestation spécifique dépendance (PSD). Une nouvelle loi créant l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Jusqu'à présent ce sont toutefois les personnes âgées – et leurs familles en partie par le biais de l'obligation alimentaire⁵ – qui assument la part la plus importante de l'effort financier. Du fait de cette situation, mais aussi certainement du dynamisme des assureurs privés, c'est la France qui représente le marché le plus important pour l'assurance dépendance après les États-Unis. Le nombre de contrats vendus en France fin 2000 s'élève à plus d'un million [940 000 fin 1999 selon la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)]. En fait, il est difficile de quantifier précisément le nombre de personnes assurées car les assureurs comptabilisent uniquement les flux : les personnes qui ont cessé de payer leurs cotisations, qu'elles soient décédées, devenues dépendantes ou simplement qu'elles aient décidé de résilier leur contrat, ne sont pas déduites de ces chiffres. Toutefois, le taux de déchéance étant encore assez bas en raison de la souscription plutôt récente de ces produits, le nombre de décès faible, et le nombre de rentes ayant été versées à des personnes reconnues dépendantes s'élevant au total à moins de 5 000 (actuellement environ 2500 rentes seraient versées), le nombre total de contrats « déchus » ne dépasserait pas 20 000. Pour l'instant, le fait de comptabiliser les flux plutôt que les stocks ne modifie donc pas de manière significative les ordres de grandeur.

En France, fin 1999, dix-huit compagnies d'assurance proposaient des contrats d'épargne ou d'assurance dépendance. Le marché est pour l'instant très concentré puisque trois compagnies réalisent plus de 80 % du chiffre d'affaires. Le marché des contrats collectifs⁶ (via l'entreprise) l'est encore plus puisqu'une compagnie (la CNP) réalise 90 % du chiffre d'affaires de ce secteur : en 2000, elle assure, co-assure ou réassure 450 000 personnes ayant souscrit un contrat collectif et 100 000 personnes ayant souscrit un contrat individuel en 2000. L'AG2R a vendu quant à elle 190 000 contrats individuels. L'âge moyen des souscripteurs de contrats individuels a tendance à diminuer : il est passé de 65 ans à 63 ans au cours des trois dernières années.

Pour les trois-quarts des contrats, la dépendance est la garantie principale, pour les autres il s'agit d'une garantie accessoire. La diversité des contrats dans lesquels la dépendance n'est pas la garantie principale est très grande (inclusion dans une assurance santé ou décès), en particulier pour l'épargne dépendance puisqu'il s'agit souvent de contrats « sur-mesure » destinés à des clients disposant d'un patrimoine conséquent. Mais ces produits ne connaissent pas un développement aussi rapide que les contrats d'assurance en risque pur. Ces derniers sont parfois souscrits par des personnes ayant des revenus peu élevés : la moitié du portefeuille de Groupama (150 000 contrats en 2000), qui est le premier assureur à avoir lancé un produit en 1989 suite à la demande de l'Association des aînés ruraux, est constituée d'assurés agricoles dont les revenus sont le plus souvent modestes.

La prestation est généralement versée en complément d'une retraite. Compte tenu du niveau moyen des prestations d'assurance-vieillesse (5 600 F par mois en 1997 pour les retraités de 60 ans et plus⁷) le montant des rentes souscrites, qui s'élève en moyenne à moins de 3 000 F pour l'ensemble des contrats individuels, ne permet généralement pas de faire face

⁵ Le droit civil français maintient une obligation alimentaire large, notamment des enfants envers leurs parents et leurs grands-parents.

⁶ Par contrat collectif, on entend des contrats, à adhésion obligatoire ou facultative, généralement négociés à l'échelle d'une entreprise ou d'une mutuelle, dont la tarification ne reflète pas le profil de risque du souscripteur. Lorsque les contrats sont à adhésion obligatoire, l'employeur prend généralement à sa charge tout ou partie de la cotisation.

⁷ Source : Échantillon interrégime de retraités 1997, DREES.

aux dépenses occasionnées par une perte d'autonomie (le coût moyen d'une prise en charge en institution serait compris entre 10 000 F et 15 000 F).

Les contrats collectifs, qui représentent plus de la moitié des contrats actuellement en cours, présentent des garanties encore plus faibles (le montant de la rente mensuel s'échelonne généralement de 1 000 à 1 500 F), même s'il existe pour les employés la possibilité de souscrire une garantie complémentaire auprès de l'assureur. De plus, ces salariés risquent de perdre leur couverture en cas de changement d'entreprise, bien qu'il existe la possibilité technique de transférer les provisions mathématiques acquises au titre de la garantie dépendance au profit d'un contrat de même nature.

En outre, lorsqu'un salarié prend sa retraite et souhaite une prolongation de la garantie dépendance, il doit dans la majorité des cas payer intégralement sa cotisation : si le tarif de groupe est maintenu, elle ne sera pas trop élevée, mais si le tarif est individualisé en fonction de son ancienneté dans le contrat et de son âge, sa cotisation risque d'augmenter significativement. Il est donc tout à fait possible qu'il refuse d'assumer ce coût et ne soit finalement pas assuré contre le risque de dépendance au moment où le risque devient plus important. Pour ces raisons (niveau de couverture insuffisant et probabilité élevée de sortie du contrat collectif), le chiffre avancé de 1 million de personnes assurées contre le risque de dépendance est sans doute largement surestimé.

Pour l'instant l'assurance dépendance n'est soumise qu'au code général de l'assurance : il n'existe pas de réglementation spécifique à la différence des États-Unis et de l'Allemagne. On peut cependant noter en France une certaine autodiscipline du marché. Ainsi par exemple, pour ne pas choquer « l'esprit mutualiste » français, les assureurs ont décidé de ne pas trop segmenter le marché, en particulier en proposant les mêmes tarifs « standards » aux hommes et aux femmes, et ce, bien que la durée en dépendance des femmes soit beaucoup plus longue que celle des hommes et que les deux tiers des assurés soient du sexe féminin.

1.3 L'Allemagne : une assurance obligatoire très encadrée souscrite auprès d'assureurs privés par 10 % de la population⁸

L'assurance dépendance publique, instaurée en 1995, est une garantie complémentaire obligatoire à l'assurance maladie (*Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung*). Seules les personnes affiliées volontairement à l'assurance maladie peuvent demander à être dispensées d'assujettissement à l'assurance dépendance publique dans la mesure où elles justifient avoir conclu une assurance équivalente auprès d'une compagnie d'assurance privée⁹.

Dans le système allemand, les salariés dont le revenu est inférieur à un plafond (6450 DM par mois, soit 21 600 F à l'ouest de l'Allemagne et 5325 DM, soit 17 840 F à l'est) relèvent obligatoirement de l'assurance publique, tant pour la maladie que pour la dépendance (les prestations couvrant également les ayant droits). Les autres ont le choix entre l'adhésion à une caisse publique (avec une cotisation proportionnelle au revenu dans la limite d'un plafond) et à une assurance privée (dont la prime est déconnectée du revenu). 10 % de la population relève ainsi de l'assurance privée (une fois la décision prise de quitter le champ des caisses publiques, l'assuré ne peut plus revenir en arrière). Par ailleurs, les assureurs sont tenus d'affecter une partie des excédents de gestion au fonds fédéral de compensation entre les

⁸ Les informations chiffrées proviennent principalement du site <http://www.bmgesundheit.de/themen/pflege>.

⁹ Cette obligation d'assurance à une assurance dépendance privée est une innovation importante dans un pays qui admet une assurance maladie facultative pour les personnes rémunérées au-dessus d'un plafond (Kessler, 1997a).

régimes. L'assurance dépendance privée est extrêmement réglementée : elle se doit de fournir des prestations au moins équivalentes à celles des caisses publiques.

La loi sur l'assurance contre la dépendance garantit à tous les adhérents au système d'assurance publique une couverture des soins de longue durée indépendamment de leurs moyens financiers et de leur âge, modulé en fonction du degré de dépendance. Pour le niveau dépendance le plus élevé, la prestation en nature s'élève à 2 800 DM, soit 9 380 F par mois (pour les cas particulièrement graves 3 300 DM, soit 11 055 F par mois).

La prime de l'assurance dépendance privée dépend quant à elle uniquement de l'âge de souscription (en particulier elle ne peut dépendre du sexe, contrairement à l'assurance dépendance complémentaire facultative et à la prime maladie) et est plafonnée au niveau du maximum de cotisation des caisses publiques (soit 108 DM, soit 362 F par mois à l'ouest et 92 DM, soit 308 F à l'est). La prime versée pour le conjoint est plafonnée et les enfants doivent être pris en charge gratuitement par l'assurance. Toutefois, pour les personnes qui souscrivent une assurance dépendance privée après le 1^{er} janvier 1995, ces limitations de prime ne s'appliquent qu'après une durée d'affiliation de cinq ans à l'assurance dépendance privée¹⁰. En 1995, les sociétés privées d'assurance ont dû s'engager à faire immédiatement profiter les personnes déjà dépendantes de la couverture complète de l'assurance dépendance privée et ont dû compenser entre elles la surcharge financière ainsi occasionnée. A partir de 2000, les prestations ne sont plus dues qu'à l'issue d'une période de stage de cinq ans (comme dans les caisses publiques).

Si le dispositif garantit l'universalité de l'accès à l'assurance dépendance, il ne prend pas en charge l'intégralité des frais occasionnés par la dépendance. En particulier, les frais d'hébergement ne relèvent pas de l'assurance dépendance. Les assureurs privés jouent sur cet argument pour inciter les assurés à souscrire des garanties complémentaires dépendance purement facultatives, qui s'adressent cette fois à l'ensemble des assurés (et pas seulement ceux dont le revenu salarial excède le plafond). Ainsi, un marché important de produits complémentaires dépendance comprenant des indemnités journalières, un volet remboursement de frais, ou une combinaison des deux s'est développé : fin 1998, près de 550 000 contrats avaient été vendus (Meierholzner, 2000).

En 2000, environ 2 millions de personnes bénéficient de prestations au titre de l'assurance dépendance, dont près de 100 000 sont versées par des assurances privées : 70 % reçoivent des soins à domicile et 30 % en institution. Au total, 71,4 millions de personnes sont couvertes par l'assurance publique et 8,1 par les compagnies privées. Rapportée à la population d'assurés, la prévalence de la dépendance est sensiblement plus faible dans le privé que dans le public (1,2 % contre 2,6 %).

1.4 Quelques autres pays

Au Japon : un marché privé confronté à la mise en place récente d'une assurance publique

En 1991, les compagnies d'assurance-vie et les compagnies d'assurance-dommages avaient respectivement vendu 370 000 et 1,2 million de polices incluant un élément « soins de longue

¹⁰ En effet, si à 40 ans, la prime mensuelle s'élève à 66 DM (soit 220 F), à partir de 60 ans elle dépasse le niveau maximum de cotisation aux caisses publiques si la personne est assurée auprès de sa caisse privée depuis moins de cinq ans (Andres, 1999).

durée » (Wiener, 1994). A l'époque, le principal obstacle au développement de l'assurance résidait dans une offre de services de soins à domicile ou en établissement - susceptibles d'être achetés – quasi inexistante. Pour y répondre, le gouvernement a mis en place au début des années 90 un plan décennal, connu sur le nom de « Plan Or », axé sur l'amélioration de l'offre de soins institutionnels non intensifs, puis un « Nouveau Plan Or », lancé en 1995.

La loi sur les soins de longue durée entrée en vigueur le 1^{er} avril 2000, marque clairement un nouveau départ en matière de prise en charge de la dépendance. Dans ce nouveau système, sont assurés et payent des cotisations, tous les résidents âgés de 40 ans et plus. Les personnes âgées de plus de 65 ans sont prises en charge si elles nécessitent des soins de longue durée, quelle que soit la cause de leur dépendance. En revanche, les assurés de moins de 65 ans ne sont couverts par ce système que si la cause de leur dépendance est liée à une pathologie d'ordre gériatrique. A chaque niveau de dépendance (six niveaux différents) correspond une limite supérieure de remboursement. Pour le niveau le plus élevé, elle est de 350 000 yens par mois (18 500 F), pour le plus faible de 60 000 yens (3 700 F). Ces montants sont donc assez généreux (Creighton et Campbell, 2000).

10 % des coûts restent toutefois à la charge des usagers – dans la limite d'un plafond dans le cas de dépenses très élevées. Les 90 % restant sont financés à hauteur de 25 % par l'État central, de 12,5 % par les préfetures, de 12,5 % par les municipalités et enfin de 50 % par de nouvelles primes instaurées par la loi. En 2000, ces primes s'élèvent mensuellement à un peu moins de 200 F par personne de plus de 40 ans (3000 yens). Il s'agit d'un système global d'assurance qui devra respecter un certain équilibre entre les prestations et les charges en augmentant au besoin les primes nouvellement instaurées.

En 2000, le nombre de polices d'assurance dépendance vendues au Japon s'élèverait à 2 millions ; mais en raison de la mise en place du nouveau dispositif public, il semblerait que ce marché, qui a connu une croissance très vigoureuse entre 1985 et 1995, ne soit plus susceptible de croître.

Au Royaume-Uni : des produits sophistiqués mais peu vendus

Au Royaume-Uni, une réflexion globale est actuellement menée sur la prise en charge de la dépendance (Long-Term Care). La « *Royal Commission on Long-Term Care* » a fait des propositions en terme de réformes en 1999, auxquelles le gouvernement a répondu en juillet 2000¹¹. En décembre 2000, le Trésor britannique a publié en un rapport contenant un certain nombre d'options en termes de régulation du marché de l'assurance dépendance (HM Treasury)¹².

Bien que ce marché soit pour l'instant de taille extrêmement restreinte (puisque seules 34 000 polices sont en vigueur fin 2000), les produits proposés sont variés et innovants : outre les contrats en risque pur (qui prennent souvent la forme de contrats à prime unique [*single premium policy*: l'assuré verse l'intégralité de sa prime sous forme d'un capital lors de la souscription], ce qui n'est pas le cas en France), dans de nombreux cas l'assurance dépendance est adossée à un produit d'épargne nécessitant un apport de capital important. Par ailleurs, certains contrats assurent contre le risque de longévité en dépendance : ces contrats présentent la particularité de s'adresser aux personnes déjà dépendantes qui disposent d'un

¹¹ Ces rapports sont consultables sur internet :

Le Rapport de la Royal Commission sur le site <http://www.open.gov.uk/royal-commission-elderly/>.

La réponse du gouvernement sur le site <http://www.nhs.uk/nationalplan/lcreport.htm>.

¹²HM Treasury, 2000 (rapport consultable sur le site : <http://www.hm-treasury.gov.uk>).

capital qu'elles versent à un assureur afin de disposer d'une rente viagère (*immediate need plans*).

Les contrats souscrits garantissent généralement une couverture moyenne nettement plus élevée qu'en France¹³. Ces contrats, dont la compréhension exige une connaissance assez pointue des techniques actuarielles, nécessitent un apport initial très important, ce qui explique peut être le faible nombre de produits vendus. Toutefois, la mise en place d'une réglementation dans le cadre d'une réforme générale pourrait constituer un catalyseur au développement de l'assurance privée.

Aux Pays-Bas : un marché inexistant en raison d'une prise en charge publique des frais de soins sous la forme d'un fonds spécial de l'assurance maladie

Alors que les Pays-Bas excluent de la couverture de santé publique obligatoire les personnes dépassant un certain seuil de revenu et bien qu'un tiers de la population soit assurée pour les soins aigus (maladie) auprès de compagnies d'assurance privées, les assureurs ne proposent pas de produits d'assurance dépendance, dans la mesure où un fonds spécial pour les frais exceptionnels de maladie (AWBZ) couvre tous les citoyens. Ces derniers sont pris en charge quel que soit leur niveau de revenu (depuis 1968) par ce fonds, car contrairement à la maladie, le coût des soins de longue durée est considéré comme trop élevé pour être supporté par les individus ou couvert de manière adéquate par une assurance privée.

En Espagne et en Italie : des perspectives de développement jugées prometteuses par les assureurs, face à un risque qui pèse encore lourdement sur les familles

Contrairement à la Grande Bretagne ou à la Belgique, où l'on trouve principalement des produits d'épargne dépendance (ou de conversion des actifs) compliqués, les marchés espagnol ou italien sont plus comparables à celui de la France, puisqu'y sont principalement vendus des produits en assurance pure. Les assureurs européens sont dans l'attente d'une mesure instaurant en Espagne la déductibilité fiscale des primes. Récemment entre 5 000 et 10 000 contrats y ont été vendus. En Italie, le marché est encore plus réduit, mais selon les assureurs, il présente des caractéristiques proches du marché espagnol et possède donc un fort potentiel de développement en l'absence de modification de la couverture publique.

2. Des consommateurs peu intéressés et peu informés

Aujourd'hui, le marché de l'assurance dépendance reste peu développé, y compris dans les pays où l'assurance privée semble a priori pouvoir jouer un rôle important pour pallier les insuffisances de la couverture offerte par le système public, puisqu'aux États-Unis, moins de 2 % de la population totale a souscrit un contrat. On peut avancer trois raisons à cela : les consommateurs manquent d'information, ils sont rebutés par le coût de l'assurance, et sont sceptiques quant à son utilité.

¹³ Il faut noter que le niveau des retraites est en moyenne plus faible au Royaume-Uni qu'en France.

2.1 Une demande affaiblie par une mauvaise appréhension des risques à un horizon temporel très éloigné

La plupart des personnes sous-estiment le risque de devenir dépendant ou alors préfèrent ignorer ce risque. Cette « myopie » existe par exemple aux États-Unis dans le domaine des retraites, où l'essentiel de l'effort de préparation à la retraite est laissé à l'initiative personnelle : au total, environ 30 % des ménages dont le chef de famille s'apprête à prendre sa retraite n'ont quasiment pas, ou pas du tout, préparé financièrement ce changement d'état (Lusardi, 2000). Cette méconnaissance d'un risque à horizon assez lointain a été confirmée par les résultats d'enquêtes américaines (Caussat et Genier, 1995).

Par ailleurs, le consommateur potentiel évalue souvent mal les charges qui découlent de la dépendance et surestime la couverture dont il bénéficie (y compris l'assurance familiale implicite). En particulier dans les pays où les services de soins aigus et les services de soins de longue durée ne font pas l'objet du même degré de couverture publique, il risque d'y avoir une certaine méconnaissance de ce qui est pris en charge et ce qui ne l'est pas.

Ainsi, en France, beaucoup pensent qu'ils sont couverts par les institutions de prévoyance ou par leur mutuelle, et par la Sécurité sociale (la dépendance est en effet la seule perte d'autonomie qui ne soit pas prise en charge par le système public¹⁴) : selon le « centre technique des institutions de prévoyance », 34 % des salariés pensent être couverts contre le risque de dépendance alors que moins de 5 % d'entre eux bénéficient effectivement d'une telle couverture. Aux États-Unis, nombreux sont ceux qui pensent que *Medicare*, le régime public d'assurance maladie pour les personnes âgées, et les contrats privés d'assurance maladie complémentaire, couvrent la totalité des soins de longue durée (Gallup Organization 1989, cité par Wiener, 1994). Or *Medicare* couvre en partie les séjours en établissement pour une période maximum de 100 jours et ce, seulement s'ils visent à rétablir la bonne santé du patient.

Toutefois, il n'est pas forcément rationnel de souscrire une police contre un événement qui ne risque pas de survenir avant longtemps, 20 ou 30 ans pour les contrats souscrits individuellement, 40 ou 50 ans pour les contrats collectifs (âge moyen de souscription plus faible). Sur une période aussi longue, le système public de prise en charge de la dépendance peut changer de manière radicale et ces polices devenir totalement inadaptées.

Un argument supplémentaire pour expliquer la faible demande d'assurance dépendance se fonde sur l'analyse de l'utilité retirée de la consommation en fonction de l'état de santé. On peut appréhender l'état de dépendance comme un choc négatif sur l'utilité espérée retirée de la consommation – avec comme cas limite une utilité marginale nulle (par exemple si la personne est alitée de manière permanente et ne retire aucune utilité de sa consommation de biens et services autres que ceux directement liés à sa prise en charge en institution) (Lechevalier & Ullmo, 2001). Il n'est donc pas optimal de compenser intégralement les frais occasionnés par la dépendance par un revenu supplémentaire tiré d'une police d'assurance : souscrire une police diminue en effet le revenu courant de l'individu en bonne santé, pour lequel l'utilité marginale de la consommation est élevée.

¹⁴ L'assurance invalidité et les rentes permanentes d'accident du travail permettent dans la tradition de l'assurance sociale d'indemniser la perte de revenu. L'allocation aux adultes handicapés (AAH) – sous conditions de ressources – est une prestation subsidiaire versée à des moins de 60 ans par les caisses d'allocations familiales et protège en particulier les personnes n'ayant jamais travaillé.

Par ailleurs, le rôle joué par l'assurance gratuite fournie par l'entourage, réduit la valeur de l'assurance formelle. Des travaux récents le confirment (Mellor, 2001). Selon Pauly (1990), cela fournit une explication complémentaire à la faible demande d'assurance dépendance : les parents préféreront souvent recevoir de l'aide de leurs enfants que d'être pris en charge par une institution. En l'absence d'assurance dépendance, les enfants sont en effet incités à s'occuper de leurs parents, s'ils ne veulent pas voir l'héritage entièrement absorbé par le financement des soins. Souscrire une police d'assurance dépendance présente donc l'inconvénient pour les parents de supprimer cette incitation. Seule la volonté de laisser des ressources au conjoint survivant pourrait inciter dans cette optique un couple marié à souscrire une assurance dépendance (Pauly, 1990).

2.2 Des primes élevées qui réduisent la demande potentielle

Selon un grand nombre d'auteurs américains, la raison principale du faible développement de l'assurance dépendance réside dans le prix élevé des polices offrant de bonnes garanties (encadré 2). Les polices sont chères pour deux raisons : d'une part parce que la prédominance des produits individuels, en particulier aux États-Unis, alourdit fortement les frais administratifs et de marketing ; d'autre part, parce que la majorité sont achetées par des personnes âgées ayant un risque élevé de devenir dépendantes. Ainsi, malgré les améliorations apportées à la situation financière des personnes âgées au cours des trente dernières années, l'assurance dépendance est toujours trop onéreuse pour la plupart d'entre elles, qui ne disposent généralement plus que d'une pension de retraite pour financer les primes d'assurance.

Un grand nombre d'études américaines estiment que seulement 10 à 20 % de la population est susceptible de pouvoir s'assurer. Avec des hypothèses différentes sur le niveau de garantie offert et sur la fraction maximale du revenu qui pourrait être consacrée à l'achat d'une police, ce pourcentage pourrait s'élever à 30 % (Wiener et al., 2000). Les primes demandées dans les contrats d'assurance dépendance sont donc trop élevées pour toucher un large public. Par ailleurs, s'adresser à une clientèle plus jeune permet certes de diviser par trois ou quatre le montant des primes, mais ne résout pas forcément le problème du financement, puisque cette dépense risque alors d'entrer en concurrence avec d'autres dépenses prioritaires. De plus, même pour les personnes qui disposent de ressources suffisantes – et qui d'ailleurs en France souscrivent presque toujours des polices d'assurance maladie complémentaires – la baisse d'utilité due à la dépense immédiate d'une assurance dépendance peut très bien ne pas être compensée par les hypothétiques bénéfiques futurs. Ce comportement est d'autant plus rationnel, que la prudence des assureurs les incite à ne proposer que des polices alliant des conditions d'admission strictes à des prestations limitées.

Encadré 2 Des tarifs très dispersés

En France, pour des contrats en risque pur et pour un même montant de rente, les tarifs vont du simple au triple : ceci est expliqué par la grande sensibilité du niveau des dépenses (occasionné par le versement des indemnités) :

à une définition de la dépendance plus ou moins étroite ;

à l'existence ou non d'un délai de consolidation de la dépendance (de trois à six mois) ;

à l'existence ou non d'une clause de non déchéance ;

à l'existence ou non d'une indexation des prestations.

Cette dispersion des tarifs en fonction de « détails » du contrat qui n'apparaissent pas forcément primordiaux aux yeux du consommateur rend difficile toute comparaison des produits au niveau national, et a fortiori toute comparaison internationale, puisque les produits ont dans chaque pays des particularités propres. Malgré ces réserves, et à titre illustratif, voici quelques exemples de contrats :

En France, une des polices les plus vendues, proposant une rente mensuelle de 6 000 F en cas de dépendance totale et une aide ponctuelle pouvant aller jusqu'à 25 000 F destiné à l'aménagement du domicile, en cas de dépendance partielle, coûte 533 F par mois lorsqu'on souscrit à 70 ans, soit un montant 50 % plus élevé qu'à 60 ans. Cette rente ne garantit pas l'indexation sur les prix. Elle comprend en revanche une clause de non déchéance (à partir de huit années de cotisation). Pour percevoir une rente de 12 000 F, toujours à 70 ans avec ce même contrat, la prime mensuelle s'élève à 980 F ; pour une rente de 3000 F, elle s'élève à 309 F. Si l'on choisit uniquement l'option dépendance totale de cette police, le coût mensuel à 70 ans s'élève alors à 450 F (278 F à 60 ans et à 197 F à 50 ans). Une autre police ne garantissant que la couverture de la dépendance totale, dont la définition de la dépendance repose sur des critères administratifs, sans clause de non déchéance, sans période de franchise (mais avec un versement trimestriel à terme échu), et avec l'option d'une indexation sur le point AGIRC coûte 294 F par mois pour une rente mensuelle de 6000 F si elle est souscrite à 70 ans, 192 F à 60 ans et 117 F à 50 ans.

Les contrats collectifs souscrits par des individus plus jeunes, pour des niveaux de garantie très faibles, sont beaucoup moins chers : le système d'assurance collective obligatoire mis en place pour Usinor repose sur une cotisation d'environ 25 F par mois, partagée entre l'employeur et le salarié pour une rente mensuelle de 1 500 F (mais la garantie n'intervient qu'après 60 ans). En fait le coût de la garantie dépendance dépend des caractéristiques de la population de chaque entreprise. A titre d'exemple, une entreprise comprenant 850 hommes et 150 femmes dont l'âge moyen est 38 ans paierait une cotisation mensuelle de 70 F par salarié pour une rente mensuelle de 4 000 F (simulation effectuée par une compagnie d'assurance).

Aux États-Unis, en 1997, une police proposant une indemnité journalière de 100 USD par jour en établissement et de 50 USD à domicile (soit entre 20 000 et 10 000 F par mois), quatre années de couverture, une période d'observation de 20 jours, une clause de non déchéance et une indexation sur l'inflation plafonnée à 5 % par an (soit un contrat offrant de bonnes garanties) coûtait en moyenne 2 305 USD par an si souscrite à 65 ans, 7 022 USD à 79 ans et 770 USD à 40 ans (soit respectivement 1 335 F, 4 067 F et 446 F par mois) (Coronel, 2000).

En Grande-Bretagne, une police à prime unique versant une rente viagère de 1 000 £ (10 230 F¹⁵) par mois à l'assuré s'il est incapable d'effectuer trois des quatre actes de la vie quotidienne, avec une période d'observation de trois mois avant que ne soit effectué le versement des primes, coûterait 9 306 £ à une femme de 65 ans et 6 430 £ à un homme du même âge (soit respectivement 95 200 et 65 780 F). Une police comprenant une indexation sur le coût de la vie plafonnée à 15 % par an coûterait à ces mêmes individus respectivement 16 408 et 9 228 £ (soit 167 850 et 94 400 F) (Royal Commission, 1999).

En Allemagne, où l'assurance (privée ou publique) est obligatoire (ce qui devrait avoir pour effet de faire diminuer le niveau des primes), la prime mensuelle d'une police privée ne dépend que de l'âge d'adhésion : si l'assuré adhère à 40 ans, elle s'élève à 66 DM (soit 220 F), à 50 ans à 90 DM (soit 300 F), à 60 ans à 133 DM (soit 445 F), à 70 ans à 254 DM (850 F), et à 80 ans à 540 DM (1810 F) (Andres, 1999).

Enfin, si l'assurance était obligatoire et le risque mutualisé sur l'ensemble de la population anglaise âgée de 20 ans et plus, selon les calculs d'une compagnie d'assurance britannique, la prime mensuelle s'élèverait à 43 £ (440 F) pour une rente viagère de 1 000 £ par mois. Ce chiffre est à rapprocher de la prime payée par les Japonais de plus de 40 ans dans le nouveau système d'assurance obligatoire (200 F par mois plus une somme équivalente étant versée par l'État, c'est-à-dire 400 F au total) et de la prime maximale versée par les Allemands de l'ouest adhérant au système public (362 F par mois).

Au vu d'un examen détaillé des chiffres, on a l'impression que les tarifs des contrats proposés en France sont assez faibles : soit que les assureurs ne proposent qu'une couverture très limitée (une couverture est faible si le niveau de rente garanti est faible mais aussi s'il existe des clauses d'exclusion importantes ou si la définition du sinistre est très restrictive), soit que les assureurs français utilisent des tables de transition entre bonne santé, dépendance et décès très différentes de celles de leurs homologues étrangers.

¹⁵ Les conversions sont effectuées au taux de 1£ = 10,23 F (cours au 17 février 2001).

3. Les difficultés d'une assurance de la dépendance par le secteur privé

3.1 Des problèmes usuels d'asymétrie d'information, accentués dans le cas de la dépendance

L'assurance privée se heurte très fréquemment aux phénomènes d'aléa moral – surconsommation induite par l'assurance – et d'anti-sélection – sur-représentation des hauts risques dans la population assurée.

L'aléa moral

Les assurés sont d'autant plus incités à la surconsommation de prestations que celles-ci peuvent avoir une valeur d'usage élevée, comme l'aide ménagère, service qui est également consommé sous une forme proche par des personnes non dépendantes. Dans le même temps, la dépendance est une notion subjective dont la définition et la mesure reposent sur des critères assez variables. La Classification internationale des handicaps, élaborée à l'instigation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a contribué à clarifier les concepts (déficience, incapacité et désavantage social) généralement associés à la notion de dépendance. Le désavantage social ou handicap qualifie les difficultés qu'a un individu atteint d'une déficience ou d'une incapacité à avoir une activité sociale jugée normale. Ainsi le niveau de handicap ou de dépendance dépend fortement de l'environnement (par exemple des aménagements destinés à faciliter l'accessibilité à des personnes à mobilité réduite).

Il n'y a donc généralement pas de « sinistre » clair, et ce sont les personnes dépendantes qui sont en général les mieux à même d'apprécier leurs défaillances et leurs besoins. Enfin, comme le souligne Breuil-Genier (1996), « le flou qui entoure la notion de dépendance rend parfois délicat (en particulier pour les personnes faiblement dépendantes) le partage entre ce qui constitue un risque et doit être assuré, et ce qui peut être considéré comme un choix de vie que la personne dépendante doit assumer ». Ainsi, par exemple, une personne âgée légèrement dépendante, ayant déménagé dans un appartement avec ascenseur, à proximité d'un centre commercial, devrait-elle être moins aidée (pour faire ses courses par exemple) qu'une personne vivant dans une maison isolée ?

Par ailleurs, le fait de prendre une assurance dépendance risque d'inciter les personnes dépendantes à recourir de préférence à l'aide formelle. L'assuré peut en effet faire appel à l'assurance pour des tâches contraignantes, qui, en l'absence de prise en charge formelle, incomberaient à la famille. Toutefois cet argument est à nuancer : le soutien familial résulte autant de la disponibilité des proches que d'arbitrages financiers de leur part et les aides formelles et informelles sont plus complémentaires que substituables, dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Aussi l'éviction de l'aide informelle par l'existence d'une assurance (privée ou publique) devrait être plus limitée qu'on ne le suggère habituellement et permettrait de soulager en partie les aidants d'une charge que tout le monde s'accorde à considérer comme très (voire trop) lourde (Breuil-Genier, 1996).

L'anti-sélection

Les assureurs ont des difficultés importantes à identifier les hauts risques de dépendance. Dans le cas de certaines maladies, non détectées par les procédures habituelles de sélection, les personnes âgées sont susceptibles de mieux prédire leurs besoins futurs en matière de prestations dépendance que l'assureur. En théorie, les contrats différenciés permettent à l'assureur de se prémunir contre les conséquences financières de l'anti-sélection en amenant l'assuré à révéler sa classe de risque par son choix de contrats. Mais le succès de cette démarche repose sur la connaissance d'informations précises sur les différentes classes de risque, données statistiques dont on ne dispose pas encore en raison du faible nombre de sinistres déclarés.

Toutefois, on peut se demander si l'asymétrie d'information en matière de dépendance (comme en matière d'assurance maladie) ne joue pas plutôt en faveur de l'assureur, celui-ci ayant souvent une meilleure connaissance des facteurs de risque et de leur probabilité qu'un individu isolé, en raison des progrès rapides des capacités diagnostiques et prédictives de la médecine.

3.2 Les spécificités de la dépendance : un risque intertemporel et macro-économique dont le niveau moyen est affecté à long terme par de fortes incertitudes

Outre les problèmes traditionnels de l'assurance liés aux asymétries d'information, le risque de dépendance présente de fortes spécificités qui justifient l'interrogation de Wiener (1994) : « La question la plus fondamentale est de savoir si les soins de longue durée sont un risque « assurable » ».

Un risque intertemporel

L'assurance dépendance est confrontée à une difficulté majeure à long terme : la possibilité même de couvrir le risque dépendance suppose que l'on soit en mesure d'évaluer ce risque par une approche actuarielle.

Un contrat d'assurance traditionnel (cas d'une assurance automobile) offre une garantie annuelle et mutualise un risque dont la distribution pour l'année à venir est connue. L'assureur est neutre au risque sous réserve que la population d'assurés soit de taille raisonnable, et ne doit gérer que des problèmes d'aléa moral ou d'anti-sélection pour éviter de supporter des coûts supérieurs à ceux prédits par la distribution des risques.

Par comparaison, une assurance vieillesse à prestations définies mutualise un risque situé dans un avenir relativement lointain. Elle suppose donc de provisionner correctement le risque en imposant dans les premières années des primes excédant l'espérance des dépenses pour l'année en cours : les polices doivent être conçues pour être équilibrées sur l'ensemble du cycle de vie des assurés. Dans le cas d'une assurance vieillesse gérée par capitalisation, l'assureur doit constituer des provisions en tenant compte non seulement de ses anticipations quant à la mortalité moyenne des souscripteurs et au rendement moyen de ses placements, mais aussi de l'incertitude qui affecte ces moyennes à long terme. En France, la réglementation veille du reste à garantir la solvabilité des compagnies d'assurance en leur imposant d'utiliser, pour la tarification des rentes viagères, un taux technique maximal et une table de mortalité qui ne soit pas trop favorable aux assurés.

Dans le cas de la dépendance, l'évaluation actuarielle du risque implique que l'incertain soit probabilisable (Geoffard, 2000) ce qui est tout sauf évident dans la mesure où le calcul actuariel suppose de pouvoir fonder une juste évaluation des risques sur les réalisations passées de ces derniers. Or le risque de dépendance reste dans une large mesure un risque à venir, dont la définition est passablement conventionnelle et sur lequel peu de données statistiques sont disponibles.

Une garantie dépendance complète est soumise aux mêmes incertitudes que l'assurance vieillesse capitalisée quant au rendement moyen des placements. Mais au lieu d'une « simple » table de mortalité, il faut utiliser des tables de transition entre trois États : bonne santé, dépendance et décès. Les évolutions futures de ces tables sont particulièrement difficiles à anticiper, en particulier dans un environnement démographique, économique et sanitaire changeant.

On peut caractériser le risque de dépendance à partir de la typologie des risques proposée par Cutler et Zeckhauser (1997) en matière d'assurance. Ces auteurs distinguent :

- **le « risque »**, qui est la base commune de l'assurance. Le risque est bien identifié et sa distribution est connue. L'assurance automobile relève de cette catégorie ;
- **« l'incertitude au sens de Knight »**, lorsque l'assureur identifie bien l'événement assuré mais ignore la distribution de la probabilité d'occurrence de l'événement. L'assurance contre le risque viager relève par exemple de cette catégorie : l'événement assuré (la possibilité de vivre au-delà d'un certain âge) est bien identifié et ne prête à aucune contestation, mais la distribution future des risques viagers n'est pas connue avec certitude ;
- **« l'ignorance »**, lorsque l'événement assuré est lui-même mal identifié. La dépendance en fournit un bon exemple : il existe plusieurs degrés de dépendance, dont la distinction est par nature conventionnelle. En outre, le traitement des différents degrés de dépendance peut nécessiter à l'avenir aussi bien une prise en charge très médicalisée et/ou institutionnelle qu'une approche davantage orientée vers les services à la personne, si possible à domicile.

La tarification du risque dépendance est de ce fait assez difficile à mettre en œuvre : « *it is not even clear that these long-term risks can be measured by insurers, let alone priced* » (Cutler et Zeckhauser, 1997).

Le risque moyen d'assurance de la dépendance est donc affecté par des incertitudes tant macroéconomiques (rendement des placements, coût relatif de la prise en charge médicalisée, coût relatif des services à la personne) que démographiques (évolution des tables de passage entre bonne santé, dépendance et décès).

La difficile anticipation du coût unitaire futur

Une couverture adéquate du risque impose d'être en mesure de prévoir l'évolution du coût relatif de la dépendance. Or, le coût unitaire du « traitement »¹⁶ de la dépendance, très intensif en travail, est susceptible d'évoluer de manière plus dynamique que l'inflation (encadré 4). Il n'est pas certain que ce fait soit correctement anticipé par des assurés qui souscrivent des polices prévoyant uniquement le versement d'une rente nominale.

¹⁶ On entend par là la prise en charge formelle de la dépendance.

Encadré 4

Analyse du coût unitaire de traitement de la dépendance dans le cadre du modèle de Baumol (1967)

Le modèle de croissance déséquilibrée de Baumol (1967) laisse anticiper une croissance des coûts unitaires de traitement de la dépendance supérieure à celle des prix à la consommation : soit une économie à deux secteurs A et B, tels que le progrès technique est plus lent dans le secteur B que dans le secteur A. Supposons que, quel que soit leur niveau de revenu, les agents consomment des biens A et B dans un rapport constant en volume. Dans ce cas, le progrès technique moins rapide dans le secteur B impliquera que davantage d'emplois y soient affectés. Sous l'hypothèse additionnelle d'homogénéité des rémunérations entre les secteurs, ce volume d'emploi plus important dans le secteur B implique que le coût unitaire des biens du secteur B s'éleve par rapport au coût unitaire des biens du secteur A.

Assimilons le secteur B au traitement de la dépendance et le secteur A au reste des biens et services produits par l'économie. Il est en effet raisonnable d'assimiler le traitement de la dépendance à une activité technologiquement stagnante dans la mesure où il repose essentiellement sur des services à la personne, peu techniques, mais coûteux en temps et souvent ingrats.

Certes le traitement de la dépendance peut bénéficier de progrès techniques. Mais cette possibilité accroît plutôt l'incertitude quant aux coûts unitaires futurs. En effet :

- il est reconnu que les progrès médicaux se traduisent souvent, au moins dans un premier temps, par un allongement de l'espérance de vie des malades sans que la prévalence des pathologies baisse. Une médicalisation accrue peut donc avoir un impact inflationniste ;
- une médicalisation accrue implique souvent le recours à des personnels davantage qualifiés et dont la rémunération horaire est nettement supérieure à celle des personnels d'aide à domicile ;
- d'autre part, la professionnalisation attendue des prestataires d'aide à domicile devrait accroître la qualité des prestations au prix d'un renchérissement des coûts en l'absence de gains de productivité. En France en effet, le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (Cafad) n'est à ce jour pas obligatoire pour exercer. En conséquence, seuls 10 % des 130 000 intervenants à domicile sont diplômés. En réponse à ce manque de qualification, une filière de formation à l'aide à domicile devrait être créée : le fonds de modernisation de l'aide à domicile, prévu dans le cadre de l'APA, a pour objectif de soutenir les actions de formation, le développement de la qualité des services et le renforcement de la professionnalisation de l'aide à domicile.

Par ailleurs, le degré futur d'institutionnalisation de la dépendance (i.e. la proportion des personnes dépendantes traitées en institution et dont la prise en charge est la plus coûteuse) est mal connu. Il a ainsi presque doublé entre le début des années 1960 et le début des années 1970 aux États-Unis, avant de stagner ensuite. En France, l'évolution récente des attributions de PSD rend compte d'une vive progression des institutionnalisations.

Si les variations de coûts ressenties par les assureurs s'expliquaient d'abord par la plus ou moins grande efficacité des institutions de prise en charge ou par les niveaux de profits plus ou moins élevés de celles-ci (en particulier s'il existait au détriment de l'assureur une asymétrie d'information sur les coûts réels de la prise en charge des personnes dépendantes) l'assureur pourrait diversifier le risque en s'inspirant des techniques de *managed care* développées en assurance santé : recours aux mécanismes concurrentiels en orientant les patients vers les institutions les plus efficaces, rachat et gestion directe par l'assureur de l'institution (comme dans le cas d'un HMO intégré) (Bocognano & al., 1999). En revanche,

quand la variabilité provient de modifications du coût de la prise en charge lui-même, il n'y a aucun moyen de diversifier le risque, à qualité de service donné.

Un risque agrégé auquel la mutualisation ne répond qu'imparfaitement

Traditionnellement, l'assureur maîtrise les conséquences financières des aléas grâce à la diversification et à l'échange des risques. Mais cela n'est efficace que si les risques se compensent, c'est à dire s'ils ne sont pas corrélés entre eux. Alors que pour une assurance traditionnelle, l'incertitude porte sur les écarts entre les dépenses individuelles et la dépense moyenne, pour l'assurance dépendance, l'incertitude porte essentiellement sur le niveau des dépenses moyennes dans le futur. En élargissant sa clientèle, l'assureur pourra minimiser les conséquences financières de la première incertitude, mais pas de la deuxième.

Le coût moyen de la prise en charge de la dépendance est difficilement prévisible pour une cohorte donnée (pour laquelle les coûts sont concentrés à un horizon éloigné de 20 ou 30 ans). La mutualisation du risque au sein de cette cohorte ne diminue donc pas le risque macroéconomique lié à l'incertitude qui affecte le coût moyen de la prise en charge.

Il est certes toujours possible *a priori* de mutualiser ce risque entre plusieurs cohortes successives. Mais Cutler (1993) montre toutefois avec une formalisation statistique simple que cette mutualisation du risque entre cohortes successives ne résout en rien le problème du risque agrégé dans le cas de la dépendance. En effet, la faculté de réduire le risque agrégé en le mutualisant entre cohortes successives décroît lorsque l'autocorrélation des coûts augmente, c'est-à-dire lorsque les chocs qui affectent les coûts ont un caractère permanent. L'argument sous-jacent est simple : la variance des coûts futurs estimée à la date présente augmente avec le coefficient d'autocorrélation ; dans le cas où les coûts suivent une marche aléatoire (autocorrélation unitaire) la variance des coûts futurs (à la date $t+k$) estimée à la date présente t est strictement proportionnelle à k . Dans ce cas, la mutualisation des coûts entre cohortes successives ne permet aucun gain en termes de réduction du risque agrégé (encadré 5).

Il est donc vraisemblable que la mutualisation du risque entre cohortes successives ne réduise pas le risque agrégé pour l'assureur. Notons par ailleurs que cette faculté de mutualiser le risque entre plusieurs cohortes successives – et donc d'opérer *ex post* des transferts intergénérationnels – s'inscrit davantage dans la tradition des assurances sociales (c'est le cas d'une assurance vieillesse gérée par répartition) que de l'assurance privée.

Encadré 5

Peut-on mutualiser un risque intertemporel ?

Lorsque le risque assuré est très corrélé dans le temps l'incertitude sur le risque agrégé futur devient extrêmement élevée et la mutualisation intertemporelle du risque peut s'avérer complètement inefficace. Formellement, on peut modéliser la série de coût en logarithme de la manière suivante :

$$\log C_t = \alpha_t + \rho \log C_{t-1} + \varepsilon_t$$

α_t désigne une composante purement déterministe (incorporant éventuellement un trend linéaire) et ε_t l'innovation du processus, i.e. un bruit blanc i.i.d. (variable indépendante identiquement distribuée) de variance σ^2 . Dans ce cas, on peut aisément montrer que la différence entre la valeur prise par la série en $t+k$ et l'espérance de cette valeur évaluée à la date t s'écrit :

$$\log C_{t+k} - E_t \log C_{t+k} = \rho^{k-1} \varepsilon_{t+1} + \rho^{k-2} \varepsilon_{t+2} + \dots + \rho \varepsilon_{t+k-1} + \varepsilon_{t+k}$$

La variance de cette erreur de prévision s'écrit :

$$V_k = \sigma^2 \sum_{i=1}^k \rho^{k-i}$$

Elle est une fonction croissante de ρ et, dans le cas limite $\rho = 1$, est linéaire en k .

Considérant sur longue période plusieurs indicateurs permettant d'approcher le coût unitaire de la prise en charge de la dépendance, Cutler effectue des tests de Dickey-Fuller augmentés (ADF) pour tester la stationnarité des séries de coûts. Tous les tests rejettent l'hypothèse de stationnarité des coûts autour d'un trend constant (auquel cas la mutualisation entre cohortes successives serait susceptible de réduire le risque agrégé) au profit de l'hypothèse de marche aléatoire (i.e. d'autocorrélation unitaire).

La mutualisation intertemporelle du risque est donc inefficace : ainsi, dans le cas de la série des soins infirmiers à domicile – prise comme proxy du coût du traitement de la dépendance – l'écart-type des chocs annuels est de 5,2 %. Si un assureur mutualise le risque sur 20 cohortes successives, l'écart-type du coût unitaire moyen – toutes cohortes confondues – est de 7,6 % si l'autocorrélation est de 0,9 et de 14,1 % si l'autocorrélation est unitaire.

3.3 Les réponses apportées par les assureurs : sélection des risques ; couverture partielle et révisable ; contrats collectifs

Confrontés à des incertitudes majeures quant au coût moyen futur de la dépendance et au risque de comportements opportunistes, les assureurs disposent d'une grande liberté (voire une liberté totale en France) pour définir leurs contrats. Ils proposent généralement des polices d'assurance qui limitent leur exposition au risque en reportant une part importante de ces risques sur les assurés. Comme en matière d'assurance maladie, ces pratiques présentent l'inconvénient de mener à une sous-assurance voire à l'exclusion des gros risques, ceux-là mêmes pour lesquels le besoin d'assurance est le plus manifeste.

L'assurance dépendance présente toutefois dans chaque pays des caractères spécifiques. En France, les contrats individuels sont viagers : une fois fixée à la souscription, la prime n'est modulable ni en fonction de l'âge de l'assuré, ni en fonction de son état de santé (en revanche il est toujours possible à l'assureur de réviser uniformément à la hausse l'ensemble des tarifs) et l'assureur ne peut mettre fin au contrat avant le décès de l'assuré, tant que celui-ci paie ses primes (si le risque de dépendance se réalise, l'assuré est dispensé du paiement des primes¹⁷).

¹⁷ Ce qui n'est pas systématique en Allemagne dans le secteur privé, en particulier pour les contrats d'assurance dépendance complémentaire.

Cette assurance ne peut être souscrite qu'à partir d'un certain âge¹⁸, généralement 45 ou 50 ans, et pas au-delà de 70 ou de 75 ans.

En Grande-Bretagne, où l'âge moyen de souscription est de 67 ans, l'âge minimal d'entrée varie entre 0 et 45 ans, l'âge maximal entre 74 et 80 ans pour des contrats reposant sur un versement mensuel de primes jusqu'à la réalisation du risque (*regular premiums*). Il n'y a pas de limite d'âge pour les contrats à prime unique (Royal Commission, 1999). Aux États-Unis les contrats peuvent aussi être souscrits à des âges plus élevés qu'en France. L'usage anglo-saxon admet en effet davantage que la tradition mutualiste française, de moduler les primes en fonction des risques spécifiques aux âges élevés, ce qui permet de mieux lutter contre l'antisélection, importante à ces âges.

Aux États-Unis, la grande majorité des polices ne proposent qu'une couverture limitée dans le temps : les prestations ne sont servies que pendant un nombre d'années limité (en général de deux à cinq ans) fixé lors de la souscription. Par ailleurs, bien que cela soit interdit dans la plupart des états, certains contrats ne sont pas viagers : généralement tous les cinq ans, le contrat doit être renouvelé et la prime recalculée ; l'assureur peut mettre fin au contrat en cas de changement de classe de risque¹⁹.

La sélection des risques via un questionnaire

Pour se défendre contre l'antisélection, les assureurs procèdent en France à un examen sélectif de l'état de santé et refusent de garantir les états pathologiques préexistants à la souscription. Ainsi tous les assureurs font d'abord remplir un questionnaire médical succinct. Grâce à ce questionnaire, l'assureur dispose d'une déclaration dont il peut se servir en cas de litige, la personne attestant qu'au moment de la demande de souscription :

- elle n'est pas exonérée du ticket modérateur (prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale) ou elle n'a pas de demande d'exonération en cours d'examen ;
- elle ne perçoit pas de rente d'invalidité à un taux supérieur ou égal à 40 % ;
- elle n'est pas titulaire d'une pension vieillesse au titre de l'incapacité au travail.

Plusieurs questionnaires s'intéressent également aux traitements médicamenteux en cours, à des hospitalisations antérieures dépassant certaines durées (au cours des trois ou des cinq dernières années). L'admission est automatique pour les personnes « *en bonne santé* » au moment de la souscription, et ce au tarif standard (sans surprime). En France, ce serait le cas pour environ 65 % des candidats.

Après ce premier filtre, les candidats les plus « à risque » reçoivent un questionnaire beaucoup plus approfondi, qui doit dans la plupart des cas être rempli en partie par leur médecin. Les assureurs ont le droit de refuser d'assurer un candidat à la souscription ou appliquent une surprime (généralement de 10 à 75 %), et ce en fonction de critères non transparents (antécédents médicaux, sexe, situation familiale, présence ou non d'enfants vivant à proximité). En Grande-Bretagne, environ 10 % des dossiers sont refusés (Royal Commission, 1999).

¹⁸ Manifestement les assureurs préfèrent éviter un portefeuille d'assurés trop jeunes, peut être en raison des incertitudes quant au coût total de la survenance d'incapacités à un âge relativement jeune (dans le cas d'un contrat à garantie immédiate) ou de l'enthousiasme modéré des assureurs à prendre des engagements à très long terme (plus de 40 ans).

¹⁹ En 1988, 13 polices sur 53 présentaient ces caractéristiques (Cutler, 1993).

Des définitions restrictives de la dépendance ; garantie immédiate ou garantie différée ; existence de délais de carence et de franchises

Il n'existe ni définition unique de la dépendance physique ou psychique, ni méthode d'évaluation auxquelles les assureurs seraient tenus de se référer. Aussi d'un contrat à l'autre, ces deux aspects essentiels varient sensiblement (encadré 6). Néanmoins, les définitions du risque de dépendance sont extrêmement étroites et semblent permettre aux assureurs de lutter contre le risque d'aléa moral : les assureurs ne versent une rente qu'en cas de dépendance très lourde. Les cas de dépendance légère, susceptibles d'être plus litigieux, ne sont pas couverts. Ainsi, en France, une personne incapable d'effectuer seule deux des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne (s'alimenter, se laver, se vêtir, se déplacer dans son logement) pourra dans le meilleur des cas percevoir une rente pour dépendance dite « partielle », rente de 30 à 50 % plus faible que celle versée en cas de dépendance totale. En outre, l'option dépendance partielle n'est disponible sur un certain nombre de contrats que depuis peu.

S'adressant à un public âgé généralement de plus de 60 ans, beaucoup de produits d'assurance dépendance français prévoient néanmoins de verser des rentes aux « invalides de 3^e catégorie » (âgés de moins de 60 ans par définition), et ce, bien que les contrats d'assurance dépendance ne soient pas conçus pour couvrir l'invalidité et le handicap. En effet, pour les moins de 60 ans, les assureurs proposent des contrats spécifiques « prévoyance » couvrant les risques d'incapacité de travail, qui viennent généralement en complément des pensions et rentes versées par la Sécurité sociale²⁰ en cas d'invalidité (assurance invalidité) ou d'accident du travail (rente permanente d'accident du travail). Toutefois certaines compagnies peuvent être amenées à verser une rente à des personnes « jeunes » dans le cadre d'un contrat d'assurance dépendance à garantie immédiate souscrit avant 60 ans (généralement dans un cadre collectif), rente qui s'ajoute alors aux prestations décrites précédemment. Les contrats à garantie différée, qui ne prévoient le versement de prestations qu'en cas de réalisation du risque après 60 ans (même si la police a été contractée à 40 ans), prémunissent les assureurs contre ce type de situation potentiellement coûteuse.

Une arme destinée à lutter contre l'anti-sélection consiste à appliquer un délai de carence : ne sont couverts que les sinistres qui se déclarent après que se soit écoulé un délai contractuel. Ce délai a pour but d'éviter que soient couverts des risques qui sont sur le point de se réaliser. En France, ce délai est généralement d'un an (sauf si la dépendance est due à un accident) ou de trois ans en cas de démence ou d'affection neurologique. En règle générale, lorsqu'un sinistre se produit avant l'expiration du délai, l'assureur refuse la prise en charge mais rembourse les primes ; lorsqu'un sinistre est déclaré juste à l'expiration de ce délai, l'assureur procède souvent à une enquête pour vérifier que la dépendance ne s'est pas déclarée avant.

En plus du délai de carence, dans certains cas, le paiement effectif de la rente se fait après un délai de consolidation (ou de franchise) de trois à six mois postérieur à la reconnaissance du sinistre. Ce délai permet à la fois aux assureurs d'éviter de verser des prestations dépendance aux personnes en fin de vie et d'être sûrs qu'il s'agit d'une dépendance irréversible.

²⁰ Les rentes d'accident du travail et les pensions d'invalidité militaires, mises en place respectivement en 1898 et 1919 sont liées à l'idée d'une responsabilité dans l'origine du handicap (de l'entrepreneur ou de la Nation). Les pensions d'invalidité, créées plus tardivement (1930), sont versées en contrepartie de cotisations comme indemnités d'assurance. La loi d'orientation de 1975 apporte avec l'allocation aux adultes handicapés (AAH), complétée le cas échéant par l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), un revenu minimum à ceux qui, jusqu'alors, n'étaient pas couverts.

Aux États-Unis, une grande compagnie d'assurance estime que les diverses exclusions (par le biais de la sélection, de la période de franchise ou du délai de carence) permettent de diminuer le nombre de sinistres donnant lieu à versement de primes de 40 % la première année, de 16 % la deuxième année, et de 10 % la troisième (cité dans Cutler, 1993, p.35).

Encadré 6

Les problèmes posés par des définitions du risque de dépendance fréquemment calées sur des critères administratifs en France

En France, certaines compagnies se réfèrent à la grille AGGIR, officialisée en 1997 avec la prestation spécifique dépendance, d'autres stipulent une batterie de critères cumulatifs. Ainsi, par exemple, pour que la dépendance physique soit reconnue, il faut que l'assuré soit incapable de façon permanente et définitive d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne (s'alimenter, se laver, se vêtir, se déplacer dans son logement) et qu'il soit classé par l'assureur dans le GIR (Groupe Iso-Ressources) 1 ou 2. Ce caractère définitif exclut les cas de réversibilité de l'état de dépendance, qui sont rares, mais qui existent, surtout pour les femmes avant 80 ans (Colvez et al., 2000).

Pour d'autres assureurs, l'assuré doit être à la fois incapable d'effectuer au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie et remplir d'une manière constante l'un des critères administratifs suivants :

- soit de l'assistance d'une tierce personne rémunérée complétant les services de soins à domicile pris en charge par la Sécurité sociale (les services de soins à domicile permettent sur prescription médicale d'assurer des soins globaux et continus à certaines personnes âgées maintenues à leur domicile).
- soit d'un hébergement en section de cure médicale (cette section des maisons de retraite est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls des actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux ; la Sécurité sociale verse un forfait soin par lit médicalisé).
- soit d'une hospitalisation en unité de long séjour (les centres de longs séjours sont destinés à l'hébergement de personnes n'ayant plus d'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ; la Sécurité sociale prend en charge l'aspect médical du forfait journalier).
- soit d'un classement comme invalide de 3^e catégorie par la Sécurité sociale (uniquement avant 60 ans, pour les personnes dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie).

Dans le cas où la dépendance psychique s'accompagne d'une dépendance physique, elle relève de la première définition. En revanche d'autres critères caractérisent la dépendance due à une démence sénile ou à la maladie d'Alzheimer. Pour une compagnie d'assurance, la personne doit avoir un score supérieur à 18 sur l'échelle A du test de « Blessed », inférieur à 10 sur l'échelle B et être classée en GIR 1 ou 2.

Pour d'autres assureurs, la personne doit avoir à la fois une démence constatée par un rapport médical et justifier de manière constante :

- soit d'un séjour en établissement psychiatrique, reconnu et indemnisé par la Sécurité sociale ;
- soit de l'assistance d'une tierce personne rémunérée complétant les services de soins à domicile de la Sécurité sociale.

Ces définitions calées sur des critères administratifs retenus par la Sécurité sociale facilitent la tâche des assureurs, mais font dépendre le risque couvert directement de l'offre de soins (Kerschen, 1997). Or, le choix de la structure d'accueil est autant déterminé par l'état de santé de la personne dépendante que par l'offre locale de structures et de services. Ainsi, bien que le nombre de places en sections de cure médicale, financées par l'assurance maladie, ait plus que doublé entre 1986 et 1996 pour atteindre 137 000, il apparaît encore insuffisant dans la mesure où 82 % des établissements non médicalisés accueillent des personnes âgées dépendantes.

Des garanties limitées : forfaitisation et sous-indexation des prestations

Une indemnisation forfaitaire

Contrairement à l'assurance maladie pour soins aigus où les prestations sont généralement calculées en fonction du coût des services, la quasi-totalité des contrats d'assurance dépendance privés prévoient des prestations forfaitaires ou plafonnées. Ainsi les assureurs ne proposent pas de contrats d'assurance complète et ne supportent jamais le risque de la variabilité du coût de la prise en charge.

Aux États-Unis, la seule compagnie d'assurances à avoir jamais garanti la prise en charge du coût total de la dépendance – et non une indemnisation plafonnée – a fait faillite en 1992 (Cutler, 1993). Aux États-Unis encore, dans la majorité des cas les prestations sont servies seulement pendant un nombre d'années limité (en général de deux à cinq ans). Ceci revient donc à exclure les très gros risques de la garantie. A titre indicatif, Cutler cite des estimations selon lesquelles 10 % de la population américaine atteignant l'âge de 65 ans résidera plus de deux ans en institution, et 5 % plus de cinq ans. En Allemagne, les prestations de l'assurance dépendance obligatoire sont également plafonnées (en fonction du degré de dépendance) mais l'État a *a priori* toute latitude pour réévaluer les plafonds en fonction de l'évolution des besoins (ce qui aurait un impact sur le secteur privé puisqu'il est tenu de garantir des prestations équivalentes à celles de l'assurance publique).

Des clauses d'indexation des prestations qui risquent de ne pas suivre l'évolution des prix

Un autre question délicate est celle de l'évolution des prestations au cours du temps. Il est intéressant de noter à ce propos qu'en matière d'assurance vieillesse, rares sont les polices d'assurance proposant une indexation parfaite des rentes viagères sur l'indice des prix à la consommation. Les principales exceptions se trouvent au Royaume-Uni où un marché assez développé de titres d'État indexés sur l'inflation permet aux compagnies de se réassurer auprès de la puissance publique contre le risque inflationniste (Brown, Mitchell et Poterba, 1999).

Dans le cas de la dépendance, le problème est encore plus complexe. Même lorsque les montants nominaux garantis sont indexés (en option, et souvent le risque d'hyperinflation n'est pas couvert), il n'est pas sûr qu'une indexation, comme certains contrats le prévoient sur le point AGIRC (dont le pouvoir d'achat a diminué entre 1995 et 1999 de 3,7 %), puisse permettre de prendre en charge correctement un assuré devenu dépendant. En Grande-Bretagne, le coût unitaire de la prise en charge de la dépendance progresse sensiblement plus rapidement que l'indice général des prix à la consommation, et ce d'environ 1 % par an, ce qui corrobore les résultats théoriques rappelés précédemment (Royal Commission, 1999).

Des tarifs révisables, d'où l'intérêt des clauses de non déchéance pour protéger les souscripteurs

Dans la plupart des états américains (de même que dans les autres pays) la réglementation interdit à la fois de résilier la police d'assurance et d'augmenter les primes en cas de modification de l'état de santé d'un assuré. Pour reprendre la terminologie de Blanchet (1996), la réglementation impose aux assureurs d'assurer leurs clients « *contre le risque de devenir un mauvais risque* ».

En revanche, si pour diverses raisons (risque agrégé sous-estimé, anti-sélection plus importante que prévu) les coûts occasionnés par la prise en charge de la dépendance sont supérieurs aux niveaux escomptés, comme on l'a vu précédemment la compagnie d'assurances a toute latitude pour majorer l'ensemble des primes des assurés pour des garanties inchangées, « *si l'équilibre technique du contrat le nécessite* » (voir encadré 7). Dans ce cas, les assurés n'ont le choix qu'entre résilier leur contrat avec, au mieux, le maintien d'une garantie réduite, ou accepter l'augmentation des primes. En France, bien que

ce ne soit le plus souvent pas clairement indiqué dans les contrats, la révisabilité des tarifs est une clause primordiale pour les assureurs²¹.

Il existe certes des contrats qui limitent l'ampleur des hausses annuelles générales de tarif imposables aux assurés, mais le niveau maximal d'augmentation prévu en général dans ces clauses (pas plus de 5 % ou de 10 % de hausse par an...) les rend peu contraignantes pour les assureurs, même si ces contrats ont le mérite de rendre plus perceptible aux assurés le risque de hausse des primes. En Grande-Bretagne, les assureurs affichent les hypothèses (dont un taux de réalisation du sinistre de 25 %) sur lesquelles ils se basent pour tarifer les polices, ce qui pourrait leur donner une plus grande légitimité ex post pour augmenter les primes en cas de « dérapage » du contrat. Ce n'est pas le cas en France, où la tarification n'est pas transparente : les assureurs ne souhaitent pas dévoiler leurs hypothèses sur l'évolution du risque de dépendance.

De plus, bien qu'on dispose de peu de données, on présume couramment dans l'assurance que, l'incidence de la mortalité mise à part, environ la moitié des assurés abandonneront leur police dans les cinq ans suivant la souscription²², et près de 70 % dans un délai de quinze ans (Wiener, 1994). C'est sans doute particulièrement vrai en France dans la mesure où la moitié des souscripteurs de garantie dépendance le sont via la protection sociale d'entreprise et sont donc susceptibles de perdre leurs droits à indemnisation en cas de changement d'entreprise. D'où l'importance que pourrait revêtir du point de vue du consommateur, l'existence de clauses de non-déchéance, qui permettent aux contractants qui abandonnent leur police de financer une rente résiduelle calculée sur la base d'une fraction des réserves accumulées. Ces clauses sont obligatoires dans les produits d'assurance vie, mais pas dans les contrats d'assurance dépendance. En ce qui concerne les contrats collectifs, une solution naturelle semble être le développement des contrats qui ne soient pas à fonds perdus et garantissent en particulier le maintien des droits acquis en cas de changement d'entreprise.

²¹ D'ailleurs si les polices à primes uniques sont absentes du marché français, c'est en particulier parce qu'elles ne permettent pas de modifier *a posteriori* le tarif à la hausse.

²² Dix ans selon Cutler (1993).

Encadré 7

Le litige AXA-Unapei

En 1962 l'Unapei (fédération d'associations de parents de personnes handicapées) a conclu avec l'UAP un contrat collectif à adhésion facultative garantissant une assurance temporaire décès d'un an, reductible chaque année (le contrat est aujourd'hui géré par l'assureur AXA suite à l'absorption de l'UAP). En cas de décès dans l'année d'un ou des deux parents assurés, une rente est versée à l'enfant handicapé jusqu'à la fin de ses jours.

Au cours des années 1990 ce contrat a fait face à des pertes croissantes (pertes annuelles d'environ 50 millions de francs par an, et cumulées de 500 millions, pour environ 7 000 assurés et 3 500 rentes viagères versées). Ces déséquilibres résultent principalement de deux causes apparues dès les années 1980 :

- grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie des personnes handicapées a augmenté, ce qui conduit maintenant à constituer des provisions plus importantes ;
- les parents adhérents sont dans l'ensemble plus âgés.

Le premier phénomène illustre bien les incertitudes d'ordre médical qui affectent le risque de dépendance à long terme. Le second phénomène semble plutôt traduire une erreur de provisionnement.

La sous-estimation des risques par l'assureur l'a amené à réviser très fortement à la hausse les primes d'assurances des personnes concernées au début de 2000, au risque que nombre d'entre elles ne puissent plus acquitter leur prime. Dans le cadre contractuel normal, une interruption des versements aurait impliqué la résiliation des polices sans que les assurés puissent se voir restituer le capital versé (éventuellement augmenté des intérêts). On retrouve bien là les problèmes posés par la révisabilité annuelle des primes en l'absence de clause de non-déchéance.

Les deux parties sont finalement parvenues, en partie sous la pression conjuguée des médias et des pouvoirs publics, à un compromis qui évite de léser les souscripteurs (la hausse des primes est étalée dans le temps et une clause de non-déchéance est introduite). Il est toutefois vraisemblable que c'est la taille restreinte (quelques milliers de foyers) de la population assurée qui a permis de parvenir à un compromis relativement aisément, la compagnie d'assurance préférant assumer les pertes du contrat plutôt qu'une dégradation durable de son image de marque auprès du public. On peut penser que dans le cas de la dépendance, une sous-estimation majeure du risque agrégé à long terme aurait des conséquences financières de telle ampleur qu'elle impliquerait nécessairement l'intervention des pouvoirs publics comme réassureurs du risque.

Les contrats collectifs : une réponse privilégiée par les assureurs mais qui présente des limites

Les contrats collectifs d'assurance dépendance proposés par les entreprises offrent toute une série d'avantages par rapport aux contrats individuels. D'abord les primes sont beaucoup plus faibles en raison de l'âge moyen plus bas des populations assurées qui versent donc des primes pendant une période plus longue. A titre d'exemple, aux États-Unis, la prime que verserait une personne âgée de 42 ans pour être assurée contre la dépendance serait comprise entre un quart et un tiers de la prime qu'elle verserait si elle souscrivait à 67 ans (Wiener & al., 1990). En outre, les contrats collectifs permettent de faire des économies d'échelle dans la mesure où le coût du marketing, particulièrement élevé pour la vente d'un contrat individuel, diminue de manière significative lorsqu'on passe par l'entreprise. Les entreprises supportent enfin une part importante des coûts administratifs, par exemple en collectant les primes pour l'assureur (qui sont déduites du salaire), et peuvent se charger d'une partie du marketing.

En proposant une couverture contre le risque de dépendance, l'entreprise signale à ses salariés qu'il s'agit d'un risque important, contre lequel on peut s'assurer. Pour le salarié, la situation est ainsi plus simple : il n'a pas à choisir entre une multitude de contrats difficilement comparables, le pouvoir de négociation de l'entreprise, en particulier si elle est de taille importante, lui permet de proposer des polices offrant de bonnes garanties à un prix compétitif. Par ailleurs, en ce qui concerne la possibilité d'une révision des tarifs, là encore l'entreprise aura plus de pouvoir de négociation que l'individu pour limiter les hausses de primes ou pour obtenir de meilleures revalorisations des prestations.

Les contrats collectifs permettent également de réduire le risque d'anti-sélection et en conséquence la nécessité de questionnaires médicaux. D'une part parce qu'il est rare à 40 ou à

50 ans de savoir que l'on est un « mauvais risque ». D'autre part, même si la population des assurés est plus âgée, si l'adhésion est obligatoire et le groupe assuré suffisamment grand, le risque d'anti-sélection diminue beaucoup.

Toutefois, dans le cas le plus répandu aux États-Unis d'une adhésion facultative, seuls 6 % des salariés auxquels est proposée une assurance dépendance décident de souscrire : ce taux très bas fait augmenter les possibilités d'anti-sélection, obligeant ainsi les assureurs à effectuer eux-mêmes une sélection (Wiener et al., 2000). Ce faible enthousiasme des salariés peut être expliqué par le fait qu'à 45 ans (âge moyen de souscription) les salariés doivent généralement supporter un certain nombre d'autres dépenses « prioritaires », comme des remboursements de crédits ou des frais liés aux études de leurs enfants. En outre, il n'est pas évident de prendre la décision de souscrire une police contre un événement qui ne risque pas de survenir avant 40 ans.

En 1998, aux États-Unis 800 000 polices « collectives » ont été vendues (donc un nombre plus faible sont en vigueur), proposées par 2 185 employeurs (Wiener & al., 2000). À l'opposé de la couverture maladie privée dont l'entreprise paie généralement une part importante, plus des deux tiers des entreprises proposant des couvertures pour les soins de longue durée laissent à la charge de leurs employés la totalité des primes, et ce bien que l'État fédéral ait rendu le coût supporté par les entreprises fiscalement déductible. Cette situation s'explique toutefois assez bien puisque actuellement les entreprises ont plutôt tendance à diminuer leur participation au financement de la couverture maladie de leurs retraités. Dans ce contexte, il est logique qu'elles ne désirent pas financer une assurance destinée à couvrir un risque ne pouvant survenir que longtemps après le départ du salarié de l'entreprise.

En France, le contexte est différent : les garanties dépendance se sont généralement développées en complément d'autres garanties collectives portant principalement sur la prévoyance et la maladie. Aujourd'hui presque autant de personnes ont souscrit une assurance collective contre la dépendance qu'une assurance individuelle. Les entreprises qui décident de proposer une couverture dépendance le font généralement pour conforter leur image en termes de couverture sociale ou pour éveiller la conscience de leurs salariés au problème de la dépendance. Ainsi la Seita et la Caisse centrale des activités sociales d'EDF-GDF proposent depuis 1995 une couverture dépendance. La Mutuelle générale des transports (MGT) a également mis en place en 1995 une assurance dépendance, mais dont la souscription est obligatoire (143 000 adhérents).

Usinor a été la première entreprise à instituer une cotisation dépendance obligatoire pour l'ensemble de ses 40 000 salariés : mais il s'agit d'une prestation à garantie différée (le versement de la prestation n'intervient que si le sinistre a lieu après 60 ans) lorsqu'un salarié part en retraite il supporte intégralement la cotisation. La mutuelle de l'INSEE propose également depuis peu la souscription d'un contrat prévoyant le versement d'une rente de 3 300 F en cas de dépendance, mais il s'agit là d'un contrat à garantie immédiate. Dans un proche avenir les propositions d'assurance dépendance collective devraient se multiplier dans la mesure où plusieurs dossiers sont à l'étude.

En fait, le principal inconvénient de l'assurance collective réside dans l'accroissement des inégalités qu'elle peut générer entre les salariés des grandes et des petites entreprises, dans le domaine de la dépendance, comme dans les autres. Les dispositifs d'entreprise ne peuvent remplacer les dispositifs nationaux de protection sociale, ces régimes ne couvrent en effet que des groupes restreints de salariés (apRoberts, 1999). Par ailleurs, dans la mesure où la mobilité des salariés est de plus en plus répandue, le problème de la portabilité des droits se

pose avec acuité. On retrouve là un des problèmes rencontrés aux États-Unis où l'essentiel de la protection sociale des salariés passe par l'employeur, avec pour conséquence fréquente une rupture de la couverture (cas de la maladie) ou la perte des droits (cas de la retraite) lors d'un passage au chômage, d'un changement d'employeur, ou tout simplement d'un départ à la retraite (auquel cas les garanties maladie et dépendance peuvent cesser alors même que le risque devient plus important).

4. Conclusion : importance d'une réglementation du marché

Une nécessaire intervention des pouvoirs publics sur l'environnement de l'assurance dépendance

Dans de nombreux pays, le code des impôts accorde un régime privilégié à l'assurance maladie, à l'assurance vie et aux régimes d'épargne retraite facultatifs, mais le statut fiscal de l'assurance dépendance, qui présente des éléments appartenant à chacune de ces catégories, n'est pas toujours bien tranché (Wiener, 1994). Dans la plupart des pays toutefois, les prestations dépendance ne sont pas imposables, et dans certains, comme aux États-Unis, une partie des primes d'assurance est fiscalement déductible. Pour les défenseurs de cette mesure, « *the sentinel effect* » lié à l'annonce d'une mesure fiscale en faveur de l'assurance dépendance favoriserait, indépendamment de l'ampleur de la déduction, le développement de ce type d'assurance.

Le Trésor britannique a proposé en décembre 2000 de mettre en place une norme de qualité connue sous le nom de CAT (*Cover Access Terms*) permettant entre autre d'améliorer la lisibilité des produits. En effet, selon la Royal Commission, les personnes susceptibles de considérer l'achat d'une police soins de longue durée sont potentiellement vulnérables. Toutefois, s'il est clair que la réglementation est susceptible de stimuler les ventes de produits d'assurance dépendance à des consommateurs plus informés et plus confiants, l'intervention publique sur un marché privé via la réglementation (ou la fiscalité) n'est pas neutre car elle constitue un signal à l'attention des consommateurs ; et l'existence de ce signal qui modifie le comportement des consommateurs est susceptible d'accroître la demande d'assurance dépendance²³. Formuler une nouvelle réglementation suppose donc au préalable de réfléchir au partage optimal entre assurance privée et prise en charge publique.

Reste, dans de nombreux pays, un besoin important d'information des consommateurs âgés sur le risque de dépendance et ses implications. Des interventions ciblées des pouvoirs publics pourraient être mises en place lorsqu'une « myopie » évidente empêche les ménages de s'orienter vers les supports les plus adaptés à leurs besoins de long terme. L'assurance dépendance peut dans ce cas être appréhendée comme un bien tutélaire et il revient alors aux pouvoirs publics d'informer leurs administrés et d'éclairer leurs choix. Enfin, réfléchir à la manière dont l'assurance privée prend en charge la dépendance oblige à définir plus précisément la nature du risque.

²³ « *There must be a doubt whether increasing product sales through increasing consumer confidence is a proper justification for regulation* » (HM Treasury, 2000).

L'importance du cadre réglementaire

Aux États-Unis, « confrontées à de grandes incertitudes et manquant de recul pour bien connaître la population assurée contre ce risque, les compagnies d'assurance américaines ont d'abord tenté de se protéger elles-mêmes contre les pertes financières en imposant des restrictions et des limitations rigoureuses aux services couverts. Les titulaires de polices avaient donc très peu de chances de pouvoir jamais percevoir des prestations ou de bénéficier d'une protection contre les lourdes dépenses à payer de leur propre poche (Rice et al., 1991) ». Ainsi, en 1988 par exemple, 30 polices sur 53 ne couvraient pas les soins à domicile nécessaires au traitement de la maladie d'Alzheimer (Cutler, 1993). Récemment, les produits offerts se sont améliorés de façon spectaculaire, sous l'effet notamment de nouvelles réglementations.

En 1993 une première norme a été mise en place : le « *National Association of Insurance Commissioner's (NAIC) model regulation* ». En 1996, le « *Health Insurance Portability and Accountability Act* » (HIPAA), qui offre aux particuliers la possibilité de déduire fiscalement les primes de polices répondant à des exigences encore plus strictes, a également permis d'améliorer la couverture fournie par les contrats. Aujourd'hui, par exemple, sous la pression du législateur, la clause selon laquelle le placement en centre médicalisé de long séjour doit obligatoirement avoir été précédé d'une hospitalisation a disparu, la prise en charge à domicile est possible, le contrat est garanti renouvelable, la maladie d'Alzheimer est explicitement couverte et le montant des indemnités est indexé, au moins partiellement, sur le coût de la vie (Scanlon, 1992 ; Wiener, 1994).

Trois raisons peuvent motiver une intervention réglementaire des pouvoirs publics en vue de renforcer l'efficacité du marché :

- la concurrence peut conduire à une trop forte diversification des contrats. Imposer une certaine standardisation des contrats permettrait d'éclairer les choix des consommateurs ;
- il existe des moyens réglementaires pour résoudre le problème de l'antisélection : clauses de non-discrimination, obligation d'assurance ;
- il peut être souhaitable d'obliger les assureurs à proposer un niveau minimal de prestations. Aux États-Unis la réglementation a permis une amélioration des garanties offertes par les contrats.

En l'absence de réglementation, le risque est grand d'une sous-assurance de nombreux agents.

Réglementer efficacement n'est toutefois pas un exercice aisé. « Les partisans d'une stricte réglementation craignent que, faute de textes rigoureux, le consommateur ne soit pas protégé contre les produits de mauvaise qualité et les pratiques frauduleuses de vente. Les adversaires d'une réglementation sévère font valoir que les pouvoirs publics ne sont ni assez informés, ni assez expérimentés pour réglementer de manière intelligente, et qu'ils n'ont pas la souplesse voulue pour éviter que les pertes financières ne compromettent la viabilité du marché » (Wiener, 1994).

En outre, dans la mesure où ni les pouvoirs publics ni les compagnies d'assurance ne connaissent la distribution des risques futurs, une assurance privée très encadrée (en particulier en ce qui concerne le mode de calcul des primes et leur plafonnement éventuel) peut être confrontée aux difficultés suivantes :

- soit les pouvoirs publics imposent des plafonds de primes bas pour garantir l'accessibilité du produit et alors on risque de voir les assureurs refuser de vendre des contrats en raison du risque qu'ils encourent ;
- soit les pouvoirs publics fixent un plafond sur la base des projections « hautes » d'évolution de la dépendance, et on court le risque, *ex post* (i.e. dans 30 ans...), de s'apercevoir que les pouvoirs publics ont organisé un transfert massif au bénéfice des assureurs privés.

Enfin, en cas de déséquilibre financier majeur des assureurs, il est vraisemblable que l'État soit appelé comme assureur en dernier ressort et donc à endosser de facto la responsabilité de la prise en charge du risque, ce qui soulève des problèmes d'aléa moral au niveau des assureurs eux-mêmes. Ces arguments amènent donc à s'interroger sur la pertinence d'une assurance dépendance non pas seulement réglementée mais organisée par les pouvoirs publics, cadre qui permettrait le maintien de couvertures dépendance complémentaires proposées par le secteur privé²⁴.

²⁴ Cf. Assous & Mahieu (2001) disponible sur le site <http://www.genevaassociation.org/no5.pdf>

Bibliographie

Andres, Hans-Jürgen (1999) : « Assurance dépendance en Allemagne : Étude sur les sinistres dépendance par la Munich Ré », Rencontre professionnelle, Paris le 21 octobre 1999, miméo.

ApRoberts, Lucy (1999) : « La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée », *Revue de l'IREES*, n° 30/2.

Assous, Laurence ; Mahieu, Ronan (2001) : « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé : une mise en perspective internationale », *Geneva Association Information Newsletter – Health and Ageing*, n° 5, octobre.

Assous, Laurence ; Ralle, Pierre (2000a) : « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale », *Études et Résultats*, n° 74, juillet.

Assous, Laurence ; Ralle, Pierre (2000b) : « La prise en charge de la dépendance d'un point de vue institutionnel », *Retraite & Société*, n° 31, septembre.

Baumol, William J. (1967) : « Macro-Economics of Unbalanced Growth : the Anatomy of Urban Crisis », *American Economic Review*, n° 57.

Blanchet, Didier (1996) : « La référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites », *Économie et Statistique*, n° 291-292.

Bocognano, Agnès ; Couffinal, Agnès ; Grignon, Michel ; Mahieu, Ronan ; Polton, Dominique (1999) : « Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel : une revue des expériences étrangères en matière de santé », *Économie et statistique*, n° 328, p.21-36.

Breuil-Genier, Pascale (1999) : « Aide aux personnes âgées dépendantes : une très grande hétérogénéité des pratiques » in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Rencontres de Copenhague, vol. 1, MIRE-DREES.

Breuil-Genier, Pascale (1996) : « La gestion du risque de dépendance : le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé », *Économie et statistique*, n° 291-292, p.103-117.

Breuil-Genier, P. ; Chanut, J.-M. ; Flipo, A. ; Mahieu, R. ; Lièvre, A. (1998) : « Une simulation de la dépendance et de sa prise en charge dans le modèle Destinie » in *Application des méthodes de la microsimulation dans les domaines de la santé et de la dépendance*, Rapport au commissariat général du plan coordonné par D. Blanchet, 132 p.

Brown, Jeffrey R. ; Mitchell Olivia S. ; Poterba James M. (1999) : « The Role of Real Annuities and Indexed Bonds in an Individual Retirement Program », *NBER Working Paper* n° 7005, mars.

Caussat, Laurent ; Genier, Pascale (1995) : « La dépendance des personnes âgées et son assurance », *Revue d'Économie Financière*, n° 34, automne.

Colvez, A. ; Castex, A. ; Carrière, I. (2000) : « Étude de la réversibilité de l'incapacité des personnes âgées : suivi de 20 ans en Haute-Normandie », *Communication au Forum Retraite, Caisse des dépôts et consignations*, Bordeaux, les 16-17 mars.

Coronel, Susan (2000) : *Long term Care Insurance in 1997-98*, Health Insurance Association of America.

- Creighton Campbell, J. ; Ikegami, N. (2000) :** « Long-term care insurance comes to Japan », *Health Affairs*, vol.19, n°3, mai/juin.
- Cutler, David M. (1993) :** « Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care ? », *NBER Working Paper*, n° 4301.
- Cutler, David M. ; Zeckhauser Richard J. (1997) :** « Reinsurance for Catastrophs and Cataclysms », *NBER Working Paper*, n° 5913.
- Delalande, J.P. ; Join-Lambert M.T. (1999) :** *La dépendance des personnes âgées : Synthèses et perspectives*, Rapport du groupe de travail présidé par J.-P. Delalande et M.-T. Join-Lambert, *Haut Conseil de la Population et de la Famille*, 96 p.
- Delpérée, Nicole (2000) :** « Politiques européennes de prise en charge de la dépendance » in *Gérontologie et société*, n° 93, juin.
- Doublet, J. ; Lavan, G. (1957) :** *Sécurité sociale*.
- Evans Cuellar, A. ; Wiener J.M. (2000) :** « Can social insurance for long-term care work ? The experience of Germany », *Health Affairs*, vol.19, n° 3, mai/juin.
- Feder, J., Komisar, H., ; Niefeld, M. (2000) :** « Long-Term Care in the United States : an overview », *Health Affairs*, vol.19, n° 3, mai/juin.
- Gallup organization (1989) :** « Public Attitudes on Long-Term Care », rapport établi pour l'Employee Benefit Research Institute, Washington, D.C.
- Geoffard, Pierre-Yves (2000) :** « Assurance maladie : la gestion du risque long », *Revue d'Économie Politique*, n° 110, juillet-août.
- Gollier, Christian (2000) :** « Assurance et solidarité » in *Le Monde Horizons – Débats*, 29 février.
- Guinchard-Kunstler, Paulette (1999) :** *Vieillir en France : Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Rapport au Premier Ministre.
- Her Majesty Treasury (2000) :** « Long-Term Care Insurance », Décembre.
- Igl, Gerhard (1997) :** « La prise en charge de la dépendance : quelques réflexions à partir de l'expérience allemande », in *La dépendance des personnes âgées*, 2^e édition, *Droit sanitaire et social*.
- Jacobzone, Stéphane (1999) :** « *Le vieillissement et les soins pour les personnes âgées dépendantes : un aperçu des perspectives internationales* », *OECD Labour market and social policy occasional papers*, n° 38.
- Kerschen, Nicole (1997) :** « La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale : le modèle allemand et le projet luxembourgeois » in *Revue Française des Affaires Sociales*, numéro hors série, p.205-214.
- Kessler, Francis (1997a) :** « Présentation de l'assurance dépendance en Allemagne », in *La dépendance des personnes âgées*, 2^e édition, *Droit sanitaire et social*.
- Kessler, Francis (1997b) :** « La prestation spécifique dépendance : premier commentaire de la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 », in *La dépendance des personnes âgées*, 2^e édition, *Droit sanitaire et social*.

- Knischeer, K. (1993)** : « Provision of health and social care for dependant elderly and its financing in the Netherlands » in *La dépendance des personnes âgées*, étude commandée et financée par le Gouvernement du Grand Duché de Luxembourg.
- Lechevalier, A. et Ullmo, Y. (2001)** : « La réforme de la protection sociale du risque dépendance : les enjeux économiques et sociaux », *revue de l'OFCE*, n° 77, avril.
- Lusardi, Annamaria (2000)** : « Most Americans are not saving for retirement » in *The Irving B. Harris graduate school of public policy studies*, The University of Chicago, vol.1, n° 5, septembre.
- Meierholzner, Evelyn (2000)** : « L'assurance dépendance : données clefs du marché allemand » Séminaire Assurance Dépendance, *Institute for International Research*, Paris les 18 et 19 janvier 2000, miméo.
- Mellor, Jennifer (2001)** : « Long-term care and nursing home coverage : are adult children substitutes for insurance policies ? », *Journal of Health Economics*, n° 20.
- Ministère de l'Emploi et de la solidarité (1998)** : *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, La documentation française.
- Pauly, Mark V. (1990)** : « The Rationale Non-purchase of Long-Term Care Insurance », *Journal of Political Economy*, Vol. 98, No. 1.
- Ribault, T. (1999)** : « Care services for the Japanese elderly : between family arrangements and market mechanisms », *Economic Research Center Discussion Paper*, Nagoya University, n°116.
- Rice, T., Thomas, K. et Weissert, W. (1991)** : « The Effect of Owning Private Long-term Care Insurance Policies on Out-of-Pockets Costs », *Health Services Research*, vol.27, février, pp.907-934.
- Royal Commission on Long-Term Care (1999)** : *With Respect to Old Age : Long-Term Care – Rights and Responsibilities*, mars.
- Scanlon, W.J. (1992)** : « Possible Reforms for Financing Long-Term Care », *Journal of Economic Perspectives*, vol.6, n°3.
- Scheil-Adlung, X. (1995)** : « La sécurité sociale et la dépendance en Allemagne et dans d'autres pays : entre tradition et innovation » in *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.48, 1/95.
- Schneider, U. (1999)** : « L'assurance sociale de soins longue durée en Allemagne : conception, application et évaluation » in *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.52, 2/99.
- Schulte, B. (1998)** : « L'assurance dépendance allemande », *Gérontologie et société*, n° 84.
- Sofinco-Ipsos (2000)** : « Attitudes et jugements des seniors face à l'argent », étude incluse dans l'indice européen de la consommation Sofinco-Ipsos, in *Le Monde - Economie*, 12 décembre 2000.
- U.S. Congressional Budget Office (1999)** : *Projections of Expenditures for Long-Term Care Services for the Elderly*, CBO Memorandum.

Wiener, J., Tilly, J. et Goldenson, S. (2000) : « Federal and State Initiatives to Jump Start the Market for Private Long-Term Care Insurance », in *The Elder Law Journal*, vol.8, 1/00, pp.58-99.

Wiener, Joshua (1998) : « Can Private Insurance Solve the Long-Term Care Problems of the Baby Boom Generation ? », Testimony presented at « The Cash Crunch : The Financial Challenge of Long-Term Care for the Baby Boom Generation », United States Senate, Washington, D.C., March 9.

Wiener, J. et Stevenson, D (1997) : « Long-Term Care for the Elderly and State Health Policy », in *New Federalism : issues and options for states*, *Urban Institute*, N°A-17, November.

Wiener, Joshua (1994) : « Initiatives du secteur privé pour le financement de l'aide et des soins longue durée », *Protéger les personnes âgées dépendantes : Nouvelles orientations*, OCDE, Paris

Wiener, J, Harris, K., et Hanley, R. (1990) : *Premium Pricing of Prototype Private Long-term Care Insurance Policies*, Washington, D.C. : The Brookings Institution