



Conseil de l'Age

**Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours
aux financements privés dans la couverture de la perte
d'autonomie**

Rapporteurs : Carole Bonnet et Romeo Fontaine

Rapport adopté le 1^{er} décembre 2017

Table des matières

1. Une assurance-dépendance peu développée et une coexistence de différents types de contrats... 7	
1.1. 6,8 millions d'individus couverts par un contrat dépendance fin 2014..... 7	
1.2. ... mais moins de 2 millions avec une couverture viagère dont la dépendance est la garantie principale. 8	
1.2.1. Mutuelles..... 11	
1.2.2 Sociétés d'assurance 12	
1.2.3. Institutions de prévoyance 12	
1.3. Caractéristiques des affiliés 13	
2. Pourquoi le développement de l'assurance privée reste-il mesuré ? 14	
2.1. Des freins du côté de la demande individuelle..... 14	
2.1.1 L'incapacité financière d'une partie de la population à souscrire une assurance dépendance 15	
2.1.2. Plutôt épargner que prendre le risque de cotiser « à fonds perdu » ?..... 16	
2.1.3. Souscrire une assurance dépendance ? Pourquoi, ma famille m'aidera ! 22	
2.1.4. Myopie/déni face au risque d'être dépendant et à sa prise en charge 23	
2.1.5. L'éloignement temporel du risque dépendance 24	
2.1.6. Manque d'intérêt pour l'individu dépendant..... 25	
2.3. Une offre hétérogène de couverture qui manque encore de lisibilité..... 25	
2.3.1. Quelle garantie sur la valeur de la rente forfaitaire ? La question du mode de revalorisation 25	
2.3.2. Sélection des risques freinant l'accès et réduisant l'intérêt d'une souscription 29	
2.3.3. Un taux de redistribution des cotisations sous forme de rente relativement faible ?..... 32	
2.3.4. Plusieurs référentiels pour évaluer la dépendance rendant la comparaison des contrats quasiment impossible..... 34	
2.3.5. Des garanties additionnelles : quelles sont leur valeur ajoutée ? 37	
2.3.6. Fragilité de la continuité des droits de l'assuré..... 39	
2.3.7. Vers une amélioration de la lisibilité des garanties souscrites : les apports du label GAD41	
3. Quels scénarios envisageables du côté des recours aux financements privés ? 45	
3.1. Développement des assurances privées..... 45	
3.1.1. Comment renforcer l'attractivité des produits actuels d'assurance dépendance privée offrant des garanties viagères ?..... 46	

3.1.2. Mise en place d'incitations fiscales et/ou sociales	50
3.1.3. Généralisation de l'inclusion obligatoire ou de l'adossement d'une garantie dépendance dans les contrats de complémentaire-santé	54
3.1.4. Développement d'une assurance-privée obligatoire	56
3.2. Développement des autres types de financement privés	61
3.2.1. Mobilisation du patrimoine immobilier	61
3.2.2. Permettre au détenteur d'assurance vie d'utiliser leur épargne dans des conditions aménagées en cas de perte d'autonomie	66
Annexe 1- Caractéristiques des principaux contrats d'assurance	71
Annexe 2- Résultats de la consultation du HCFEA sur les couvertures assurantielles couvrant le risque dépendance	74
Annexe 3- Questionnaire relatif aux couvertures dépendance	99
Annexe 4 - Label GAD.....	108
Annexe 5 - 10 contrats d'assurances dépendance (souscription individuelle, garantie viagère)	113
Annexe 6 – Note Fédération Française de l'Assurance - Incitation fiscale à la souscription d'une assurance dépendance	114
Annexe 7– Note FFA - Propositions pour le développement de l'assurance-dépendance	122
Annexe 8– Contribution d'André Masson	126
Annexe 9 – Contribution Associés en Finance : le Prêt immobilier dépendance	141
Annexe 10– Scénario n°3 : Un système fondé sur une assurance privée universelle de haut niveau réduisant très significativement à terme la dépense publique	144
Annexe 11– Contribution de la Mutualité Française - Capacité de financement des ménages.....	149
Annexe 12 - Contribution de la CFDT sur le rapport provisoire de la commission chargée d'examiner le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie	151
Annexe 13 – Commentaires des fédérations et associations représentant les retraités et personnes âgées	152
Annexe 14 – Remarques de l'UNSA sur le rapport provisoire de la commission chargée d'examiner le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie	154
Annexe 15– Liste des membres de la Commission	156

Comme annoncé dans le programme du Haut Conseil adopté le 1^{er} février 2017, il est constitué une commission de travail prévue au I de l'article D 144.4 du code de la famille et de l'action sociale et de la famille (cf. décret du 25 octobre 2016).

Son objectif, conformément à l'article 69 de la loi sur l'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) « est de mener une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance ». Il s'agira en particulier dans ce rapport d'étudier :

- le recours aux assurances ;
- les dispositifs tendant à une utilisation plus fluide de produits d'épargne d'une part, la mobilisation du patrimoine immobilier des allocataires d'autre part.

Il est important d'étudier l'ensemble des financements privés, ces derniers pouvant être complémentaires ou substituables.

Est hors champ le schéma d'une « assurance sociale » obligatoire, publique et empruntant les éléments structurants des régimes de sécurité sociale (universalité des cotisations, indifférence au risque, haut degré de protection, absence ou modération de la prise en compte du revenu dans la prestation...). Ce schéma sera traité directement en séance du Conseil de l'âge, lors de l'examen du rapport sur *La prise en charge financière des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants*. On ne traitera pas non plus dans ce rapport de la Commission de travail la question d'une assurance des aidants, qui sera traitée dans la thématique « aidants » en plénière du Conseil de l'âge.

Il est certain qu'une réflexion sur le recours aux financements privés ne peut se concevoir sans faire référence aux évolutions de l'assurance publique. Une couverture publique élevée laisse peu de place à un développement des dispositifs de financements privés. On peut penser que c'est le cas au vu du niveau de couverture publique à domicile du risque dépendance renforcée par la loi ASV et la Loi de Finances pour 2017. La réforme de l'APA et celle de la fiscalité des emplois à domicile (basculement de la réduction au crédit d'impôt pour l'emploi à domicile) ont notamment conduit à une réduction du reste à charge (RAC) importante, surtout à domicile, et en particulier pour les personnes les plus dépendantes. Cela laisse cependant la place à une réflexion sur le recours aux financements privés, dans un contexte où les RAC restent élevés en établissement. Le recours à l'assurance fait partie des solutions possibles pour couvrir ce risque dans un contexte où une grande réforme de la prise en charge des dépenses en établissements d'hébergement est envisagée. On peut s'interroger sur la capacité des pouvoirs publics à réduire les RAC en établissement étant donné que les dépenses publiques vont déjà être tirées vers le haut (même sans réforme) du fait de l'augmentation du nombre de bénéficiaires des aides publiques induite par le vieillissement de la population. Pour d'autres, l'hypothèse d'une politique de forte réduction des RAC est concevable. Quelle que soit la position adoptée, l'absence de visibilité sur le développement de l'assurance publique, en particulier via de nouvelles réformes, est certainement un handicap pour le développement de produits de financement privés.

Le rapport est organisé en trois parties. La première vise à actualiser l'état des lieux dressé dans le rapport de 2011 sur le marché de l'assurance dépendance¹, en particulier à partir des données issues d'une consultation (non exhaustive) menée auprès des organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) ayant participé aux travaux de la Commission. La deuxième partie s'interroge sur les freins à la souscription individuelle d'une assurance dépendance. Enfin, la troisième partie étudie différents scénarios de recours aux financements privés. Le premier concerne le développement de l'assurance privée. Différentes pistes sont examinées : instauration de mécanismes incitatifs visant à accroître le taux de couverture dans un cadre où l'assurance dépendance reste facultative ; instauration d'une assurance obligatoire ; généralisation par l'inclusion obligatoire dans un contrat d'assurance complémentaire santé. Le deuxième scénario est consacré à la mobilisation du patrimoine des individus en perte d'autonomie, qu'il s'agisse du patrimoine immobilier (viager, viage mutualisé, prêt viager hypothécaire dépendance) ou du patrimoine financier (mobilisation de l'assurance-vie).

¹ Fragonard B, (2011), Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.

1. Une assurance-dépendance peu développée et une coexistence de différents types de contrats

1.1. 6,8 millions d'individus couverts par un contrat dépendance fin 2014...

La Fédération Française de l'Assurance (FFA) estime à 6,8 millions les individus qui disposaient fin 2015 d'une couverture contre le risque dépendance. Les couvertures dont disposent les individus présentent des caractéristiques différentes en termes de modalités de souscription, de nature de la garantie ou encore de durée de la garantie.

Ainsi, la souscription peut se faire à titre individuel ou collectif, via l'appartenance de l'assuré à une entreprise ou à une branche professionnelle. En cas d'adhésion collective, la souscription peut être facultative ou obligatoire.

La garantie peut être à durée annuelle ou à durée viagère, avec des implications différentes sur la méthode de tarification et la gestion du risque par l'assureur (cf. Annexe 1). Dans le cas d'une couverture annuelle, l'assurance ne couvre que le risque de l'année en cours. L'assureur n'a aucun engagement au-delà de l'année, et l'assuré n'est plus couvert si sa garantie n'est pas renouvelée au terme de la période². Dans le cas d'une couverture viagère, l'individu est assuré jusqu'à son décès. Une partie de la prime est donc mise en réserve pour couvrir les risques futurs qui augmentent avec l'avancée en âge de l'assuré. Pour l'assureur, les couvertures viagères présentent naturellement davantage de risques du fait de son engagement sur une longue période

La garantie dépendance peut être la garantie principale du contrat. Elle peut aussi être en inclusion obligatoire, signifiant qu'elle est automatiquement accordée lors de la souscription à un contrat d'assurance de type santé et/ou prévoyance, ou encore adossée de manière facultative à une autre assurance³.

Les contrats dépendance varient également selon les caractéristiques des garanties choisies par l'assuré, en particulier sur le niveau de la rente, le niveau de perte d'autonomie pris en charge ou encore les prestations complémentaires.

Les garanties peuvent être à prestations définies ou à cotisations définies. Dans le premier cas, qui constitue la quasi-totalité du marché, le montant de la rente est défini dès la souscription du contrat. La durée de cotisation joue alors sur le montant des cotisations mensuelles : plus l'assurance est souscrite tôt, plus les cotisations sont faibles. Seul l'OCIRP, qui couvre près de 0,1 millions de cotisants personnes avec son contrat collectif DEPENDANCE⁴, fait exception et offre un contrat à cotisations définies (les cotisations sont

² AFREP (2011), « Evolution des couvertures Dépendance en France ».

³ La garantie « dépendance » peut aussi être proposée de manière optionnelle dans le cadre d'un contrat épargne retraite ou d'une assurance-vie. Elle peut aussi être couplée avec une autre garantie.

⁴ Sont ici comptabilisés les salariés cotisants et non pas l'ensemble des salariés couverts (la garantie dépendance OCIRP maintient en effet les droits acquis aux participants même lorsque ceux-ci cessent de cotiser).

indépendantes de l'âge de souscription). Dans ce cas, la durée de cotisation joue en effet sur le montant de la rente : plus l'assurance est souscrite tôt, plus la rente sera élevée.

Ces différentes couvertures sont offertes par des mutuelles (3,1 millions de personnes couvertes⁵), des sociétés d'assurance⁶ (3,4 millions de personnes couvertes) et des institutions de prévoyances (0,3 millions de personnes).

Avoir une vision précise du marché de l'assurance nécessite donc d'analyser les natures et modalités des garanties dépendance. Aucun travail de recensement récent ne permet cependant d'avoir une vision détaillée des types de couverture et des effectifs d'individus correspondants. La consultation menée par le HCFEA auprès de certains organismes d'assurance permet de compléter en partie l'information disponible (cf. l'Annexe 2 pour une description détaillée des résultats de la consultation et l'Annexe 3 pour le questionnaire transmis aux organismes d'assurance)⁷.

1.2. ... mais moins de 2 millions avec une couverture viagère dont la dépendance est la garantie principale.

Parmi les 6,8 millions d'individus assurés, 67 % environ sont couverts par une garantie annuelle, via une mutuelle ou une société d'assurance, quasi systématiquement via une assurance dépendance en inclusion obligatoire d'une complémentaire santé (et/ou prévoyance) (Figure 1).

Moins de 2 millions de personnes disposent d'une couverture viagère dont la dépendance est la garantie principale : 1,6 million de personnes auprès des sociétés d'assurance (1,2 million en individuel et 0,4 million en collectif) et 320 000 personnes auprès d'institutions de prévoyance⁸. Dans ce dernier cas, l'adhésion est très majoritairement collective.

Selon la FFA, les prestations versées en 2016 aux personnes en état de dépendance lourde ou partielle par les sociétés d'assurance s'élèvent à 246,1 millions d'euros. Ce montant apparaît très modeste au regard des restes à charge associés à la prise en charge de la perte d'autonomie, estimés à 10,4 milliards d'euros en 2014⁹. Cette faible contribution s'explique par une couverture qui reste limitée mais aussi par le manque de maturité du marché : la population assurée est relativement jeune (en particulier dans les contrats collectifs), si bien

⁵ Les mutuelles distribuent en réalité près de 4,6 millions de couverture. Une partie est cependant portée au bilan de société d'assurance, régies par le Code des Assurances, les mutuelles, régies par le Code de la Mutualité, ne faisant alors que distribuer les couvertures (cf. note figure 1).

⁶ Inclus les sociétés d'assurance mutuelles régies par le code des Assurances

⁷ Le questionnaire en annexe 3 comporte de nombreuses questions avec pour objectif de dresser un large panorama des informations dont on souhaitait disposer dans le cadre de ce rapport. Nous n'avons cependant pas pu collecter des informations sur l'ensemble des items listés et pas toujours de manière homogène entre sociétés d'assurance, mutuelle et IP.

⁸ Une offre viagère portée par le bilan de mutuelles existe (mais représente selon le FNMF probablement moins de 100 000 personnes couvertes).

⁹ Darcillon (2016), « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », dans *La protection sociale en France et en Europe en 2014*, Coll. Panorama de la DREES.

qu'une partie importante des cotisations versées sert à provisionner les risques futurs. Fin 2015, près de 5,8 milliards avaient été provisionnés pour faire face aux engagements futurs des compagnies d'assurance (87 % de ces provisions étant constituées par les sociétés d'assurance, du fait du mode de couverture viagère retenu).

Compte tenu des contours parfois flous des différents périmètres et du manque d'information précise et représentative du marché dans son ensemble, il est difficile de comparer les chiffres du rapport de 2011 avec ceux retenus ici. On peut cependant noter que la couverture à titre individuel en garantie principale viagère a légèrement progressé, passant de 1,16 million de personnes en 2011 à 1,26 million en 2016.

De même, même si la comparaison n'est pas aisée et requiert en particulier de connaître le type de couverture offerte, on peut noter que le marché de l'assurance dépendance privée en France est le second marché mondial derrière les Etats-Unis en termes de nombre de personnes couvertes¹⁰. Sur le marché international, on peut noter le récent développement des contrats d'assurance privée en Allemagne, en particulier depuis 2013 suite à une réforme (« Pflege-Bahr »)¹¹ qui consiste en une subvention à l'achat de contrats d'assurance-privée¹². En 2015, on dénombre 684 000 contrats de ce type (subventionnés) et 2 585 000 contrats d'assurance-privée non subventionnés, soit près de 3,3 millions de contrats. La croissance a été rapide sur les dix dernières années. On dénombreait 833 000 contrats en 2005 et deux fois plus en 2010 (1,8 million de contrats). En Italie, on a assisté à un « décollage » des contrats d'assurance-dépendance privée, via le développement des contrats collectifs. On en dénombreait 355 000 en 2009¹³. Enfin, en Israël, le marché est aussi très développé, majoritairement dans le cadre de contrats collectifs de santé. 2/3 de la population serait ainsi couverte.

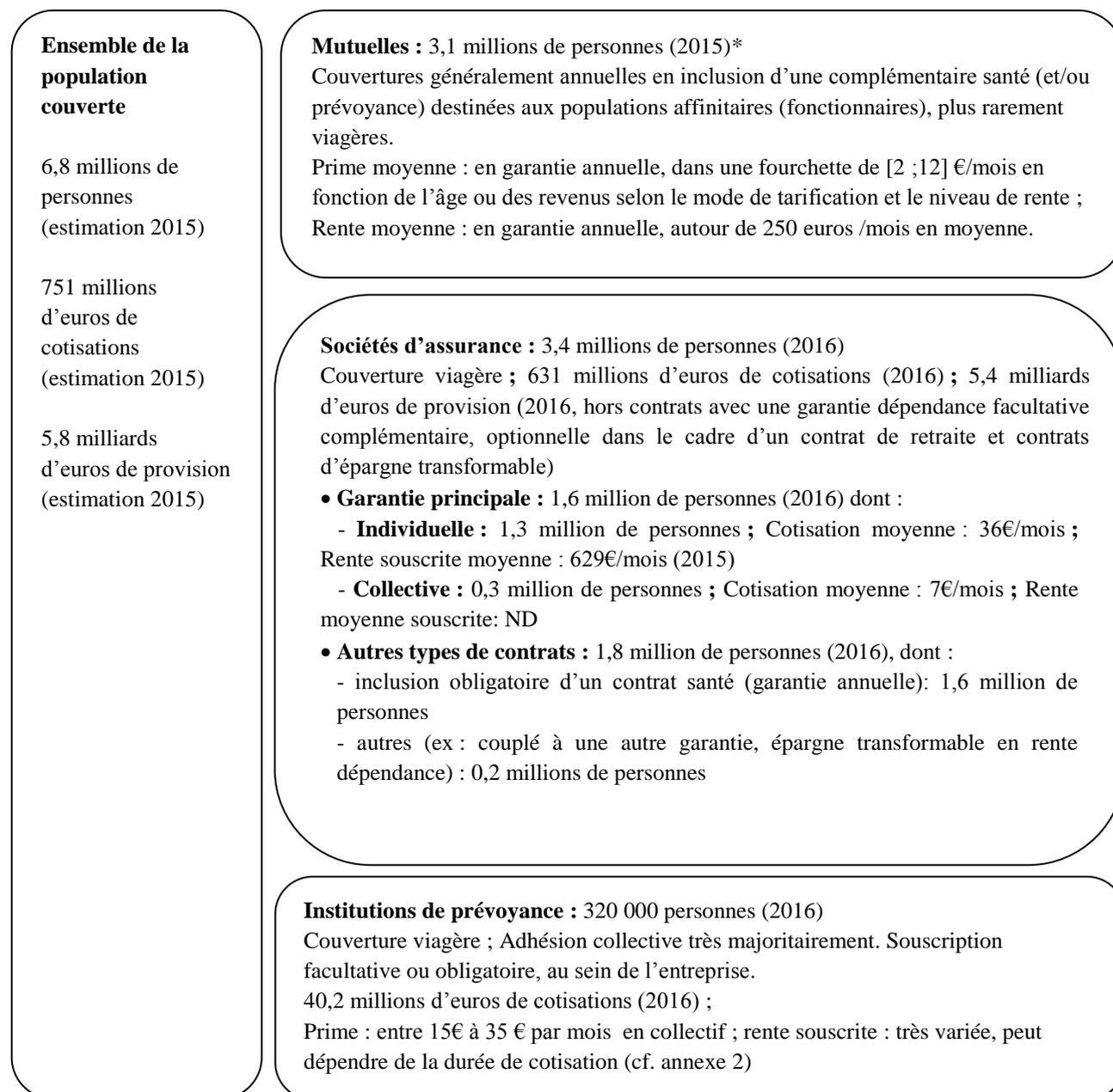
¹⁰ Un autre indicateur pertinent serait un taux de couverture (nombre de personnes couvertes en pourcentage de la population totale, voir par exemple P. DOTY, P. NADASH, N. RACCO, "Long-Term Care Financing: Lessons From France", *The Milbank Quarterly*, Vol. 93, No. 2, 2015 (pp. 359-391).

¹¹ Pamela Nadasha, Alison Evans Cuellar, "The emerging market for supplemental long term care insurance in Germany in the context of the 2013 Pflege-Bahrreform, Health Policy. 2017 Jun;121(6):588-593.

¹² La subvention est de 5€ par mois pour une cotisation d'au moins 10 €.

¹³ Comas-Herrera, Adelina and Butterfield, R. and Fernández, José-Luis and Wittenberg, Raphael and Wiener, J. M. (2012) *Barriers and opportunities for private long-term care insurance in England: what can we learn from other countries?* In: McGuire, Alistair and Costa-i-Font, Joan, (eds.) *The LSE Companion to Health Policy*. Elgar original reference. Edward Elgar, Cheltenham, UK, pp. 258-282

Figure 1- Structure et taille du marché



* On peut estimer autour de 3,1 millions le nombre d'individus directement assurés par une mutuelle pour une couverture de perte d'autonomie (i.e la mutuelle porte les engagements bruts dans son bilan) et, plus globalement, à 4,6 millions le nombre d'individus couverts par un contrat distribué par une mutuelle. La différence tient au statut des organismes porteurs du risque (certaines sociétés anonymes, MUTEX et MF prévoyance notamment, partiellement ou totalement contrôlées par des organismes mutualistes, distribuant leur offre en marque blanche auprès d'opérateurs mutualistes).

Source : FFA, Mutualité Française, CTIP

Note : attention, les chiffres ne renvoient pas tous à la même année et ne sont donc pas directement comparables.

1.2.1. Mutuelles

On peut estimer autour de 3,1 millions le nombre d'individus directement assurés par une mutuelle pour une couverture de perte d'autonomie (i.e la mutuelle porte les engagements bruts dans son bilan) et, plus globalement, à 4,6 millions le nombre d'individus couverts par un contrat distribué par une mutuelle. La différence tient au statut des organismes porteurs du risque : certaines sociétés anonymes, MUTEX et MF prévoyance notamment, partiellement ou totalement contrôlées par des organismes mutualistes, distribuent leur offre en marque blanche auprès d'opérateurs mutualistes.

Dans la très grande majorité des cas, la garantie dépendance est en inclusion d'un contrat de complémentaire santé en garantie annuelle, distribué auprès de populations affinitaires (fonctionnaires). La cotisation mensuelle spécifiquement dédiée à couvrir le risque dépendance représente dans ce cas quelques euros par mois dans la cotisation du contrat santé. La cotisation peut alors, dépendre soit du revenu de l'individu (comme dans le cas de de MF Prévoyance) soit de l'âge (par exemple dans le cas de MNH), soit des deux (MGEN par exemple). L'inclusion automatique dans une garantie largement diffusée comme l'assurance santé permet une forte mutualisation du risque sur une large population dans toutes les tranches d'âge. Les rentes servies sont viagères et le niveau moyen de rentes est autour de 220€ par mois. Les rentes sont donc modestes en comparaison de celles fournies par les entreprises d'assurance et au regard des éventuels restes à charge mais permettent d'éviter un renchérissement du package « santé-dépendance ».

Des illustrations plus détaillées de l'offre sont fournies en annexe 2 de ce rapport. La mutuelle professionnelle MGEN, qui couvre à elle seul près de 2 millions d'individus, inclut par exemple dans son offre « Santé Prévoyance » une garantie dépendance offrant une rente de 120 € par mois en cas de dépendance totale lourde (GIR 1 et 2). S'ajoutent à cette rente un capital de 500 € par an en cas de maintien à domicile, ainsi que des CESU d'une valeur de 8€/heure (dans la limite de 20 heures par mois) permettant de recourir à un service d'aide à domicile prestataire conventionné MGEN.

A noter que la majorité des mutuelles présentes sur le segment des garanties annuelles a développé une offre facultative, soit sur base annuelle pour compléter la garantie obligatoire (illustrée par le contrat PLURIO de MGEFI), soit sur base viagère (même si leur souscription reste à un niveau plus faible du fait de leurs caractéristiques - facultative et viagère). Cette offre vient s'ajouter à celle plus ancienne d'autres mutuelles non issues de la Mutualité fonction publique, offre souvent élaborée en marque blanche (et portée dans le bilan) par MUTEX, société d'assurance intégralement contrôlée par un panel de mutuelles. On retrouve dans ce cas une offre proche de celle des sociétés d'assurance, tant dans le niveau de rente proposé, le seuil de prise en charge, que dans la gamme des services associés.

1.2.2 Sociétés d'assurance

Les sociétés d'assurance couvraient approximativement 3,4 millions d'individus en 2016. Parmi eux, 1,6 millions sont couverts par un contrat dont la dépendance constitue la garantie principale. Ces contrats d'assurance sont majoritairement souscrits à titre individuel (79 %) et offre des garanties viagères. Selon la FFA, la cotisation moyenne est de 36 €/mois pour une rente moyenne souscrite de 629 € par mois (2015). Parmi les contrats toujours commercialisés fin 2015, l'assurance ne couvre que la dépendance lourde dans 58 % des cas et dans 42 %, la dépendance lourde et partielle. Les couvertures souscrites à titre collectif sont moins nombreuses (21 %, soit 334 100 contrats) avec une cotisation autour de 7 €/mois en moyenne¹⁴. Le faible développement des couvertures collectives d'entreprise apparaît naturel étant donné que le risque qu'un salarié en activité devienne dépendant est très faible. Les entreprises ne sont pas directement concernées par le risque dépendance.

A côté des couvertures d'assurance dont la dépendance est la garantie principale, les sociétés d'assurance commercialisent d'autres types de contrat (1,8 million). Cela comprend les contrats dont la garantie dépendance est en inclusion obligatoire d'un contrat santé ou couplée à une autre garantie (décès ou épargne), les contrats d'épargne transformables en rente dépendance, les garanties dépendance facultatives complémentaires à une autre garantie (décès ou invalidité) et les garanties dépendance optionnelles d'un contrat de retraite. C'est par exemple le cas des assurances-vie proposant des sorties en rente viagère au-delà d'un certain âge. Si l'option dépendance est souscrite, l'assuré bénéficie alors d'une rente majorée en cas de dépendance lourde.

1.2.3. Institutions de prévoyance

Enfin, les institutions de prévoyance couvraient en 2016 approximativement 320 000 salariés avec ici aussi différentes modalités de souscription (cf. Annexe 2). Les couvertures dépendance proposées sont toutes en garantie principale. Elles sont en très grande majorité collectives, c'est-à-dire souscrite par des entreprises ou des branches professionnelles pour le compte de leurs salariés ou travailleurs indépendants. La souscription est suivant les contrats facultative ou obligatoire.

L'OCIRP, qui couvre près de 100 000 personnes présente la particularité d'offrir deux couvertures en points. Contrairement aux contrats à prestations définies, qui caractérisent l'ensemble du marché, les couvertures proposées par l'OCIRP sont des contrats à cotisations définies. Les cotisations versées par chaque salarié sont enregistrées sur un compte individuel (sous forme de points). En cas d'entrée en dépendance, ces points ouvrent droit à une rente mensuelle. Le montant de cette dernière n'est pas défini au moment de la souscription, il dépend de la durée de cotisation : plus un individu a cotisé tôt au moment de son entrée en dépendance, plus sa rente sera importante.

¹⁴ Nous rappelons que le niveau de la cotisation est lié au niveau de rente souscrite.

Certaines institutions de prévoyance (ProBTP par exemple) offrent par ailleurs des assurances dépendance aux travailleurs au moment de leur départ à la retraite.

1.3. Caractéristiques des affiliés

Les informations collectées lors de la consultation sur les caractéristiques des individus assurés sont très partielles (cf. Annexe 2 pour plus de détail). Elles donnent des ordres de grandeurs sur des moyennes mais aucune information précise au sein de l'ensemble de la population assurée sur la distribution des cotisations, des rentes, des âges de souscription, des âges d'entrée en dépendance ou encore des durées en dépendance.

Selon la FFA, l'âge moyen de souscription d'une assurance dépendance en adhésion individuelle est de 60 ans, avec un âge moyen d'entrée en dépendance de 81 ans. La durée moyenne en dépendance (partielle et lourde, une fois entrée en dépendance) serait, toujours selon la FFA, comprise entre 3 et 4 ans. Aucune information n'a cependant été recueillie sur la probabilité d'entrée en dépendance. La FFA estime à 15 % la proportion d'individus se voyant refuser la souscription d'une assurance dépendance en raison d'un risque de santé aggravé. Cette sélection devrait réduire la probabilité d'entrée en dépendance comparée à celle caractérisant la population générale. Enfin, la majorité des organismes d'assurance s'accordent sur la part plus importante de femmes parmi les souscripteurs.

Du côté des IP et des mutuelles, l'âge des affiliés est naturellement plus faible du fait de la prédominance des contrats collectifs (IP) ou en inclusion automatique (Mutuelles) : 39 ans en moyenne (IP). Au sein des assurés du groupe ProBTP, l'âge moyen d'entrée en dépendance est de 81 ans avec une durée moyenne en GIR 1 et 2 de 2 ans et 1 mois. La proportion de femmes parmi les assurés varie considérablement suivant la branche d'activité.

En France, trois enquêtes en population générale permettent de compléter ces résultats sur le taux de couverture dans la population : (i) le module ELDERS (anciennement « module PATED ») de la Fondation Médéric Alzheimer inclus dans l'enquête PATER, (ii) l'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) et (iii) l'enquête SPS (Santé et protection sociale). Chez les individus de 50 à 79 ans, la proportion déclarant avoir souscrit « volontairement » une assurance dépendance est sensiblement la même d'une enquête à l'autre : entre 13 et 17 %. Ces données d'enquête ne permettent cependant pas de distinguer les couvertures viagères des couvertures annuelles, mêmes si compte tenu de l'âge des populations considérées, on peut considérer une prédominance des souscriptions individuelles, majoritairement viagères. L'âge médian de souscription d'une assurance est selon ces enquêtes de 58 ans. Le taux de couverture est effectivement légèrement plus élevé chez les femmes, tandis qu'il apparaît assez peu sensible au niveau d'éducation. Le revenu et le patrimoine tendent à avoir un effet en cloche : les plus modestes et les plus aisés sont moins nombreux à déclarer disposer d'une assurance dépendance, les différences étant cependant peu importantes. Les structures familiales, en particulier le nombre d'enfants, joueraient de manière plus importantes et négativement sur la souscription à une assurance dépendance. On note par ailleurs que les individus ayant été confrontés à la dépendance d'un

proche (un parent généralement) souscrivent plus fréquemment une assurance dépendance, signe que le faible développement du marché trouve en partie son origine dans la méconnaissance du risque et de sa prise en charge (cf. infra).

2. Pourquoi le développement de l'assurance privée reste-il mesuré ?

Le faible taux de couverture pourrait sembler paradoxal compte tenu des restes à charge auxquels l'entrée en dépendance expose les individus. Avant la double réforme de l'aide à domicile des années 2017/2018, on estimait par exemple que pour 25 % des bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 2, le RAC représentait plus de 39 % de leurs ressources¹⁵. Chez les GIR 1, 25 % avaient un RAC représentant plus de 60 % de leurs ressources. En institution, les RAC sont encore plus conséquents (1587 euros par mois en moyenne¹⁶), si bien que le risque dépendance expose les individus à un risque financier important.

Différents facteurs peuvent expliquer le faible développement du marché de l'assurance dépendance.

Les premiers renvoient aux freins du côté de la demande, les seconds à une offre d'assurance qui reste encore perfectible. S'il est difficile d'éliminer les freins du côté de la demande et en particulier de modifier fondamentalement la perception qu'ont les individus du risque dépendance, certaines améliorations du côté de l'offre pourraient être mises en œuvre. Il faut noter que le développement du marché de l'assurance dépendance est assez récent, les premiers contrats datant de la fin des années 1980. La FFA souligne que les garanties sont accordées sur de longues périodes et que la probabilité d'entrer en dépendance et l'espérance de vie en dépendance peuvent considérablement évoluer. Ces incertitudes se matérialisent par une prudence imposée par le régulateur, qui implique des tarifs diligents. S'ils peuvent être perçus comme onéreux, la vision du risque actuel, de plus en plus précise, montre que cette prudence était insuffisante. Dès lors de nombreux acteurs du marché procèdent à des augmentations tarifaires.

Enfin, rappelons qu'une absence de visibilité sur les nouvelles réformes du dispositif public envisagé, est certainement un handicap pour le développement de produits de financement privés.

2.1. Des freins du côté de la demande individuelle

¹⁵ Bérardier (2012), « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ?, Revue française des affaires sociales, n°3, p.194-217.

¹⁶ Fizzala A., (2016), « Le reste à charge des personnes âgées dépendantes résidant en établissement », in « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la DREES*, n°1, mars.

Du côté de la demande individuelle, différentes explications rendent compte de la faible disposition des individus à souscrire des assurances dépendance¹⁷.

La première renvoie à l'incapacité financière d'une partie des ménages à souscrire des assurances à couverture viagère dont le coût représente au minimum 25 € par mois (pour la souscription d'une rente de 500 € par mois en dépendance lourde souscrite à 60 ans).

La faible disposition des individus à s'assurer peut également s'expliquer par le fait que les individus envisagent de couvrir ce risque de perte d'autonomie avec d'autres formes d'assurance, telles un patrimoine financier ou immobilier, ou par les ressources en aide informelle dont ils disposent.

On peut également mettre en avant la méconnaissance du risque dépendance, des couvertures disponibles (publiques ou privées) et du risque financier auquel les expose une entrée en dépendance. On parlera de myopie ou de déni.

Enfin une dernière série d'explications renvoie aux spécificités du risque dépendance et la manière dont celles-ci, au regard des préférences des individus, freinent l'adoption de comportements spontanés de couverture. Le risque dépendance présente en effet au moins trois caractéristiques importantes pouvant conduire un individu, même parfaitement informé des risques et de leurs coûts, à ne pas s'assurer : l'éloignement temporel du risque dépendance ; le manque d'intérêt pour l'individu dépendant que l'on pourrait devenir ; l'existence d'une aide informelle potentielle.

2.1.1 L'incapacité financière d'une partie de la population à souscrire une assurance dépendance

Différents membres de la commission considèrent que la souscription d'une assurance dépendance peut représenter un poids financier non négligeable pour une partie importante de la population (cf. en particulier la contribution de la Mutualité Française sur ce point, Annexe 11). Le montant des cotisations varie considérablement selon les garanties souscrites (le montant de la rente en particulier) et l'âge de souscription. A minima, une rente de 500 € par mois en cas de dépendance lourde souscrite à 60 ans implique une cotisation mensuelle de 25 €. A 65 ans, pour une rente de 1000 €/mois, la cotisation atteint approximativement 100 € par mois. Au-delà d'un certain âge, et compte tenu de la charge financière que représente la souscription d'une assurance dépendance, la population à même de s'assurer en garantie viagère se réduit donc considérablement.

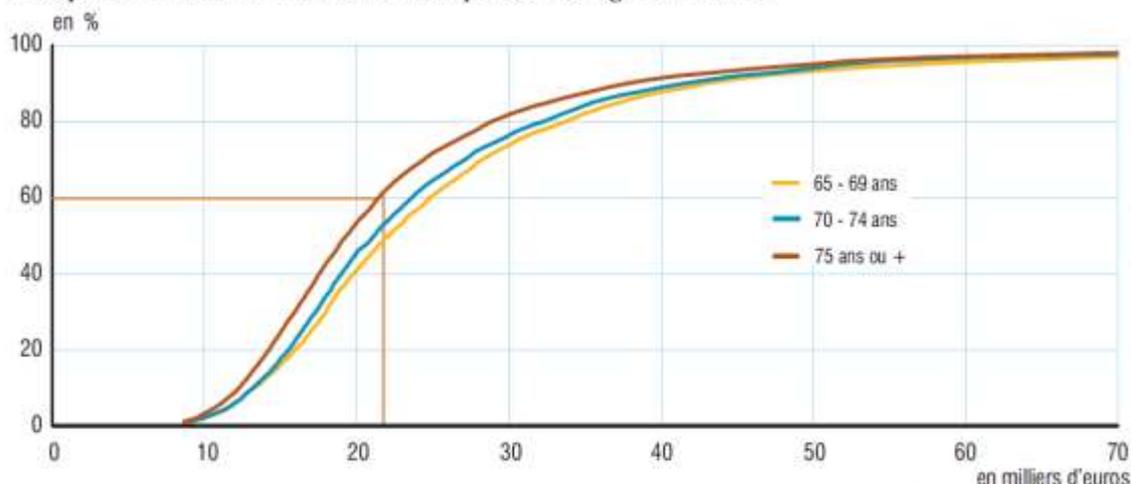
Le coût de la souscription d'une assurance dépendance peut utilement être rapproché du niveau de vie et de la capacité d'épargne des populations susceptibles de souscrire une assurance dépendance.

¹⁷ R. Fontaine et N. Zerrar (2013), « Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ? » Questions d'économie de la santé, n° 188

Niveau de vie mensuel médian en 2013 des 50-64 ans: 1877 €/mois ; des 65 ans et plus : 1706 €/mois (Insee, 2016).

Distribution des niveaux de vie des individus âgés de 65 ans et plus (2013)

3. Répartition des niveaux de vie des personnes âgées en 2013



Champ : France métropolitaine, personnes âgées de 65 ou plus vivant dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante. Les personnes vivant en communauté sont exclues du champ.

Lecture : en 2013, 60 % des personnes de 75 ans ou plus ont un niveau de vie annuel inférieur à 21 443 euros.

Sources : insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2013.

Source : Insee Référence, Edition 2016.

On peut également rappeler que 10 % des retraités ont un niveau de vie inférieur à 1050€/mois

Chez les 50-69 ans, on sait par ailleurs, qu'entre un quart et un tiers de ménages (selon que tient compte ou non de la consommation de biens durables) n'épargnent pas¹⁸.

L'offre d'assurance en garantie viagère est donc difficilement accessible pour une partie de la population.

2.1.2. Plutôt épargner que prendre le risque de cotiser « à fonds perdu » ?

En souscrivant une assurance dépendance, un individu s'assure une rente mensuelle en cas de perte d'autonomie, et ce jusqu'à son décès. Certains parlent de cotisations « à fonds perdu » pour définir la situation dans laquelle l'individu cotise pendant plusieurs années, sans devenir dépendant et donc sans ne recevoir aucune rente. Le risque de cotiser à fonds perdu est fréquemment présenté comme un frein à la souscription d'une assurance dépendance et comme un désavantage comparé à un produit d'épargne, qui lui permet de disposer des montants épargnés en absence de perte d'autonomie. En cas de non dépendance en particulier, les montants épargnés peuvent être transmis aux héritiers.

¹⁸ Insee (2014), « Le revenu et le patrimoine des ménages », édition 2014.

Le fait que la souscription d'une assurance dépendance expose les individus au risque d'une cotisation à fonds perdu appelle trois commentaires préalables.

Premièrement, il convient de souligner que le risque de cotiser à fonds perdu est intrinsèque à tout mécanisme assurantiel. Il n'est que la contrepartie naturelle au fait de disposer de ressources supplémentaires en cas de dépendance. Par nature, la souscription d'une assurance permet à l'individu de transférer de la richesse de l'état sans sinistre (non dépendant) vers l'état avec sinistre (dépendant). L'existence d'un risque de cotiser à fonds perdu ne permet donc pas, à elle seule, de remettre en cause l'intérêt de la souscription d'une assurance quelle qu'elle soit. Il convient en particulier de tenir compte de sa contrepartie : la hausse des ressources en cas de dépendance, fonction de la durée en dépendance et, comme décrit dans la suite du rapport, de la part des cotisations revenant aux assurés sous forme de rente. (cf. section 2.3.3).

Deuxièmement, le risque de cotiser à fonds perdu est d'autant plus important que la probabilité d'être dépendant est faible. Les informations collectées auprès des organismes d'assurance ne permettent pas d'estimer la probabilité d'entrée en dépendance selon les critères retenues dans les contrats d'assurance pour définir l'état de dépendance. Si l'on considère le bénéfice de l'APA comme définition de l'entrée en dépendance, la probabilité pour un individu de connaître un épisode de dépendance avant le décès est estimée en moyenne à 25 %¹⁹. Les individus auraient donc en moyenne une probabilité de 75 % de cotiser à fonds perdu. Cette probabilité est cependant sous-estimée compte tenu du fait que la couverture dépendance adoptée par les assureurs se limite dans certains cas à la dépendance lourde, ce qui est plus restrictif que la simple éligibilité à l'APA. La sélection médicale conduit par ailleurs à réduire le risque moyen d'être dépendant parmi les assurés. Sauf augmentation brutale et importante de l'incidence de la dépendance, le risque de cotiser à fonds perdu est donc important, ce qui fragilise l'intérêt d'une assurance du point de vue des potentiels souscripteurs.

Enfin, bien que l'épargne n'expose pas les individus au risque de cotiser à fonds perdu, elle implique d'immobiliser (jusqu'au décès) un montant financier pouvant être bien plus important que le montant de cotisation induit par la souscription d'une assurance dépendance.

Pour analyser plus précisément l'intérêt de la souscription d'une assurance dépendance, on peut de manière simple mais approximative considérer comme cas-type une garantie couvrant uniquement la dépendance lourde, souscrite à 60 ans, au prix de 25€ par mois pour une rente de 500€ par mois. Sous l'hypothèse d'une durée en dépendance moyenne de 3,7 ans (hypothèse retenue par la FFA) et d'une espérance de vie à 60 ans égale à 25 ans, ce contrat implique²⁰ :

- (i) En cas de non dépendance (75 % de chance par hypothèse):

¹⁹ Froment O., Marbot C. et Roy D. (2013), « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 », dans Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation, Dossiers solidarité et santé, Drees.

²⁰ On suppose que les rentes et cotisations sont revalorisées au rythme de 1 % par an. Le taux d'actualisation est supposé égal à 1,558% (taux de l'échéance Constante 20 ans 09/05/2017, Banque de France). Ce cas-type n'est qu'illustratif. Il permet de comprendre les mécanismes, les résultats en eux-mêmes sont sensibles aux hypothèses choisies.

- le versement d'une cotisation de 25€ par mois pendant 26 ans en moyenne, soit 7287 € après actualisation.
- Aucune rente
- (ii) En cas de dépendance (25 % de chance par hypothèse),
 - Le versement d'une cotisation de 25€ par mois pendant 22,3 ans en moyenne, soit 6313 € après actualisation
 - Le bénéfice d'une rente de 500€ par mois pendant 3,7 ans en moyenne, soit 19491 € après actualisation

En cas de non dépendance (scenario le plus fréquent), l'assuré cotise « à fonds perdu » (7287€), selon l'expression consacrée.

En cas de dépendance en revanche, les rentes touchées sont supérieures aux cotisations, si bien que sa richesse augmente (+13178€).

On retrouve bien l'intérêt de la souscription d'une assurance, qui est de transférer de la richesse d'un état vers un autre : en s'assurant, il dispose de moins de ressources sur son cycle de vie en cas de non dépendance mais de davantage de ressources en cas de dépendance.

Les montants calculés dans le cas de cet exemple n'ont qu'une valeur indicative. Ils reposent sur différentes simplifications et hypothèses. Cet exemple permet néanmoins d'illustrer le fait que le risque important de cotiser à fonds perdu n'est pas compensé par un gain monétaire aussi spectaculaire que pour les couvertures contre le décès ou l'invalidité en entreprise.

L'intérêt de la souscription à 60 ans d'une assurance dépendance garantissant une rente de 500 euros par mois en cas de dépendance lourde contre une cotisation de 25€ par mois peut-être comparé à un produit d'épargne standard. Un individu épargnant 25€ par mois au taux de 2 % à partir de 60 ans pourra se constituer un capital de 8653€ à 83 ans, soit 6064€ après actualisation au taux de 1,558%, contre une rente globale de 19491€, après actualisation, via l'assurance dépendance de notre exemple. Eviter le risque de cotiser à fonds perdu a donc un prix, au sens où épargner plutôt que souscrire une assurance divise environ par 3 le capital mobilisable en cas de dépendance.

L'épargne peut néanmoins être une alternative crédible à la souscription d'une assurance dépendance pour les individus peu enclins à prendre le risque de cotiser à fonds perdu. L'enquête ELDERS de la Fondation Médéric Alzheimer tend à confirmer la substituabilité entre épargne et souscription d'assurance dépendance. Statistiquement, les individus non assurés disposent en moyenne d'un patrimoine financier plus important que les individus assurés. L'assurance dépendance apparaît donc davantage comme un substitut à l'épargne que comme un moyen de couvrir un héritage futur.

La forte variabilité de la durée en dépendance est cependant un critère à prendre en compte dans la comparaison des deux stratégies de couverture. Si la durée moyenne en dépendance observée sur les portefeuilles de deux assureurs est d'environ 3 ans, il convient de souligner que la durée effective en dépendance peut fréquemment s'éloigner de cette durée moyenne. Les travaux de la DREES, qui conduisent à une estimation de la durée moyenne en dépendance de 3 ans pour les hommes et de 4,5 ans pour les femmes, montrent par exemple

que la durée en dépendance excède 4 ans pour 25 % des hommes et 7 ans pour 25 % des femmes²¹. Par ailleurs, les projections menées à la DREES soulignent une augmentation de la durée moyenne en dépendance : 4 ans en 2011 ; 5 ans en 2020 et 6 ans en 2040²². Si on considère une durée en dépendance de 5 ans plutôt que 3,7 ans (sans modifier l'espérance de vie), l'assurance type considérée précédemment (25 euros de cotisation par mois) gagne naturellement en attractivité : en cas de dépendance, l'individu bénéficie d'une rente totale de près de 26 430 € après actualisation (contre près de 19 491 € pour une durée en dépendance de 3,7 ans). Pour atteindre ce montant via l'épargne, il est nécessaire d'épargner environ 120 euros par mois, soit près de cinq fois le montant de la cotisation²³.

²¹ Marbot et Roy (2015), « Projection du coût de l'APA et des caractéristiques de ses bénéficiaires à l'horizon 2040 à l'aide du modèle Destinie », *Economie et Statistique*, vol. 481, p. 185-209.

²² Froment, Marbot et Roy (2013), « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 », dans *Projection des populations âgées dépendantes – Deux méthodes d'estimation*, coll. Solidarité santé.

²³ La FFA rappelle que couvrir la survenue d'un risque important, telle une durée de dépendance élevée et ses coûts associés, est un des objectifs de l'assurance.

Encadré 1. Probabilité d'entrer en dépendance, durée en dépendance, espérance de vie avec incapacité : quelques ordres de grandeurs

La tarification des contrats d'assurance dépendance dépend de manière cruciale des probabilités d'entrer en dépendance, de la durée en dépendance et donc au final de l'espérance de vie avec et sans incapacité.

Différentes études permettent de donner ici des ordres de grandeurs. La définition de la dépendance, la population étudiée, ainsi que les méthodes d'estimations sont variables d'une étude à l'autre, ce qui limite la comparaison des résultats.

Espérance de vie avec et sans incapacité

Eurostat calcule tous les ans les espérances de vie sans limitation d'activité pour chacun des Etats membres. Pour la France, les estimations de 2014 sont les suivantes :

	Homme	Femme
Espérance de vie à 65 ans	19,7 ans	24,0 ans
Espérance de vie sans limitation fonctionnelle	10,4 ans (53 %)	10,7 ans (45 %)
Espérance de vie avec limitation fonctionnelle	9,3 ans (47 %)	13,3 ans (55%)

Source : Eurostat

Le critère retenu, i.e. avoir des limitations fonctionnelles, est cependant beaucoup trop large comparé aux mesures utilisées par les organismes d'assurance. Les durées de vie avec restrictions dans les activités de la vie quotidienne sont beaucoup plus réduites (tableau ci-dessous).

Espérance de vie avec et sans incapacité à 65 ans (tirés de Pérès et al. 2011) :

		Ensemble	Homme	Femme
Espérance de vie		19,13 ans	17,06 ans	20,91 ans
Espérance de vie sans ADL sévère		17,66 ans	16,22 ans	18,90 ans
Espérance de vie avec...	...au moins 1 ADL sévère	1,47 an	0,84 an	2,02 ans
	...au moins 2 ADL sévères	1,18 an	0,67 an	1,61 an
	...au moins 3 ADL sévères	0,38 an	0,20 ans	0,55 an
	...au moins 4 ADL sévères	0,13 an	- (<i>effectif trop faible</i>)	0,18 an

Données : 4 cohortes épidémiologiques (Haute Normandie, Paquid, 3Cités, AMI)

Probabilité d'entrer en dépendance

Les consultations menées auprès des organismes d'assurance n'ont pas permis de recueillir de l'information sur la probabilité qu'a un individu assuré de connaître une situation de dépendance avant de décéder. Les estimations menées à partir des enquêtes de la Drees

apportent par ailleurs une information relativement hétérogène suivant la méthode d'estimation et les données mobilisées (cf. tableau ci-dessous)

Source	Données	Mesure dépendance	Résultats
Duée et Rébillard (2004)	Destinie + HID	Eligibilité potentielle à l'APA	Probabilité de connaître au moins 2 ans de dépendance : Homme=23,6% Femme=38,1 %
Marbot et Roy (2015)	Destinie + HID (actualisation de Duée et Rébillard ,2004)	Eligibilité potentielle à l'APA	Probabilité d'être en situation de dépendance au moment du décès : Homme=35 % Femme= 56 % Ensemble = 45 %
Froment et al. (2013)	Destinie + remontées individuelles	Bénéficiaire de l'APA	Probabilité d'avoir connu la dépendance avant le décès : 25 % en 2011 32 % en 2020 (projection) 36 % en 2040 (projection)

Durée en dépendance chez les individus dépendants

Selon les informations recueillies auprès des sociétés d'assurances et institutions de prévoyance, la durée en dépendance est en moyenne égale à 3 ans. Cette durée en dépendance apparaît tout à fait cohérente avec les estimations que l'on trouve dans la littérature. On sait par exemple que les individus bénéficient de l'APA 4 ans en moyenne²⁴. La durée est donc plus élevée que celle indiquée par les assureurs qui adoptent une définition plus restrictive de la dépendance. Notons que les données fournies par les assureurs ne concernent que deux entreprises. Ensuite, certains assurés souhaitent se limiter à la couverture contre la dépendance lourde afin de réduire le montant de leur cotisation, bien que la couverture contre la dépendance partielle leur soit fréquemment proposée. Il existe aussi des contrats qui ne proposent pas de couverture contre la dépendance partielle. Si l'on considère les bénéficiaires de l'APA qui au moment de leur entrée en dépendance étaient en GIR 1 ou 2 (plus proche de la définition des assureurs), la durée moyenne est de 3 ans et 4 mois. A noter cependant, que les projections concluent à une augmentation de la durée en dépendance : 5 ans en 2020 et 6 ans en 2040²⁵. Pérès et al. (2011)²⁶ concluent également à une durée moyenne en dépendance

²⁴ C. Debout (2010), « la durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne », Etudes et Résultats, n°724, DREES.

²⁵ Froment O., Marbot C. et Roy D. (2013), « Projection des trajectoires et de l'entourage familial des personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 », dans Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation, Dossiers solidarité et santé, Drees.

approximativement égale à 3 ans (3,17 ans) en considérant comme dépendant les individus ne pouvant pas réaliser seuls 3 AVQ sur 4. Leurs résultats illustrent par ailleurs la grande sensibilité de la durée en dépendance suivant la grille d'évaluation retenue pour qualifier la dépendance et la durée en dépendance plus importante chez les femmes comparée aux hommes. A noter cependant que les durées en dépendance s'homogénéisent entre hommes et femmes à mesure que l'on restreint la définition de la dépendance.

Durée en dépendance selon la mesure de la dépendance (tirés de Pérès et al. 2011):

		Ensemble	Homme	Femme
Incapacité totale à faire des ADLs	Au moins 1 ADL sévère	4,77 ans	4,22 ans	5,02 ans
	Au moins 2 ADL sévère	4,40 ans	3,94 ans	4,47 ans
	Au moins 3 ADL sévère	3,17 ans	2,79 ans	3,27 ans
	Au moins 4 ADL sévère	2,84 ans	2,90 ans	2,82 ans
Incapacité partielle à faire des ADLs	Au moins 1 ADL modéré	6,52 ans	6,10 ans	6,69 ans
	Au moins 2 ADL modéré	5,17 ans	5,10 ans	5,17 ans
	Au moins 3 ADL modéré	4,5 ans	4,48 ans	4,44 ans
	Au moins 4 ADL modéré	3,95 ans	4,18 ans	3,81 ans
Incapacité partielle à faire des IADLs	Au moins 1 IADL modéré	8,69 ans	6,83 ans	9,79 ans
	Au moins 2 IADL modéré	7,01 ans	5,61 ans	7,69 ans
	Au moins 3 IADL modéré	5,32 ans	4,61 ans	5,67 ans
	Au moins 4 IADL modéré	4,79 ans	4,34 ans	5,00 ans
	Au moins 5 IADL modéré	3,87 ans	3,55 ans	3,99 ans

Données : 4 cohortes épidémiologiques (Haute Normandie, Paquid, 3Cités, AMI)

2.1.3. Souscrire une assurance dépendance ? Pourquoi, ma famille m'aidera !

Finalement, une troisième caractéristique propre au risque dépendance est relative au rôle majeur que joue la famille dans la production de prise en charge. L'aide informelle étant partiellement substituable à l'aide professionnelle, la décision de souscrire une assurance dans l'optique de financer une prise en charge professionnelle interagit nécessairement avec la manière dont les individus anticipent et valorisent l'aide informelle et le bien-être de leurs proches. L'existence d'un aléa moral intergénérationnel, c'est-à-dire d'une diminution anticipée de l'aide informelle en cas de recours à une assurance dépendance, pourrait alors réduire la demande d'assurance²⁷. Il convient de souligner que ce mécanisme n'implique pas nécessairement qu'aide informelle et aide professionnelle soient réellement substituables. Seul compte le fait que l'individu anticipe ce lien négatif au moment de s'assurer.

²⁶ K. Pérès, F. Matharan, I. Carrière, C. Berr et J.-F. Dartigues (2011), « Projet Dépendance 4 cohortes épidémiologiques : Haute Normandie, Paquid, 3Cités et AMI », Rapport final.

²⁷ Joan Costa-Font, Christophe Courbage (2015), "Crowding Out of Long-Term Care Insurance: Evidence from European Expectations Data, Health Economics, vol. 24, Issue Supplement S1, 74-88.

Le souci de ne pas être une « charge » pour sa famille peut au contraire inciter à souscrire une assurance dépendance. Dans ce cas, une réduction de l'aide informelle en cas de souscription ne serait pas un effet indésirable mais bel et bien l'effet recherché par l'individu. Cet altruisme familial peut intervenir à deux niveaux²⁸. Tout d'abord, un individu peut souhaiter ne pas faire reposer sa prise en charge en cas de dépendance sur les membres de sa famille (son conjoint et/ou ses enfants). Deuxièmement, l'altruisme familial peut s'exprimer à travers la volonté de préserver le niveau de vie et le patrimoine familial, et en particulier l'héritage à transmettre. Se couvrir contre le risque dépendance peut dès lors constituer un moyen de se prémunir face à une diminution importante du patrimoine à transmettre à ses descendants due au financement d'une prise en charge professionnelle ou d'un placement en institution.

L'enquête ELDERS de la Fondation Médéric Alzheimer permet d'apporter des éclairages statistiques nouveaux qui tendent à nuancer l'expression de l'altruisme dans le cas de la souscription d'une assurance dépendance. Si la volonté de s'assurer pour ne pas être une charge pour sa famille est bel et bien une raison évoquée pour justifier la souscription d'une assurance dépendance, l'altruisme familial ne permet pas de remettre en cause l'effet d'éviction de la demande d'assurance par l'aide informelle espérée en cas de dépendance. Les individus assurés ont en effet statistiquement moins de ressources en aide informelle que les individus non assurés²⁹.

2.1.4. Myopie/déni face au risque d'être dépendant et à sa prise en charge³⁰

Le baromètre dépendance 2017 ORCIP-France Info-Le Monde révélait qu'environ 80% des personnes interrogées reconnaissaient ne pas connaître le coût d'une prise en charge, ni connaître les modalités de financement publics existants, pouvant parfois conduire à leur surestimation. Il est possible aussi que les personnes pensent la prise en charge de la perte d'autonomie couverte par l'assurance-maladie, et donc relativement bien prise en charge.

Ce manque d'information se cumule par ailleurs avec une forme de déni sur le risque d'être un jour dépendant. Selon le baromètre 2016 « Risque de perte d'autonomie et comportements des Français » de la Fondation Médéric Alzheimer³¹ les individus âgés de 50 à 79 ans sont :

- 63 % à déclarer que ce qu'ils deviendront après 80 ans ne les préoccupe pas pour l'instant ;
- 40 % à déclarer ne pas envisager le risque dépendance ;

²⁸ Pauly, M. V. (1990), "The rational nonpurchase of long-term-care insurance", *Journal of Political Economy*, 153-168.; Sloan, F. A. and Norton, E. C. (1997), "Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: Evidence from the long-term care insurance market", *Journal of Risk and Uncertainty* 15: 201- 219.

²⁹ Fontaine R. et Plisson M. (2016), « De la dépendance à l'aide : premiers résultats de l'enquête ELDERS 2 », Rapport d'étude de la Fondation Médéric Alzheimer, n°10.

³⁰ R. Fontaine et N. Zerrar (2013), « Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ? » *Questions d'économie de la santé*, n° 188

³¹ Fondation Médéric Alzheimer, 2016, « Risque de perte d'autonomie et comportements des Français », 1er baromètre.

- 27 % à déclarer qu'ils ne seront jamais dépendants.

Les fédérations et associations représentant les retraités et personnes âgées considèrent que le diagnostic de myopie et de déni doit être infléchi (cf. contribution dans l'Annexe 13), les quelques baromètres disponibles montrant avec constance que :

Pour 77% des personnes interrogées, la perte d'autonomie est perçue comme un sujet important ou primordial (OCIRP) et cette tendance est stable ; même si le risque peut sembler lointain, les aidants, à travers des proches en ont souvent une connaissance intime.

Près de 80% également estiment important de se prémunir financièrement, mais une même proportion n'est pas protégée ; (OCIRP)

Malgré une attente forte à l'égard des pouvoirs publics, 63% des français sont prêts à épargner davantage en prévision d'une situation de dépendance les concernant (DREES).

Mais plus de 50% sont favorables à une cotisation « obligatoire » (DREES)

Tandis que 59% seraient favorables à une couverture « complémentaire » à la solidarité nationale (OCIRP).

2.1.5. L'éloignement temporel du risque dépendance

La durée peut être très longue entre la décision de souscription et la survenance du risque. Cet éloignement temporel conduit à donner un rôle important à la préférence pour le présent tout en réduisant le rôle de l'aversion au risque. Si un agent décide de contracter une assurance dépendance à 50 ans, ce n'est que vers 80 ans que sa probabilité de devenir dépendant sera substantielle. La préférence pour le présent est donc amenée à jouer un rôle majeur dans la décision d'achat d'une assurance étant donné que les bénéfices de la souscription ne produisent leurs effets que dans un futur lointain. A l'inverse, les coûts associés à la souscription, i.e. le paiement des cotisations, sont subis actuellement ou dans un futur proche.

Par ailleurs – et paradoxalement, l'aversion au risque pourrait freiner la souscription à une assurance dépendance du fait de l'éloignement temporel, dès lors qu'un individu doute de sa capacité financière future à poursuivre pendant de nombreuses années le paiement des cotisations. En cas de résiliation du contrat, le risque est en effet de cotiser à « fonds perdus », i.e. sans possibilité de sortie en capital, ou via une mise en réduction dont les paramètres sont inconnus au moment de la souscription. De plus, comme nous le précisons par la suite, les différentes incertitudes pesant sur les contrats d'assurance, que ce soit au niveau de leur portabilité, de l'évaluation du niveau de dépendance, des clauses de valorisation des rentes et des primes, ou encore du prix des services d'aide à domicile peuvent paradoxalement désinciter un individu à souscrire une assurance dépendance.

2.1.6. Manque d'intérêt pour l'individu dépendant

Comme d'autres risques liés à l'état de santé, la réalisation du risque dépendance n'est vraisemblablement pas sans conséquence sur la manière dont un individu valorise sa richesse. La littérature économique évoque de ce point de vue l'hypothèse selon laquelle les individus valoriseraient moins leur richesse en situation de dépendance. Dit autrement : 100€ en état de dépendance aurait moins de valeur aux yeux des individus que 100€ en état de non dépendance. Si c'est le cas, cela réduirait fortement l'intérêt d'une assurance permettant de transférer de la richesse de l'état de « non dépendant » vers l'état « dépendant »³². Les individus préféreraient en effet disposer de leur richesse en bonne santé et en parfaite autonomie plutôt que d'en transférer une partie à la personne âgée dépendante qu'ils seront éventuellement dans le futur³³.

2.3. Une offre hétérogène de couverture qui manque encore de lisibilité

2.3.1. Quelle garantie sur la valeur de la rente forfaitaire ? La question du mode de revalorisation

En cas d'entrée en dépendance, les organismes d'assurance versent une rente forfaitaire³⁴. En privilégiant une indemnisation indépendante de la consommation effective de soins et services médico-sociaux, les assureurs reportent sur les assurés une partie des incertitudes portant à long terme sur le besoin et le coût de la prise en charge³⁵. En effet, contrairement à une assurance indemnitaire, i.e. sous forme de remboursement de dépenses effectives (type assurance maladie), rien ne garantit que l'indemnité forfaitaire suffise à financer la prise en charge. Ceci est d'autant plus vrai que, pour un individu de 60 ans au moment de la souscription de l'assurance, la prise en charge s'organisera potentiellement à un horizon de vingt ou trente ans, sans certitude sur les coûts futurs d'une prise en charge. A noter que, pour le niveau de rente promis, cette question ne se pose pas dans ces termes pour un contrat en garantie annuelle, les conditions dudit contrat pouvant être revue chaque année à son échéance.

A l'incertitude sur le volume de services médico-sociaux que permettra de consommer la rente dans le futur, s'ajoute l'incertitude sur la manière dont les cotisations et rentes sont révisées par les entreprises d'assurances. Que vaudra en particulier une rente de 500 €

³² Assous L. et Mahieu R. (2002), « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé », *Revue économique*, vol. 53, pp. 887-912; Bien F., Chassagnon A., et Plisson M. (2011), « Est-il rationnel de ne pas s'assurer contre la dépendance? » *Revue française d'économie*, n° 26(4): 161 199.

³³ Cf. les résultats de l'enquête ELDERS pour une analyse qui tend à confirmer statistiquement ce phénomène : Fontaine R. et Plisson M. (2016), « De la dépendance à l'aide : premiers résultats de l'enquête ELDERS 2 », Rapport d'étude de la Fondation Médéric Alzheimer, n°10.

³⁴ Le montant de la rente est défini dès la souscription du contrat. Seul l'OCIRP, qui offre un contrat à cotisations définies, fait exception : si un minimum forfaitaire est garanti les premières années, le montant final de la rente dépend de la durée de cotisation.

³⁵ Assous L. et Mahieu R. (2002), « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé », *Revue économique*, vol. 53, pp. 887-912

souscrite aujourd'hui dans 25 ans ? Comment s'effectuent les revalorisations ? L'information transmise dans les notices d'information est-elle suffisamment explicite ? Sont-elles suffisamment significatives pour suivre l'évolution du prix des services médico-sociaux ? La revalorisation des cotisations conduit-elle certains assurés à mettre fin à leur couverture ?

Ces questions sont fondamentales car les complexités relatives à la revalorisation des cotisations et garanties sont génératrices d'incertitude et de la méfiance de la part des individus souhaitant éventuellement souscrire une assurance dépendance. La dépendance est un risque de long terme, les individus doivent avoir une vision claire de l'évolution de leurs droits. D'ailleurs, selon le Comité consultatif du secteur financier qui a publié un rapport sur l'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance³⁶, « *Il ressort des auditions des associations de consommateurs que les contrats pourraient davantage mettre en avant deux aspects importants de l'exécution contractuelle dans le temps : la revalorisation des cotisations et celle des garanties. S'agissant en particulier de la dynamique des garanties, il est le plus souvent prévu que celles-ci peuvent être revalorisées en fonction des résultats techniques et financiers du contrat. Outre que cette notion, certes limpide pour les assureurs, est relativement obscure pour les souscripteurs, les associations de consommateurs déplorent que les assurés ne soient pas davantage mis en garde contre le risque d'érosion monétaire des rentes promises, qui peut s'avérer très substantielle sur quinze ou vingt ans avec une inflation annuelle moyenne de 2%* ».

Selon l'Association des professionnels de la réassurance en France, trois types de revalorisation peuvent être envisagés³⁷.

- par référence à l'évolution d'un indice extérieur (on parle généralement dans ce cas d'indexation), type PMSS, point AGIR ou ARRCO, indice Insee des prix à la consommation ou autres. L'indexation est source d'incertitude quant à l'évolution de l'indice, d'où la nécessité de ne garantir qu'une revalorisation « en référence à » l'évolution d'un indice. En cas d'indexation, le risque qui pèse sur l'assureur engendre un coût important en capital du fait des obligations prudentielles.
- sur la base d'un taux d'évolution forfaitaire fixé au contrat initial, par exemple 1% par an. Cette méthode peut être pilotée sans difficulté par l'assureur, mais se traduit par une hausse de tarif pour l'utilisateur.
- sur la base des résultats techniques et financiers du contrat. Un contrat d'assurance peut dégager deux types de bénéfices (positifs ou négatifs) : « financiers », issus des placements effectués par l'assureur ; « techniques » dégagés si les statistiques observées sur les assurés sont différentes de celles anticipées. Ces bénéfices peuvent être partagés entre l'assureur et les assurés, via par exemple une augmentation ou une réduction des cotisations ou des rentes garanties.

De fait, la majorité des contrats actuellement commercialisés, s'inscrivent dans une revalorisation des cotisations et des garanties de la rente prévue en cas de dépendance à un

³⁶ Comité consultatif du secteur financier (2013), « l'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance », juillet 2013

³⁷ AFREP (2011), « Evolution des couvertures Dépendance en France ».

taux fixé « *en référence à* » l'évolution d'un indice (PMSS, point AGIRC ou ARRCO, indice Insee des prix à la consommation ou autre). Il convient de noter l'expression « en référence à », qui reste assez imprécise³⁸. La FFA souligne que l'information annuelle apporte un éclairage sur le lien entre la revalorisation effective des prestations et l'indice. Cette terminologie permet aux assureurs de baser leur revalorisation sur un indice public sans pour autant s'engager sur un élément qui échappe à leur maîtrise. Au final, les assurés n'ont pas de réelles garanties face à une possible érosion des rentes. Les consultations effectuées auprès des organismes d'assurance n'ont pas permis d'identifier de contrats prévoyant une revalorisation sur un taux d'évolution forfaitaire fixé au contrat initial.

Si on compare, sur la période 2000-2014, l'évolution des indices servant généralement de référence à l'indexation des cotisations, garanties et rentes servies, une assurance souscrite en 2000 conduira en 2014 à une rente revalorisée annuellement au rythme de 2,4 % en moyenne en cas d'indexation sur le plafonds de la Sécurité Sociale, 1,6 % en cas d'indexation sur l'indice des prix à la consommation, 1,4 % en cas d'indexation sur la valeur du pont AGIRC et seulement 0,6 % en cas d'indexation sur la valeur du point d'indice de la fonction publique (Tableau 1).

Ces indexations mériteraient d'être comparées à l'évolution des prix des services médico-sociaux pour évaluer l'évolution du pouvoir d'achat de la garantie de la rente servie. Faute de données statistiques sur l'évolution du coût de ces services, il est possible de les comparer à l'évolution du coût des salaires, les prix des prestations en matière de dépendance suivant une évolution proche des salaires.

Tableau 1. Taux de croissance annuel moyen entre 2000 et 2014 des indices servant de référence à la revalorisation et des salaires

	Taux de croissance moyen entre 2000 et 2014
Indice des prix à la consommation	+ 1,6 %
Indice du salaire net moyen des postes à temps complets (euros courants)	+2,1 %
Indice du salaire net moyen des postes à temps complets (euros constants)	+0,5 %
SMPT brut (2008-2016)	+1,8 %
Indice du SMIC brut mensuel (euros courants)	+ 3,0 %
Indice du SMIC brut mensuel (euros constants)	+ 1,4 %
Indice du plafond de la Sécurité Sociale sur les salaires bruts (euros courants)	+2,4 %
Indice du plafond de la Sécurité Sociale sur les salaires bruts (euros constants)	+0,8 %
Valeur du point AGIRC	+1,4 %
Valeur du point d'indice dans la fonction publique	+0,6 %

³⁸ Un membre indique que cette notion « en référence à » reste imprécise juridiquement.

Source : Insee, AGIRC

Aussi bien le salaire net moyen, que le SMPT ou le SMIC brut augmentent à un rythme supérieur aux indices servant à l'indexation des cotisations, garanties et rentes servies, à l'exception de l'indexation sur les plafonds de la sécurité sociale. Le choix de l'indice auquel fait référence l'indexation est donc important dans l'évolution de la valeur de la rente. L'indexation sur la valeur du point d'indice de la fonction publique se traduit par exemple par une érosion conséquente de la rente³⁹.

En plus de ces indexations en référence à un indice particulier, les contrats d'assurance aujourd'hui commercialisés prévoient des revalorisations des cotisations si les résultats techniques et financiers du contrat le nécessitent ou en cas de modifications réglementaires ou législatives. Ces revalorisations ne sont pas définies au moment de la souscription car elles dépendent des résultats technico-financiers annuels et ne sont pas associées à des revalorisations proportionnelles des garanties. L'assuré a donc très peu de visibilité à moyen et long terme sur ces revalorisations⁴⁰, même si il est normalement informé régulièrement du montant de rente revalorisé.

En 2011, sur un échantillon de sept contrats⁴¹, la revalorisation annuelle sur la période 2000-2010 a été de 1,2 % par an, contre une inflation moyenne de 1,7 % par an sur la même période. Toujours dans le rapport de 2011, il est indiqué que selon un sondage de la FFSA, le taux de revalorisation des rentes des contrats d'assurance-dépendance a été en moyenne sur dix ans de 1,5% par an. Les revalorisations des prestations ainsi que des primes sont donc sur cette période inférieures à l'augmentation des salaires, et même de l'inflation⁴².

Selon les informations recueillies au moment de la consultation de 2017, la couverture proposée par l'OCIRP a été revalorisée de 0,3 % par an en moyenne sur les cinq dernières années. Chez ProBTP, la valeur en 2016 d'une rente de 500 euros souscrite il y a 5, 10 ou 20 ans a en moyenne été revalorisée à un rythme compris entre 1 et 1,2 % (Tableau 2). Les informations communiquées par la FFA sont du même ordre de grandeur. Le constat fait en 2011 est donc toujours d'actualité : compte tenu de l'évolution des salaires, les principes de revalorisation conduisent à une érosion du pouvoir d'achat de la rente. La revalorisation des rentes se ferait même à un rythme de plus en plus faible au regard de ce que l'on observe ces 15-20 dernières années.

³⁹ Outre le risque d'érosion des rentes, certains contrats (environ un tiers) n'incluent pas explicitement les principes d'indexations dans leurs conditions générales de vente.

⁴⁰ Il en est de même pour l'assureur.

⁴¹ Fragonard B, (2011), Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.

⁴² La FFA souligne que le montant de revalorisation est distinct de la performance financière du contrat qui est communiquée dans le relevé annuel. La performance financière est la somme des intérêts techniques, qui découlent du taux d'actualisation utilisé à la souscription, et de la participation aux bénéfices.

Tableau 2. Valeur en 2016 d'une rente de 500 euros souscrite chez ProBTP (institution de prévoyance) il y a ...

	Valeur de la rente en 2016	Taux de croissance annuel moyen
... 5 ans	524,68 €	0,97 %
... 10 ans	564,60 €	1,22 %
... 20 ans	633,95 €	1,19 %

2.3.2. Sélection des risques freinant l'accès et réduisant l'intérêt d'une souscription

Pour limiter les phénomènes d'antisélection liés au caractère facultatif de la souscription, une sélection des risques est pratiquée via l'instauration :

- de délais de carence en cas de maladie, le souscripteur n'étant assuré qu'une fois passé un certain délai après la souscription du contrat. Généralement, ce délai de carence est d'un an pour cause de maladie, sauf pour les maladies neuro-dégénératives où le délai est généralement porté à trois ans. Aucun délai de carence n'est généralement prévu en cas d'accident. Si l'assureur prononce un délai de carence, la totalité des primes sont en général remboursées.
- des délais de franchise, généralement de trois mois
- des limites d'âge à la souscription (généralement 75 ans)
- d'une sélection médicale pouvant conduire à une surprime ou à un refus d'assurance. Très peu de données statistiques permettent de décrire ses modalités, la proportion d'individus payant une surprime et le taux de refus. La sélection médicale semble cependant relativement hétérogène d'un assureur à l'autre. A noter en particulier que les assurances de groupe obligatoires ne sont naturellement pas concernées par la sélection médicale.

La procédure de sélection médicale diffère d'un organisme d'assurance à l'autre mais semble le plus souvent s'organiser en deux étapes. Les individus doivent dans un premier temps remplir une déclaration de santé avec un nombre réduit de questions (maximum 5 questions). Les individus sont par exemple interrogés sur leurs hospitalisations passées, leurs traitements médicaux, leur handicap ou encore le fait de bénéficier d'un remboursement à 100 %. Dans un second temps, en fonction de leurs réponses à la déclaration de santé, les individus reçoivent un questionnaire médical spécifique à leur(s) pathologie(s) à faire compléter par leur médecin traitant, avec fourniture éventuelle de documents médicaux.

Compte tenu de cette sélection médicale, Dufour-Kippelen (2008)⁴³ évoque un taux de refus de 15-20 %. Dans l'enquête ELDER (2016) de la Fondation Médéric Alzheimer qui étudie la

⁴³ Dufour-Kippelen S. (2008). « Les contrats d'assurance dépendance sur le marché français en 2006 ». Drees, *Document de travail* – série Etudes et Recherches n° 84.

demande d'assurance dépendance, 4 % des individus âgés de 50 à 79 ans déclarent qu'un assureur ou une banque a déjà refusé de les assurer à cause de leur état de santé. Si on compare aux 13 % qui se déclarent assurés dans cette même enquête, on peut estimer à partir de ces déclarations à près de 23 % le taux de refus. Selon le dossier sur l'assurance dépendance paru dans la revue *Le Particulier*⁴⁴ : « En 2015, le groupe Prévoir rapporte ainsi que 65 % des demandes d'adhésion ont fait l'objet d'un examen par son service médical. Sur ce nombre 45 % des demandes ont été facturées au tarif en vigueur, 14 % se sont vu appliquer des surprimes et 11 % ont été refusées ».

Les acteurs du marché de l'assurance indiquent que la sélection médicale s'est considérablement simplifiée ces dernières années. Ils soulignent aussi que la sélection médicale en France est une des moins contraignantes (cf. encadré la sélection médicale aux Etats-Unis). La déclaration de santé inclut à présent le plus souvent entre 1 et 3 questions. Cette simplification n'implique cependant pas une réduction du nombre d'individus payant une surprime ou du nombre d'individus exclus, sur lesquels peu d'informations statistiques existent.

Encadré : Sélection médicale sur le marché américain

Sur le marché américain, Braun et al. (2017)⁴⁵ estiment un taux de rejet de 36% chez les 55-65 ans. La procédure de souscription aux Etats-Unis est très proche de celle que l'on connaît en France, même si elle semble plus drastique en première étape. Une première étape correspond à une simple déclaration de santé avec généralement 5 questions simples sur : (i) le fait d'avoir besoin d'aide pour accomplir des ADLs, (ii) le fait d'avoir effectué un ou des séjours séjour en maison de retraite ou d'avoir recouru à des soins à domicile, (iii) le fait d'avoir reçu un diagnostic d'une maladie invalidante (cancer, diabète, troubles cognitifs, maladie mentale, maladie cardiaque, etc.), (iv) le fait d'utiliser une canne, une assistance respiratoire, un fauteuil roulant, un déambulateur ou autre et (v) le fait de bénéficier d'une allocation ou prestation liée à un handicap ou à un problème de santé. Selon l'enquête HSR, entre 40% et 50%, selon la classe d'âge, devraient répondre oui à au moins une de ces questions. L'assureur peut rejeter l'individu dès lors qu'il répond oui à au moins l'une de ces cinq questions. Si l'individu passe la première étape, l'état de santé est évalué de manière plus précise dans une deuxième étape (visite médical et examen). 20 % ne passent pas cette seconde étape. Sous l'hypothèse que 20 % sont exclus à chaque étape, le taux de rejet est estimé à 36 % chez les 55-65 ans. La sélection semble donc très forte aux US : pour un niveau de richesse donné, le taux de couverture varie du simple au double entre les individus les plus fragiles et les individus les moins fragiles.

On peut à minima rappeler certaines prévalences de maladies en population générale chez les individus âgés de 50 à 69 ans :

⁴⁴ Le particulier, Juillet-août 2016, « Faut-il souscrire une assurance dépendance ? ».

⁴⁵ Braun, R. A., Kopecky, K. A., & Koreshkova, T. (2017). "Old, Frail, and Uninsured: Accounting for Puzzles in the US Long-Term Care Insurance Market".

- 24,6 % étaient en 2015 en affection de longue durée (ALD). Chez les hommes, la proportion est de 26,3 % contre 23,0 % chez les femmes⁴⁶ ;
- 38 % déclarent souffrir de problèmes de santé, de maladies, d'incapacités ou de handicaps de longue durée, selon l'enquête SHARE (calcul des auteurs) ;
- 27,6 % déclarent souffrir d'arthrose ou autres rhumatismes, selon l'enquête SHARE (calcul des auteurs) ;
- 12,2 % déclarent au cours des douze derniers mois, avoir passé au moins une nuit à l'hôpital, selon l'enquête SHARE (calcul des auteurs).

Ces prévalences laissent à penser qu'une proportion importante d'individus s'expose à des surprimes ou une exclusion. La consultation que nous avons menée apporte quelques chiffres supplémentaires. La FFA estime que le refus d'assurance concerne environ 15 % des demandes. Une institution de prévoyance qui propose des couvertures individuelles aux salariés au moment de leur départ à la retraite estime quant à elle à 29 % le taux de refus, sans que l'on sache si ce chiffre est représentatif ou non de la sélection médicale effectuée par l'ensemble du secteur. Cette institution de prévoyance ne prévoit cependant pas de surprime, ce qui tend à accroître le taux d'exclusion.

A cette exclusion de fait, il conviendrait d'ajouter la proportion d'individus qui s'autosélectionnent après avoir pris connaissance des déclarations de santé et des questionnaires de santé et sur lesquels les assureurs ne disposent d'aucune information.

Dans le cadre des contrats collectifs, en entreprise ou branche, ou dans les contrats en inclusion obligatoire, la sélection médicale est en principe exclue sauf sur des entreprises de très petits effectifs où le contrôle médical peut être maintenu.

⁴⁶ Source : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/>

2.3.3. Un taux de redistribution des cotisations sous forme de rente relativement faible ?

Les organismes d'assurance ne redistribuent pas l'intégralité des cotisations collectées sous forme de rente. Or, la part des cotisations ne revenant pas aux assurés sous forme de rente, i.e. le taux de chargement⁴⁷, est un élément important dans l'analyse de l'attractivité des produits.

Selon la FFA, le taux de chargement permet :

- La constitution des provisions nécessaires à la couverture des risques futurs (probabilité d'entrée en dépendance et durée de dépendance) ;
- La couverture des frais de fonctionnement suivants : coûts de conception, coût de commercialisation, coût de gestion, coût de réassurance du risque ;
- Le financement de la mobilisation des fonds propres.

Sur le marché américain, un taux de chargement relativement élevé est mis en évidence⁴⁸, avoisinant 18 %⁴⁹. Ce taux de chargement moyen augmente considérablement, passant de 18 % à 51 %, si l'on tient compte de la proportion importante d'individus qui cessent de payer leurs cotisations avant la possible survenance du risque, les sommes étant alors généralement cotisées à fonds perdus sur le marché américain. Ce taux de chargement moyen apparaît très élevé en comparaison de ceux estimés sur des marchés assurant d'autres risques. A titre d'illustration, le taux de chargement serait compris entre 15 % et 25 % dans le cas des assurances vie et entre 6 % et 10 % dans le cas des assurances santé collectives.

Sur le marché français, aucune étude semblable ne permet d'évaluer les taux de chargement et donc l'attractivité en termes de prix des contrats d'assurance offerts. Les membres de la commission font cependant l'hypothèse d'un taux de chargement plus faible en France qu'aux Etats-Unis, du fait de différences importantes d'organisation et de contenu de l'offre, ce qui peut être nuancé par deux éléments. Tout d'abord, le marché français apparaît assez concentré sur le marché des assurances dépendance en garantie principale à adhésion individuelle : six sociétés se partagent 70 % des cotisations assurées fin 2016. Les couvertures viagères sont par ailleurs majoritairement composées en France de contrats

⁴⁷ Nous reprenons ici la définition du taux de chargement de Brown et Finkelstein (2007). Il repose sur le calcul pour un individu du montant total actualisé (i) des cotisations qu'il devra en moyenne verser au moment de la souscription et (ii) des rentes qu'il devra en moyenne toucher au moment de la souscription. Lorsque les deux sont parfaitement identiques, cela implique que 100 % des cotisations reviennent aux assurés sous forme de rente. Si le montant espéré des rentes actualisées est plus faible que le montant espéré des cotisations actualisées, seule une partie des cotisations est redistribuée sous forme de rente aux assurés par l'assureur. C'est cette partie non redistribuée des cotisations sous forme de rente qui est appelée taux de chargement. Cf. Brown J., Finkelstein A., 2007. « Why is the market for long-term care insurance so small? », *Journal of Public Economics* 91, 1967–1991.

⁴⁸ Brown J., Finkelstein A., 2007. « Why is the market for long-term care insurance so small? », *Journal of Public Economics* 91, 1967–1991.

⁴⁹ Un taux de chargement de 18 % indique que l'organisme d'assurance reverse ou reversera 82 % des cotisations collectées sous forme de rente. Dit autrement, sur 1€ collecté, 0,82€ sera reversé sous forme de rente.

individuels, pour lesquels les coûts de transaction sont traditionnellement plus élevés que ceux induits par des contrats collectifs⁵⁰.

Cotisations 2016 (Sociétés régies par le Code des assurances - Contrats garantie principale dépendance à adhésion individuelle)

PREDICA : 17%

GROUPAMA SA : 14%

LA BANQUE POSTALE PREVOYANCE : 13%

AXA France ASS. : 9%

PRIMA : 9%

MUTEX : 8%

CNP Assurances : 7%

ACMIARD : 6%

PREVOIR RD : 4%

SAFBTP : 3%

Autres : 11%

Nombre d'affaires nouvelles 2016 (Sociétés régies par le Code des assurances - Contrats garantie principale dépendance à adhésion individuelle)

AXA France ASS. : 34%

MUTEX : 11%

PREVOIR RD : 9%

GENERALI vie : 9%

GROUPAMA SA : 7%

ACMIARD : 6%

CNP Assurances : 6%

PREDICA : 5%

LA BANQUE POSTALE PREVOYANCE : 4%

ORADEA : 3%

Autres : 6%

Source : FFA

En reprenant le cas type considéré précédemment :

- Contrat : Cotisation = 25€/mois ; rente = 500€/mois ; revalorisation annuelle de 1%/an ; taux d'actualisation de 1,558% ;
- Age de souscription de la population = 60 ans
- Espérance de vie de la population = 25 ans ;
- Probabilité d'entrée en dépendance de la population = 25 %
- Durée moyenne passée en dépendance (en cas d'entrée en dépendance) de la population = 3,7 ans

⁵⁰ Les contrats à adhésion individuelle sont par ailleurs plus exposés au risque d'antisélection.

Le Secrétariat du HCFEA estime le taux de chargement, défini plus haut, à 31 %⁵¹. Selon la FFA, ce chiffre est un majorant du taux de chargement réel car une partie de l'écart entre le risque réel et la prime commerciale payée est créditée au compte de résultats techniques dont une partie est réservée aux assurés. 70 % des cotisations collectées par l'assureur reviendraient donc aux assurés sous forme de rente dans le cadre du contrat type considéré.

Ce chiffre est naturellement très sensible aux hypothèses de notre cas type. Il dépend en particulier négativement de la probabilité d'entrée en dépendance et de la durée moyenne en dépendance (à caractéristiques du contrat inchangées). L'hypothèse prudente retenue par les assureurs d'une probabilité d'entrée en dépendance de 30 % fait passer le taux de chargement à 19 %. L'hypothèse retenue, i.e. probabilité d'entrée en dépendance de 25 % est cependant une fourchette haute compte tenu de la définition de la dépendance plus restrictive que celle retenue dans l'attribution de l'APA et de la sélection médicale mise en œuvre par les assureurs.

Selon la FFA, l'existence d'un taux de chargement important s'explique en partie par la prudence imposée par le régulateur qui supervise les éléments de tarification et impose une immobilisation importante de capital pour assurer la pérennité de l'activité. De plus, la garantie accordée est viagère, le risque apparaît en moyenne 21 ans après la souscription et une évolution du risque est susceptible d'intervenir au fil des années. La probabilité d'entrée en dépendance et l'espérance de vie en dépendance fluctuent en fonction des avancées médicales, et de l'évolution des pathologies dont souffrent les assurés. Le coût de cette immobilisation de capital ajouté à une tarification prudente aboutit à ce résultat.

2.3.4. Plusieurs référentiels pour évaluer la dépendance rendant la comparaison des contrats quasiment impossible

Les outils permettant de reconnaître l'état de dépendance sont relativement nombreux.

Selon les informations fournies par la FFA, les individus couverts par un contrat à adhésion facultative qui prévoit une garantie principale et unique dépendance se répartissent de la manière suivante (cf. Tableau 3 et Annexe 2) :

- 21 % sont couverts par un contrat se référant à la grille nationale AGGIR qui sert à l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette grille propose un classement officiel des niveaux de dépendance en six groupes iso-ressources (GIR), en fonction de critères physiques et psychologiques⁵².

⁵¹ Calcul : $1 - \frac{(25\% * 19491)}{(25\% * 6313 + 75\% * 7287)}$, Avec 25 % = probabilité d'entrée en dépendance ; 75% probabilité de non dépendance ; 19491 = rente en cas de dépendance ; 6313 = cotisation en cas de dépendance ; 7287 = cotisation en cas de non dépendance (cf. section cotisation à fonds perdu)

⁵² Les institutions de prévoyance et les mutuelles sont beaucoup plus nombreuses à adopter comme référentiel la grille AGGIR (cf. Annexe 2)

-7 % sont couverts par un contrat qui se réfère uniquement aux actes de la vie quotidienne (AVQ), tels que par exemple « se laver », « s'habiller », « s'alimenter » sur une base de quatre, cinq ou six actes.

- 72 % sont couverts par un contrat qui mobilise, en plus de la capacité à réaliser les AVQ, la grille AGGIR et/ou à des tests cognitifs (tests de Folstein ou test de Blessed). Par exemple, 39 % des individus sont couverts par un contrat qui définit la dépendance lourde comme le fait d'être à la fois caractérisé par un GIR 1 ou 2 et par un nombre d'AVQ de 3 sur 4.

Selon l'Association des professionnelles de la réassurance en France (AFREP), la grille AVQ a l'avantage d'être plus facile à comprendre et plus transparente pour les consommateurs que la grille AGGIR. Elle présente par ailleurs une plus grande pérennité dans le temps que la grille AGGIR qui peut évoluer en fonction de décisions gouvernementales. Elle appréhende cependant mal selon certains les déficiences cognitives, d'où la nécessité de la compléter avec des instruments spécifiques.

Tableau 3. Référentiels servant à définir la dépendance parmi les contrats en adhésion individuelle en garantie principale

	Dépendance lourde		Dépendance partielle	
	% de contrats	% de personnes couvertes	% de contrats	% de personnes couvertes
AVQ seul	19 %	7 %	33 %	8 %
AGGIR seul	19 %	21 %	19 %	18 %
AVQ et AGGIR	22 %	38 %	30 %	46 %
AVQ + test	28 %	26 %	7 %	1 %
AGGIR+AVQ+test	12 %	8 %	11 %	26 %

Toujours selon le rapport sur l'information précontractuelle en matière d'assurance dépendance⁵³, « il ressort des auditions des associations de consommateurs que cette variabilité, qui est encore plus importante en matière de dépendance partielle qu'en matière de dépendance lourde, est l'un des principaux obstacles à la lisibilité et à la comparabilité des garanties par les assurés. Le non-alignement de la définition de la dépendance entre organismes assureurs et conseils généraux, bien qu'utile à l'« assurabilité » du risque de dépendance, est par ailleurs une source d'incompréhension et de frustration pour les assurés : il n'est en effet pas toujours facile d'admettre pour un bénéficiaire de l'APA de n'être pas reconnu comme dépendant par son assureur, et inversement ».

Le label GAD vise notamment à homogénéiser les pratiques avec une définition commune de la dépendance lourde basée sur les AVQ⁵⁴. Le label est cependant récent, et donc dans les

⁵³ Comité consultatif du secteur financier, 2013

⁵⁴ cf. annexe 4 : « Au sens du label, l'assuré est reconnu en état de dépendance lourde s'il répond au moins à l'une des trois situations suivantes

- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, quatre des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- en cas d'altération des fonctions cognitives, il a constamment besoin d'être surveillé ou incité pour la réalisation d'au moins deux des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS

portefeuilles de contrats constitués, il y a des définitions différentes d'un contrat à l'autre. Selon les consultations réalisées, le choix des entreprises d'assurance de s'orienter vers les AVQ plutôt que la grille AGGIR reposerait en grande partie sur le manque de robustesse de la grille AGGIR (comme en témoigne la diversité des pratiques d'un département à l'autre), en particulier pour la dépendance partielle. Est également évoquée l'incertitude qui pèse sur la réforme de la grille AGGIR. A contrario, la mesure via les AVQ serait selon certains plus robuste et plus objectivable, en particulier quand on l'utilise des décennies après.

Les réflexions sur ces différents référentiels ne sont pas nouvelles et trouvent leur origine dans la difficulté de synthétiser sous la forme d'un score unidimensionnel des besoins à la fois complexes, très variables d'un individu à l'autre et multidimensionnels par nature. Des travaux menés par la CNSA avec les assureurs dans le cadre du groupe « Evaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées (2010) n'ont par exemple pas permis l'adoption d'une grille homogène et stable, mais ont mis en avant la nécessité d'adopter un glossaire commun pour concevoir les outils d'évaluation et d'éligibilité aux prestations publiques et privées et d'organiser un recueil d'informations pour l'évaluation commun aux acteurs publics et privés⁵⁵. En ce qui concerne la dépendance lourde, les entreprises d'assurance considèrent cependant que les résultats d'évaluation utilisant la grille AGGIR ou les AVQ conduisent quasiment toujours aux mêmes résultats.

Si on peut regretter, dans une optique de lisibilité et de simplification du point de vue des assurés potentiels, que les entreprises d'assurances choisissent pour une majorité d'entre elles de s'éloigner des critères d'éligibilité à l'aide sociale choisie par le décideur public, il semble important d'encourager la démarche d'homogénéisation entre assureurs initiée par le label GAD. Une telle homogénéisation est cruciale pour le consommateur qui souhaite comparer les offres des différents assureurs. En l'état actuel, il est quasiment impossible de comparer les rentes espérées, le « seuil de déclenchement des garanties » et donc les probabilités de bénéficier de la rente et la durée de perception étant différentes d'un contrat à l'autre. Ce manque d'homogénéité crée une forte incertitude et freine vraisemblablement nombre d'individus à souscrire une assurance.

La définition de la dépendance s'appuie généralement sur la grille AGGIR pour les mutuelles (en particulier la MGEN) et les IP, dans l'objectif de permettre cette simplification et lisibilité pour l'assuré. Selon la FFA, *« les entreprises d'assurance ont aussi pratiqué pendant plusieurs années ce type de définition avant de l'abandonner en raison notamment du manque de cohérence dans l'application de la grille AGGIR au sein du territoire. De plus, cette hétérogénéité s'explique dans des logiques budgétaires qui sont incompréhensibles pour*

de Folstein est inférieur ou égal à 10 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein) ;

- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, trois des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 15 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein). »

Le label GAD ne définit cependant pas de référentiel pour la dépendance partielle.

⁵⁵ AFREP (2011), Evolution des couvertures Dépendance en France.

les assurés. Les assureurs ont dès lors préféré élaborer un engagement volontaire au sein de la profession : le label GAD».

2.3.5. Des garanties additionnelles : quelles sont leur valeur ajoutée ?

En plus des rentes forfaitaires, les assurances dépendance comportent fréquemment d'autres types de garanties:

- des prestations de conseil et de prévention avant la survenance de l'état de dépendance (avec des sites internet dédiés) ;
- des prestations de conseil, d'information et d'orientation en cas de dépendance ;
- des prestations d'assistance en cas de dépendance (exemple : téléassistance, aide ménagères, portage de repas ou de médicaments,...) ;
- un capital équipement, souvent conçues comme une aide à l'aménagement du domicile, en garantie de base ou en garantie complémentaire.

Ces prestations complémentaires sont notamment prévues dans 35 des 43 contrats d'assurance en garantie principale analysés par la FFA. Elles existent en complément de la rente pour la majeure partie des contrats en garantie annuelle proposés par les mutuelles. Ces prestations peuvent s'adresser directement à l'assuré, dépendant ou non, mais également à ses proches ou à ses aidants⁵⁶. Du côté des institutions de prévoyance, quasiment toutes offrent également des prestations complémentaires sous forme d'aide et d'assistance à l'organisation du maintien à domicile ou d'aide aux aidants. L'offre d'un capital « 1^{er} équipement » est en revanche beaucoup moins fréquente.

Les prestations complémentaires destinées spécifiquement aux aidants sont de plus en plus fréquentes et constituent, selon un membre de la Commission, une spécificité française⁵⁷.

Ces prestations sont généralement destinées aux assurés aidants⁵⁸. Une société d'assurance propose par exemple des solutions de remplacement à domicile via le financement d'une aide professionnelle à hauteur de 1000€/an, ou des formations, par exemple sur les gestes de premiers soins. La couverture facultative commercialisée par la MGEN propose quant à elle différents accompagnements aux assurés aidants mais aussi aux aidants des assurés (information, conseil, prévention), des formations par un ergothérapeute, un soutien

⁵⁶ cf. Annexe 2 pour plus de détail sur ces prestations complémentaires

⁵⁷ A noter que la quasi-totalité des prestations complémentaires, voir la rente dépendance elle-même, bénéficient indirectement aux aidants dès lors qu'elles permettent d'accroître le recours à des services médico-sociaux professionnels.

⁵⁸ La question se pose alors des critères retenus par les assureurs pour définir un aidant et donc ouvrir les droits. A titre d'illustration, la MGEN considère comme aidant toute personne qui vient en aide, pour partie ou totalement, à titre non professionnel à l'aidé, pour les activités de la vie quotidienne. L'aidant ainsi défini n'est pas forcément un aidant familial. Une autre mutuelle, ARMEO, contrat d'UNEO assuré par MUTEX définit l'AIDANT de la manière suivante : « Le Proche, membre participant, ayant droit ou autre, qui apporte à titre non professionnel, seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire auprès de la personne en perte d'autonomie. Arméo Assistance n'interviendra que pour l'aidant principal déclaré par la famille lors du premier appel ».

psychologique, des solutions de prise en charge en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant. Des prestations d'aide aux aidants diverses et variées existent également chez les institutions de prévoyance. Humanis propose par exemple un capital de 2000€ pour les individus assurés dont l'un des parents est dépendant (GIR 1, 2 ou 3). L'OCIRP propose également différents services d'accompagnement aux assurés aidants ainsi que des aides financières (cf. encadré).

Encadré : Exemple de prestations destinées aux assurés aidants (contrat OCIRP)

* Accompagner l'aidant par une assistance psycho-sociale :

- bilan psycho-social de la situation,
- accompagnement psychologique (2ème entretien, évaluation psychopathologique)
- accompagnement social : contact du référent local, constitution et envoi du dossier, recherche de prestations extra-légales, entretiens de suivi

* Soulager l'aidant par une aide financière (une fois par an ou une fois par contrat). Au choix :

- prévention de l'épuisement de l'aidant (à hauteur de 200€) ;
- santé et bien-être de l'aidant (activité physique) ;
- soutien pour la vie quotidienne : installation de la téléassistance et financement de 3 mois d'abonnement, accès à un soutien moral entre pairs par inscription à une association, 3 séances de suivi psychothérapeutique financées, accès à un réseau d'entraide et d'échange ;
- soutien pour la conciliation vie professionnelle/vie privée (présence responsable, portage des repas)

* Soutenir l'aidant en situation de crise par une aide financière (service joignable 24/7). Au choix :

- En cas d'hospitalisation de 48 h ou d'immobilisation de plus de 4 jours : prestation d'aide à domicile, livraison de courses alimentaires, portage de repas, entretien du linge, organisation d'un hébergement temporaire (à hauteur de 200 € par fait générateur, même si plusieurs fois par an (pour participants aidant une personne en GIR 1, 2, 3, 4)
- Epuisement de l'aidant : prestation de garde de nuit à domicile, organisation et financement d'un hébergement temporaire, organisation et financement d'un accueil de jour (à hauteur de 200 € par fait générateur, même si plusieurs fois par an (pour participant aidant une personne en GIR 1, 2, 3)
- En cas de décès de la personne aidée : financement du coût de l'adhésion à une association permettant de réactiver les liens sociaux (à hauteur de 200 € pour les participants aidant une personne en GIR 1, 2, 3).

Se développent également les prestations d'aides aux aidants destinées non pas aux assurés eux-mêmes, mais à leurs aidants. Humanis (IP), propose par exemple une garantie en option « repos de l'aidant » pour l'aidant de l'assurés 60€/jour pendant 10 jours par an sur présentation d'une facture acquitté de garde à domicile ou de placement de l'assuré dans un établissement temporaire.

Ces prestations complémentaires peuvent apporter une vraie plus-value aux garanties offertes par les organismes d'assurance même si elles impliquent naturellement une augmentation des cotisations. Selon la FFA, un capital premier équipement de 5000 € versé en cas de dépendance lourde implique un supplément de cotisation de 2,34 €/mois pour une

souscription à 30 ans, de 6,99 €/mois pour une souscription à 60 ans et 8,91 €/mois pour une souscription à 65 ans. Toujours selon la FFA, le montant des prestations de services d'assistance est évalué à 40€/an et pèse un peu plus de 1€ dans les cotisations mensuelles des assurés.

Il serait particulièrement utile de disposer d'information plus précise sur le taux de recours à ces services, leur qualité et au final les bénéficiaires qu'en retirent les assurés. La diversité des services proposés tend à accroître la couverture des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et doit donc être encouragée. Elle s'accompagne naturellement d'une différenciation de l'offre qui ne facilite pas la mise en concurrence dès lors que ces prestations complémentaires sont incluses dans la garantie de base en sus de la rente. Sortir ces prestations complémentaires de la garantie de base pour les proposer sous forme de garanties complémentaires optionnelles permettrait à la fois de conserver la diversité des services proposés tout en facilitant la mise en concurrence sur la garantie de base, i.e. la rente mensuelle⁵⁹.

2.3.6. Fragilité de la continuité des droits de l'assuré

Dans le cas de garantie viagère, la façon dont les droits de l'assuré évoluent au fil du temps revêt une importance particulière. Deux principaux événements peuvent impacter la continuité des droits de l'assuré⁶⁰:

- L'arrêt du paiement des cotisations par l'assuré qui pose la question de la mise en réduction des droits ;
- Le départ de l'assuré du groupe ayant souscrit un contrat collectif (licenciement, démission, départ à la retraite ou encore résiliation d'un contrat d'assurance santé sur lequel était adossé une couverture dépendance), qui pose la question de transférabilité des droits.

La question de la continuité des droits dans les couvertures viagères est cruciale étant donné que durant la première période de cotisation, les primes payées par les assurés intègrent des « provisions pour risques croissants » destinées à faire face à l'accroissement du risque dépendance (tout en gardant un montant de cotisation fixe). Les primes payées les premières années sont donc élevées par rapport au risque encouru, mais servent à financer des garanties futures.

A noter qu'en garantie annuelle, la question de la continuité des droits (mise en réduction et transférabilité) ne se pose pas dans les mêmes termes. Quand la couverture est annuelle, il n'y a pas de constitution de réserve pour couvrir le risque futur.

Lorsqu'un assuré cesse de payer ses cotisations⁶¹, une « mise en réduction » peut être mise en œuvre. Lors d'une mise en réduction, le contrat se poursuit alors jusqu'à son terme normal

⁵⁹ LA FFA précise que cette proposition n'émane pas des entreprises d'assurance.

⁶⁰ AFREP (2011), « Evolution des couvertures Dépendance en France »

⁶¹ La mise en réduction se pose pour les garanties viagères.

mais avec des garanties inférieures à celles prévues à l'origine. Le mécanisme de réduction est en général prévu après un certain nombre d'années de cotisation. Les modalités de mise en réduction, qu'elles concernent l'ancienneté de contrat nécessaire ou la valeur des coefficients de réduction varient selon les assureurs.

D'après la FFA, pour les contrats garantie principale dépendance à adhésion individuelle et commercialisés fin 2015, cette mise en réduction peut s'effectuer le plus souvent après 8 années de paiement des cotisations (cf. Annexe 2).

Tableau 4- Valeur de réduction des contrats fin 2015 ⁶²

Valeur de réduction des contrats commercialisés fin 2015	Nombre de contrats	Nombre de personnes couvertes
Après 5 années	3	24 %
Après 8 années	29	60 %
Sans valeur de réduction	8	16 %
Non déterminé	3	ε
Ensemble	43	100 %

Pour les contrats avec une garantie dépendance couplée à une autre garantie commercialisés fin 2015, 2 contrats prévoient une valeur de réduction en cas de cessation de paiement des cotisations.

Les contrats avec une garantie dépendance facultative complémentaire à une autre garantie ne prévoient pas de valeur de réduction.

Concernant les coefficients de réduction, peu d'information est disponible. Un assureur communique les informations suivantes : pour un assuré ayant adhéré à l'âge de 54 ans pour une rente mensuelle de 500€/mois en cas de dépendance lourde uniquement⁶³, le montant des garanties dans le cas d'un maintien partiel, selon la durée de cotisations, est égal à :

- 0 €/mois si moins de 8 années de cotisation
- 96 €/mois si 8 années de cotisation
- 118 €/mois si 10 années de cotisations
- 168 €/mois si 15 années de cotisations
- 211 €/mois si 20 années de cotisations⁶⁴

La question de la « mise en réduction » est importante car l'arrêt de cotisation semble relativement fréquent. Selon la FFA, environ 9 % des individus résilient leur contrat ou arrêtent de cotiser avant de décéder sans avoir fait jouer la garantie. Côté institutions de prévoyance, ProBTP indique 18 %. Cet arrêt semble lié à la hausse tarifaire (par exemple en cas d'indexation) ou à une baisse de revenus (par exemple, passage à la retraite). Des

⁶² Il semblerait que les contrats sans réduction soient des anciens contrats.

⁶³ Un exemple avec une rente pour dépendance lourde et partielle et un capital est fourni en annexe 2.

⁶⁴ (Calcul SG) Si on considère que l'âge d'entrée en dépendance est aux alentours de 81 ans, soit 27 ans de cotisation, on réduit de 58 % la rente à verser pour environ un quart de cotisations manquantes.

membres de la commission mentionnent que certains assurés ne connaissent pas le dispositif de « mise en réduction ». Pourtant, une information annuelle leur parvient sur ce sujet. Dans tous les cas, l'arrêt du paiement des primes est automatiquement suivi d'une mise en réduction sans que l'assuré n'ait à faire de démarche. Le label GAD comprend un item sur cette question, qui indique que les contrats labellisés doivent prévoir notamment « des conditions de maintien des droits en cas d'interruption de paiement des cotisations ».

On peut imaginer que la crainte d'une mise en réduction importante, sans visibilité sur ces paramètres, freine les individus incertains de leurs ressources futures (passage à la retraite en particulier) à souscrire une assurance.

Par ailleurs, si la mise en réduction permet de conserver une partie des garanties malgré un arrêt des cotisations, elle ne règle pas totalement la question d'un changement d'assurance car la nouvelle souscription se fait à un âge plus avancé que la première, avec des cotisations plus élevées et une nouvelle sélection médicale.

Quand, pour une raison ou pour une autre, l'assuré quitte le groupe par lequel il était couvert, ou souhaite changer d'assureur en cas de souscription individuelle, se pose la question de la transférabilité des droits acquis par l'assuré. Actuellement, les contrats ne font pas l'objet d'une « transférabilité ». Faciliter la transférabilité des droits permettrait de développer une concurrence accrue entre les organismes d'assurance. Cela pose cependant des difficultés d'ordre technique pour les assureurs, en les exposant au risque de démutualisation⁶⁵. Dans le cas des garanties viagères, les primes sont en effet calculées sur le principe de mutualisation. En transférant leurs droits vers un autre assureur, les assurés fragilisent la mutualisation mise en œuvre par l'assureur, pouvant conduire à des majorations tarifaires au sein du groupe d'assurés restant.

2.3.7. Vers une amélioration de la lisibilité des garanties souscrites : les apports du label GAD

Les développements précédents sur l'hétérogénéité des contrats avaient conduit à des réflexions, en particulier dans le rapport de 2011, sur la possible définition d'une garantie socle dans les contrats dépendance, qui pourrait prendre la forme d'une labellisation publique. En 2011, plusieurs exemples de garanties socles avaient été listées (cf. Tableau 5).

Une labellisation publique n'a pas vu le jour mais en 2013, un label privé, le label GAD (Garantie Assurance Dépendance) a été instauré par la FFSA. Il est accordé aux garanties d'assurances couvrant la dépendance lourde qui incluent un certain nombre de caractéristiques (cf. Annexe 4). On a fait figurer dans le Tableau 5 les différents exemples de garanties socle labellisées proposées dans le rapport de 2011 et celles du label GAD. On constate que la plupart des thématiques de garanties socles labellisées figurent dans le label GAD, à l'exception de la transférabilité des contrats et de la réduction des délais de carence et de franchise. Un simple énoncé d'une garantie n'est cependant certainement pas suffisant

⁶⁵ AFREP (2011), « Evolution des couvertures Dépendance en France »

et il est nécessaire d'entrer dans les détails, une simple mention d'une information annuelle par exemple, ne dit rien sur la teneur de cette information (éléments, degré de précision, ...). Une plus grande homogénéité et une plus grande transparence sont encore possibles sur, entre autres, la définition de la dépendance, la sélection médicale et les modes de revalorisation des garanties, prestations et cotisations.

A noter que ce label, qui ne peut inclure de contrat en garantie annuelle, n'est pas utilisé par les mutuelles.

Tableau 5– Caractéristiques des garanties d’assurance dans le cadre du label GAD et exemples de garanties socles labellisées proposées en 2011

Label GAD accordé aux garanties d’assurance qui prévoient notamment :	Exemples de garanties socle labellisées, Rapport de 2011 ⁽²⁾
<p>Un vocabulaire commun permettant plus de clarté dans l’expression des garanties (point 1 du label)</p> <p>Une information annuelle (point 8 du label)</p>	<p>Transparence de l’information sur les produits à la souscription et pendant la durée de vie des contrats, avec un cahier des charges aussi transparent que possible ; les points suivants sont notamment importants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mécanismes de participation aux bénéficiaires encadrés ; - encadrement des conditions de mises en « réduction » des garanties en cas de cessation d’adhésion avant survenance du risque, et information régulière des assurés
<p>Une définition commune de la dépendance lourde basée sur des Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ) (point 2 du label)</p>	<p>Définition de la dépendance commune à tous les organismes assureurs et en cohérence avec le secteur public</p>
<p>Une absence de sélection médicale avant 50 ans (sauf invalidité ou ALD préexistante) (point 6 du label)</p>	<p>Encadrement plus strict de la sélection médicale, qui devrait s’effacer avec la diffusion des contrats qui, assurant une large mutualisation, permettent de s’en affranchir</p>
<p>Un niveau minimal de la rente servie en cas de dépendance lourde de 500 € par mois ⁽¹⁾ (point 4 du label)</p>	<p>Montant minimal de rente</p>
<p>Des modalités de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations définies contractuellement (point 5 du label)</p>	<p>Mode de revalorisation des rentes réellement protecteur</p>
<p>Des conditions de maintien des droits en cas d’interruption de paiement des cotisations (point 9 du label)</p>	<p>Transférabilité des contrats</p>
<p>Des actions de prévention ou des prestations d’accompagnement pour l’assuré ou ses proches qui seront proposées dès la souscription/adhésion du contrat (point 7 du label)</p>	<p>Délais de carence et de franchise réduits par rapport à la situation actuelle</p>
<p>Des actions de prévention ou des prestations d’accompagnement pour l’assuré ou ses proches qui seront proposées dès la souscription/adhésion du contrat (point 7 du label)</p>	<p>Accompagnement des personnes dépendantes et de leurs aidants :</p> <ul style="list-style-type: none"> _ garantie d’assistance (services d’information et de conseils) ; _ versement d’un capital à l’entrée en dépendance, facilitant notamment la gestion immédiate de la situation par les aidants.
<p>Une garantie viagère, quelle que soit la date de survenance d’une situation définitive de dépendance lourde (point 3 du label)</p>	

(1) D’après certains membres de la commission, ce niveau de 500€/mois a été fixé en référence à la moyenne d’un RAC, une fois déduit l’APA (domicile et établissement confondus).

(2) Fragonard B, (2011), Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.

A la fin 2016, d'après la FFA, 10 sociétés commercialisent des contrats labellisés GAD ASSURANCE DEPENDANCE qui couvrent 143 700 personnes. Ces contrats GAD représentent 55 % des affaires nouvelles des contrats à adhésion individuelle en 2016 (hors contrats d'assurance santé pour lesquels la garantie dépendance est en inclusion obligatoire). Il serait intéressant de disposer d'éléments sur la vitesse de diffusion du label GAD et sur les effets de ce label sur les comportements de souscription.

Par ailleurs, dans le souci de permettre une meilleure compréhension et une comparabilité des contrats, il faut noter l'élaboration de différents glossaires communs, dont l'objectif est de mieux définir les principaux termes utilisés par les organismes assureurs :

- L'un produit dans le cadre du rapport de la CNSA « Evaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées » Rapport sur les possibilités d'un partenariat public-privé » de mai 2011, réunissant professionnels de la sphère publique et de la sphère privée.
- L'autre, par un groupe de travail du Comité consultatif du secteur financier (CCSF), en associant des professionnels du secteur bancaire, de l'assurance et des produits financiers ainsi que leurs clients, notamment les associations de consommateurs et en collaboration avec la direction générale du Trésor⁶⁶.

Le premier a le mérite de permettre d'accorder les définitions utilisées dans la sphère publique (Conseil généraux, services publics,...) avec celles des organismes d'assurance.

⁶⁶ Secrétariat général du Comité consultatif du secteur financier, 2014, GLOSSAIRE - Assurance dépendance, juin.

3. Quels scénarios envisageables du côté des recours aux financements privés ?

Si la réforme de l'APA et le passage de la réduction au crédit d'impôt pour l'emploi à domicile ont notamment conduit à une réduction du reste à charge (RAC) importante à domicile, ce dernier reste élevé en établissement. On peut alors envisager la mobilisation de plusieurs types de financement privés, avec une intervention de l'Etat ou non, afin d'organiser le recours à ces outils et de populariser leur diffusion, en s'assurant qu'une large fraction des ménages puisse en disposer.

Différents scénarios de recours aux financements privés sont envisageables.

Les premiers concernent l'assurance dépendance privée. Dans une optique où la souscription resterait facultative, son développement pourrait s'appuyer sur une incitation fiscale, dans la lignée des scénarios étudiés dans le rapport de 2011, avec une attention particulière à « l'encadrement » des contrats. L'objectif est de rendre ces derniers plus lisibles, de mieux informer les assurés et de protéger leurs intérêts. Une autre option visant à soutenir le développement des assurances dépendance serait d'inclure une garantie dépendance dans les contrats d'assurance santé complémentaire, qui bénéficieraient alors dans ce cas d'un statut socio-fiscal avantageux via les contrats responsables. L'institution d'une assurance dépendance à adhésion obligatoire est finalement analysée.

Une deuxième série de scénarios concerne la mobilisation du patrimoine des individus en situation de perte d'autonomie, qu'il s'agisse du patrimoine immobilier ou du patrimoine financier. Les scénarios ne sont pas exclusifs, plusieurs leviers pouvant être mobilisés pour le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Nous excluons dans le cadre de ce rapport la mise en œuvre éventuelle d'un recours sur succession, en particulier dans le cadre de l'APA qui nécessite une analyse spécifique non menée dans le cadre de la commission.

3.1. Développement des assurances privées

L'état des lieux dressé dans la première partie du rapport a souligné différents freins pouvant limiter le développement du marché de l'assurance-dépendance privée. Les éventuelles difficultés concernent la lisibilité des contrats, l'hétérogénéité de ces derniers, ainsi que le manque de garantie sur les revalorisations en cas de couverture viagère contribuent à réduire l'attractivité des produits d'assurance et rendent extrêmement difficile la comparaison pour les assurés.

Si une avancée a été faite dans le cas des contrats individuels avec la création du label GAD en 2013, afin de répondre aux critiques sur l'opacité des contrats et leurs caractéristiques limitatives (section 2.3.7), certains éléments pourraient être améliorés. En effet, dans le cas

d'une garantie viagère, l'engagement sur le long terme dans un contrat d'assurance implique que l'assuré puisse disposer d'une visibilité sur ses garanties et leur évolution. De plus, si on envisage que des incitations fiscales puissent être mises en places, afin de favoriser le développement des contrats d'assurance dépendance, par analogie avec les dispositifs d'épargne retraite, type PERP ou Madelin, il est indispensable que les contrats présentent des garanties assurant une bonne protection des souscripteurs.

On évoque ci-dessous les contrats collectifs et les contrats individuels. On peut en effet souhaiter développer aussi bien l'offre d'une garantie individuelle que l'adhésion à des contrats de groupe. Ces derniers présentent en effet un certain nombre d'avantages, rappelés par certains membres de la Commission^{67 68} :

- une partie du coût de la prime est prise en charge par leur entreprise ;
- les contrats collectifs permettent de couvrir une population plus jeune dans un cadre mutualisé plus large. En effet, tous les salariés cotisent, quels que soient leur âge, leur revenu ou leur état de santé. La tarification est identique pour tous et est souvent élaborée de manière à garantir une même rente viagère aux assurés ;
- les contrats collectifs ne nécessitent en général pas de questionnaire médical. Ils ne prévoient pas, la plupart du temps, de délai de carence ou de franchise.

3.1.1. Comment renforcer l'attractivité des produits actuels d'assurance dépendance privée offrant des garanties viagères ?⁶⁹

Plusieurs caractéristiques des contrats en garantie viagère pourraient être améliorées afin de garantir les intérêts des souscripteurs et d'organiser une continuité des droits pour les assurés au regard de l'horizon temporel long de ces contrats d'assurance-dépendance. Ces évolutions pourraient s'inscrire dans la définition d'une labélisation plus contraignante que celle existante actuellement (label GAD) et pourraient conditionner l'attribution d'incitations fiscales ou sociales.

- Offrir plus de garanties aux assurés sur les mécanismes de revalorisation ?

Si les contrats disposent de clause de revalorisation du montant de la garantie de la rente, il n'est pas toujours aisé de traduire ces clauses de revalorisation en taux d'évolution effectifs⁷⁰.

⁶⁷ Fragonard B, (2011), Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.

⁶⁸ Par ailleurs, le fait qu'une partie des aidants soient en activité rapproche la question de la perte d'autonomie des entreprises. On ne traite pas dans ce rapport de la question d'une assurance des « aidants », cette dernière étant traitée dans la thématique « aidants » en plénière du Conseil de l'âge, mais des réflexions sur la possibilité d'assurer le risque « d'aidance » sont en cours (cf. Plisson M., 2016, « Du risque dépendance au risque d'aidance », 4th annual conference SHARE France, Ageing, Needs and Long-Term care insurance, 22 Novembre 2016).

⁶⁹ La FFA précise que plusieurs des propositions présentées ci-après, notamment sur les revalorisations et la portabilité n'émanent pas des entreprises d'assurance.

D'après les éléments statistiques collectés dans le cadre de la consultation de 2017⁷¹ et les éléments disponibles dans le rapport de 2011, il apparaît que les revalorisations de la garantie de la rente dans différents contrats ont conduit à des évolutions de cette dernière inférieures à l'augmentation des salaires et même dans certains cas à l'inflation (section 2.3.1). On peut considérer que les modalités de revalorisation ne sont pas réellement protectrices des intérêts des souscripteurs, conduisant à érosion du pouvoir d'achat de la rente.

Les tenants d'un système d'assurance privée peuvent objecter qu'aucune garantie à long terme n'existe également sur la valeur de l'aide publique, le décideur public pouvant modifier les paramètres de l'aide publique de manière à réduire les prestations. De plus, la FFA met en avant le fait que les revalorisations impliquent souvent une augmentation des primes qui est souvent critiquée par les consommateurs, ce qui laisse les assureurs entre la difficulté de demander de plus fortes contributions aux assurés et l'insatisfaction liée au manque de revalorisation des prestations⁷². Il a également été fréquemment mis en avant que l'indexation des plafonds des plans d'aide de l'APA conduisait à une érosion du volume d'aide à domicile que permettait de consommer les plans d'aide saturés. On peut cependant observer le souci de continuité dans la protection sociale du décideur public, illustré par exemple par la revalorisation des plafonds des plans d'aide APA instaurée par la loi ASV.

Une information plus précise sur la revalorisation des cotisations, garanties et prestations au moment de la souscription serait une première réponse. Elle permettrait aux individus d'anticiper les revalorisations et de souscrire en connaissance de cause.

On pourrait également envisager un développement des revalorisations forfaitaires, à un taux prévu au contrat initial. Idéalement, ce taux devrait être choisi de manière à ce que l'évolution de la rente soit calée sur l'évolution anticipée des salaires. Au vu des données rétrospectives sur l'évolution des salaires, cela implique un taux forfaitaire de revalorisation garanti à la souscription supérieur à 1 %. Garantir une revalorisation plus élevée permettrait certes de contenir l'érosion des garanties, mais impliquerait également une augmentation des cotisations que certains assurés ne pourraient pas suivre et qui réduirait encore davantage le taux de couverture dans la population. Selon les entreprises d'assurances, la revalorisation des cotisations est en particulier un facteur expliquant l'arrêt des cotisations par certains assurés. Selon la FFA, environ 9 % des individus résilient leur contrat ou arrêtent de cotiser avant de décéder sans avoir fait jouer la garantie. L'arrêt des cotisations a des conséquences importantes car il implique souvent la disparition de la couverture ou dans le meilleur des cas, une réduction du niveau de la prestation. Malgré l'augmentation des cotisations induite, une

⁷⁰ Ainsi, comme indiqué dans la section 2.3.1, si les clauses de revalorisation mentionnent des revalorisations en référence à un indice, cette revalorisation s'effectue dans la limite des résultats techniques et financiers du contrat. Les revalorisations ne sont donc pas garanties.

⁷¹ Au cours de la consultation, nous n'avons pu recueillir que peu d'informations sur les revalorisations effectives.

⁷² Précision de la FFA : Si la prime a une relation quasi proportionnelle avec le montant des cotisations au moment de la souscription, une revalorisation des prestations en cours de contrat devrait être suivie d'une revalorisation identique des primes déjà versées et des primes à venir pour que les équilibres financiers restent identiques. Toutefois, une modification des cotisations n'impacte de fait que les primes futures. Des résultats techniques et financiers doivent donc pouvoir financer une revalorisation des prestations quand bien même la prime serait revalorisée dans des proportions identiques.

indexation sur un taux forfaitaire défini à la souscription du contrat plus élevé que celui observé actuellement (en sus de la « revalorisation en fonction des résultats techniques et financiers »), offrirait plus de transparence et de sécurité aux assurés. Faute d'information sur l'élasticité prix de la demande d'assurance il est cependant impossible à ce jour d'anticiper comment la demande d'assurance réagirait à une légère augmentation des cotisations concomitante à une plus grande garantie sur la revalorisation des rentes

A cette revalorisation garantie à un taux forfaitaire, pourrait s'ajouter une revalorisation issue des résultats techniques et financiers du contrat. Si ce mode de revalorisation est déjà pratiqué, il pourrait être rendu plus lisible en clarifiant les clauses contractuelles et en indiquant précisément dans les contrats, la part revenant aux assurés. Une information rétrospective sur les revalorisations passées, même si elles n'offrent aucune garantie sur les revalorisations futures, éclairerait également utilement le consommateur sur la question.

- **Davantage limiter les effets d'un arrêt de cotisation (dans le cas d'une couverture viagère) ?**

La question de la continuité des droits ne se pose que dans le cas des couvertures viagères. Dans le cas des contrats à couverture temporaire (annuelle), seuls les risques de l'année en cours sont couverts, et les assurés n'acquièrent aucun droit au-delà de l'année en cours.

Dans le cas des garanties viagères, l'arrêt des cotisations n'est pas un phénomène marginal et invite à s'interroger sur les raisons de ces arrêts de cotisation et les possibilités de limiter les conséquences des arrêts. Une des raisons d'un arrêt de cotisation pourrait être le renchérissement de la cotisation, suite à des hausses tarifaires ou à une baisse de revenu de l'assuré (passage à la retraite). Généraliser la pratique des IP, qui autorisent dans de nombreux cas les assurés à diminuer leurs cotisations (avec une diminution équivalente des garanties) pourrait être envisagé. La FFA indique que cela est aussi pratiqué par certaines compagnies d'assurance.

Par ailleurs, lors d'un arrêt de cotisation, et à condition d'une certaine durée de cotisation (voir section 2.3.6.), les assureurs pratiquent une « mise en réduction ». La mise en réduction s'effectue via l'application d'un coefficient de réduction propre à chaque assureur. Aucun barème n'existe et la très grande majorité des assureurs ne garantissent pas de niveau minimal au coefficient de réduction au moment de la souscription. Une information claire, au moment de la souscription mais aussi au moment de l'éventuel arrêt de cotisations, sur le calcul de la mise en réduction et le montant de la rente correspondante est donc sans doute à renforcer. On pourrait aussi envisager de définir une grille de coefficients de réduction qui constitueraient des valeurs minimales opposables aux organismes d'assurance. Ce gain de visibilité pour les assurés pourrait cependant s'accompagner d'une augmentation tarifaire. Compte tenu des contraintes prudentielles qu'ils doivent respecter, garantir des valeurs minimales opposables impliquerait d'accroître la couverture en capital. Pour limiter les

engagements pris par les assureurs, cette grille pourrait n'être applicable que pour certains motifs de cessation de versement des primes de la part de l'assuré, et non pour tout motif. A titre d'exemple, les motifs de sortie anticipée du PEE ou ceux du PERP pourraient servir de base⁷³. Bien évidemment, ces valeurs de ces coefficients de réduction devraient être estimées avec prudence.

- **Faciliter la transférabilité ?**

La commission n'a pas instruit cette question de la transférabilité des droits, même si elle est importante au regard de l'horizon temporel long du contrat d'assurance-dépendance (dans le cas de garantie viagère). Cette transférabilité semble s'envisager d'abord pour les contrats collectifs, en cas de changement d'entreprise ou de passage à la retraite par exemple, mais peut aussi se poser dans le cas des contrats individuels, en permettant aux individus de changer d'assureur. La transférabilité était un des exemples de garantie socle labellisée proposé dans le rapport de 2011. Dans ce cadre, il était suggéré deux techniques permettant de faciliter transférabilité⁷⁴. Il est important de souligner que cette mise en œuvre de la transférabilité pose un certain nombre de difficultés techniques⁷⁵ et devrait être organisée.

L'APREF proposait en 2011 d'organiser la transférabilité des droits des assurés de la manière suivante :

« Dans le cadre individuel, la transférabilité des garanties acquises d'un assureur à un autre pourrait s'effectuer dans les conditions suivantes, sur la base :

- d'une acceptation par le nouvel assureur et à ses conditions : se pose alors la question de la sélection des risques à l'entrée pour le nouvel assureur ;
- du cumul des primes versées depuis la date d'effet du contrat diminué des frais de l'assureur ;
- d'une pénalité ;
- d'une durée minimale d'assurance laissant le temps pour l'organisme d'assurance d'amortir les coûts d'acquisition des contrats ;
- d'une limite d'âge pour l'assuré.

⁷³ Apref, Evolution des couvertures dépendance en France, Octobre 2011.

⁷⁴ Fragonard (2011), rapport de 2011, p. 56, « Dans le cas où un socle public labellisé était mis en œuvre, deux techniques pourraient faciliter la transférabilité:

→ une première technique, assez frustrante mais simple à mettre en œuvre, consisterait à permettre à l'assuré de changer d'assureur jusqu'à un certain âge (par exemple 70 ans). Ce changement impliquerait un transfert des provisions constituées, auquel on retrancherait un abattement forfaitaire représentatif des frais exposés par le premier assureur (rémunération des capitaux, frais de structures, etc.) ;

→ une seconde technique, plus complexe et plus coûteuse pour les assureurs, consisterait à adopter pour les contrats dépendance une gestion « cantonnée » identique à celle des régimes de retraite en points (« Préfon », régimes dits « L. 441 »), ou du Plan épargne retraite populaire (PERP). Cette technique nécessite par contre un niveau d'encours suffisamment élevé. Dans un tel mécanisme, il est possible de définir une valeur de transfert pour les contrats, qui correspondrait aux provisions accumulées (somme des primes actualisées, abattues d'un pourcentage forfaitaire comme dans le précédent système). »

⁷⁵ L'APREF (2011) liste deux difficultés techniques importantes. La première tient au « risque d'exposer l'assureur à un risque de démutualisation, la prime des contrats d'assurance dépendance à un engagement viager est calculée sur le principe de la mutualisation des risques ». La deuxième difficulté réside dans la disparité des contrats et donc l'évaluation de la garantie associée.

Dans le cadre collectif, la transférabilité a un caractère plus important encore car l'assurance dépendance de groupe n'a de sens que si les droits acquis pendant la période d'activité peuvent être transférés au moment où l'assuré quitte son employeur, notamment pour la retraite. Elle pourrait s'exercer dans les conditions suivantes :

- la faculté de poursuite de la garantie à titre individuel doit être offerte par l'organisme assureur du contrat collectif dans le cadre d'un contrat d'accueil ;
- la prime doit être estimée sur la base de l'âge de l'assuré à l'entrée dans le contrat collectif, ce qui permettrait d'éviter que l'assuré n'ait à faire face à un fort effet de seuil entre la prime payée dans le cadre collectif et celle dans le cadre du contrat d'accueil individuel ;
- l'entrée dans le contrat d'accueil doit se faire sans formalités médicales tant que l'assuré souscrit dans un délai raisonnable à partir de la date de sortie du contrat collectif (par exemple, dans les 3 mois). »

- **Plus de transparence sur la sélection des risques ?**

La sélection médicale et les délais de carence et de franchise n'ont pas donné lieu à des propositions d'amélioration. Les membres de la Commission rappellent qu'en cas d'accident, les délais de carence sont réduits ou supprimés et qu'en cas de sinistre pendant le délai de carence, les cotisations sont remboursées. Délais de carence comme délais de franchise ne semblent pas remis en cause par les assurés.

Des éléments statistiques plus précis sur la sélection médicale mise en œuvre par les assureurs sont a minima nécessaires pour évaluer la proportion d'individus qui dans la population n'ont pas accès, compte de leur état de santé, au marché de l'assurance dépendance.

3.1.2. Mise en place d'incitations fiscales et/ou sociales

La Fédération française de l'assurance propose une incitation fiscale à la souscription d'une assurance dépendance prenant la forme d'une déductibilité des cotisations du revenu imposable⁷⁶.

3.1.2.1 Dispositif d'incitation fiscale à la souscription d'une assurance dépendance

La proposition de la FFA est annexée au rapport (cf. Annexe 6 et Annexe 7) et résumée ici.

Les contrats d'assurance concernés par l'incitation fiscale :

- couvriraient uniquement la dépendance lourde (au sens du label GAD),

⁷⁶ Sur le modèle des incitations fiscales existant en matière de retraite complémentaire.

- avec une rente mensuelle minimale de 500€ par mois,
- sans sélection médicale avant 50 ans (sauf invalidité ou ALD).

Le principe de déductibilité des cotisations du revenu imposable implique que :

- Ce schéma ne concerne par nature que les ménages imposables⁷⁷
- L'avantage fiscal serait croissant avec le revenu imposable pour atteindre 45 % du montant de la cotisation pour les individus seuls ayant un revenu supérieur à 12 688€/mois et les couples ayant un revenu supérieur à 25 376€/mois. Selon le schéma présenté par la FFA, la déductibilité des primes se fait dans le respect des plafonds des dispositifs fiscaux PERP⁷⁸.

En contrepartie, le montant de la rente perçue en cas de dépendance serait pris en compte dans le revenu servant au calcul de la participation financière du bénéficiaire de l'APA. En revanche, la proposition de la FFA ne prévoit pas l'intégration de la rente au revenu imposable. Cette position est en opposition avec la doctrine d'incitation à l'épargne retraite, où les produits défiscalisés à l'entrée sont imposables à la sortie.

Pour estimer l'impact au niveau individuel et sur les finances publiques, la FFA considère un âge de souscription moyen égal à 60 ans pour une cotisation mensuelle de 25€/mois. La FFA fait également l'hypothèse que les 30 % des ménages les plus pauvres ne souscrivent pas d'assurance.

Pour les individus qui auraient de toute façon souscrit une assurance, avec ou sans incitation fiscale :

- La déduction fiscale implique une diminution de l'impôt sur le revenu pendant toute la période de cotisation. La FFA évalue au niveau individuel, l'économie pour les individus à 66€/an en moyenne (soit 5,5€ sur les 25€ de la cotisation), sous l'hypothèse d'un taux d'imposition moyen de 22 % chez les 50-74 ans imposables. Cet effet touche tous les individus, qu'ils soient dépendants ou pas dans le futur.
- La prise en compte de la rente dans le revenu servant au calcul de la participation financière dans le cadre de l'APA implique une augmentation de la participation financière des ménages au financement de leur plan d'aide. La FFA estime à environ 100€/mois en moyenne l'augmentation de la participation financière pour les ménages ayant souscrit une assurance. Cet effet ne concerne que ceux qui seront dépendants.

Pour les individus qui n'auraient pas souscrit d'assurance sans incitation fiscale, il convient naturellement de rajouter dans l'évaluation, le coût des cotisations (25€/mois pendant la période de cotisation) et le bénéfice de la rente de 500€/mois en cas de dépendance pour avoir une vision complète des évolutions les concernant.

⁷⁷ Revenu net imposable en 2017 : supérieur à 2271€/mois pour un couple sans enfant et 1206€/mois pour un individu seul.

⁷⁸ Pour les versements effectués en 2016, le plafond est égal au plus élevé des 2 montants suivants : (i) 10 % du revenu professionnels de 2015, nets de cotisations sociales et de frais professionnels, avec une déduction maximale de 30 432 € ; (ii) 3 804 € si ce montant est plus élevé.
(source : www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10259)

Le schéma proposé par la FFA appelle deux commentaires :

- La proposition de la FFA considère que les rentes ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu imposable. Comme évoqué précédemment, cette position est en opposition avec la doctrine d'incitation à l'épargne retraite, où les produits défiscalisés à l'entrée sont fiscalisés à la sortie. La prise en compte des rentes viagères dans le revenu imposable impliquerait une augmentation de l'impôt sur le revenu pendant la période de dépendance. En considérant toujours un taux d'imposition marginal de 22 % pour les revenus imposables⁷⁹, l'augmentation de l'impôt sur le revenu est importante, en moyenne 1320 euros pour les individus dépendants. Elle ferait par ailleurs basculer des individus non imposables au-dessus du seuil d'imposition.
- L'augmentation de la participation financière pour les bénéficiaires de l'APA implique une augmentation du crédit d'impôt (pour les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile) non prise en compte dans le calcul de la FFA. En considérant une augmentation moyenne de 100€/mois de participation, et sachant qu'un tiers des individus en GIR 1-2 sont à domicile, le crédit d'impôt augmenterait en moyenne de 16€/mois pour chaque individu.

L'impact sur les finances publiques dépend de l'incidence de l'incitation fiscale sur le taux de souscription à une assurance dépendance. La FFA a construit plusieurs scénarios de montée en charge à l'horizon 2018/2022, 2038-2042 et 2060. Dans le scénario 1, la montée en charge est calée sur celle des contrats PERP ; dans l'hypothèse 2, sur les contrats « Madelin retraite » et dans l'hypothèse 3 sur les contrats « Madelin prévoyance ».

Nombre d'assurés (en millions) en fonction des hypothèses de montée en charge

	Hypothèse 1	Hypothèse 2	Hypothèse 3
2016	1,3	1,3	1,3
2028-2022	4,5	7,3	10,0
2038-2042	4,7	9,1	12,9
2060	4,7	10,1	14,3

Selon l'hypothèse de montée en charge, la FFA évalue entre 200 et 610 millions d'euros le coût pour les finances publiques à l'horizon 2038-242 :

	Hypothèse 1	Hypothèse 2	Hypothèse 3
Dépenses fiscales	+300	+600	+850
Moindre dépenses d'APA	-100	-160	-240
Bilan financier	+200	+420	+610

Cette évaluation appelle différents commentaires :

⁷⁹ Un taux d'imposition marginal moyen parmi les 85 ans et plus de 22 % est certainement un peu haut. Le SG du HFCEA actualisera prochainement cette évaluation à partir des informations de la DGFIP.

- En termes de coûts pour les finances publiques, il conviendrait de rajouter à la dépense fiscale, l'augmentation de crédit d'impôt induite par l'accroissement de la participation financière des bénéficiaires de l'APA à domicile : entre 16 et 38 M€ selon le scénario.
- En termes d'économie, la fiscalisation de la rente, non prévues par la FFA, réduirait considérablement le coût net pour les finances publiques car elle se traduirait par une augmentation de 6000€/an du revenu net imposable pour les assurés en perte d'autonomie. Elle engendrerait une augmentation de l'IR comprise entre 112 et 264 M€ à l'horizon 2038-2042.
- Cette incitation fiscale vise les classes moyennes et supérieures. La FFA propose de coupler cette mesure avec une réforme du barème de l'APA qui viserait à réallouer l'aide publique vers les ménages les moins aisés à domicile. La réforme proposée (cf. Annexe 6) permettrait globalement de faire des économies et ainsi de financer l'incitation fiscale.
- La déductibilité des cotisations, sans plafonnement, fait que le gain fiscal croît avec le revenu. La dépense fiscale augmenterait donc avec le revenu.
- Les hypothèses de montée en charge retenues par la FFA se basent sur les expériences passées des contrats PERPs et Madelin. Le parallèle entre retraite et dépendance trouve selon la FFA sa légitimité dans le fait qu'une couverture complémentaire pour la retraite ne faisait également pas partie des préoccupations des individus au démarrage des contrats retraite. Elles peuvent malgré tout paraître trop optimistes. L'efficacité d'une telle incitation fiscale sur le taux de souscription reste par ailleurs à démontrer dans le cas d'une assurance. Aucune étude ne permet d'estimer l'élasticité prix de la demande d'assurance dépendance. A la demande du HCFEA, deux hypothèses supplémentaires de montée en charge ont été étudiées par la FFA. Elles se basent toutes sur un scénario de montée en charge calé sur le PERP, mais avec une convergence vers un nombre d'assurés plus faibles que dans le scénario initialement proposé.

Nombre d'assurés (en millions) en fonction des hypothèses de montée en charge

	Hypothèse 1 bis	Hypothèse 1 ter
2016	1,3	1,3
2028-2022	2,4	3,8
2038-2042	2,1	3,8
2060	1,9	3,7

Avec ces hypothèses alternatives de montée en charge, le coût net pour les finances publiques estimé par la FFA (dépenses fiscales moins les économies sur les dépenses d'APA) serait compris entre 60 et 130 M€.

3.1.2.2 Dispositif d'incitation sociale à la souscription d'une assurance dépendance labélisée

Cette option évoquée au cours des travaux de la commission n'a pas été instruite. Nous la gardons donc ici pour mémoire et investigations futures.

Se pose aussi la question de savoir, dans un contexte de prise en charge publique importante, s'il faut solvabiliser de manière généralisée la souscription de contrats d'assurance dépendance ou si on peut se limiter aux revenus modestes, en se basant sur un mécanisme du type ACS (Acquisition d'une assurance complémentaire santé)⁸⁰.

3.1.3. Généralisation de l'inclusion obligatoire ou de l'adossement d'une garantie dépendance dans les contrats de complémentaire-santé

Une manière de généraliser la couverture dépendance serait de développer les contrats de complémentaire santé incluant une garantie dépendance, sur le modèle actuel des mutuelles de la fonction publique et de la MGEN en particulier. Une telle option permet de généraliser la garantie dépendance sans recourir à une « obligation » de couverture⁸¹, en bénéficiant des taux de couverture étendus des contrats de complémentaire santé. Un avantage serait de couvrir une partie importante de la population, permettant ainsi une plus grande mutualisation du risque et ainsi, une réduction du niveau des cotisations et un affranchissement de la sélection médicale. Depuis 2010, la MGEN, à l'instar d'autres mutuelles de la fonction publique, propose une couverture en inclusion obligatoire dans l'offre MGEN santé prévoyance (cf. Annexe 2 pour une description des modalités de la MGEN et des autres offres mutualistes). La prime représente une petite quote-part de cotisation globale du contrat, que l'on peut estimer à quelques euros par mois⁸². Cette couverture en inclusion obligatoire permet de bénéficier d'une rente de 120 € par mois en cas de dépendance lourde (GIR 1 et 2). Elle est versée de manière viagère, même si le bénéficiaire perd la qualité de mutualiste et revalorisée sur la base du point de la fonction publique une fois versée. S'ajoutent à cette rente un capital de 500 € par an en cas de maintien à domicile, ainsi que des chèques CESU (8€/heure dans la limite de 20 heures par mois) permettant le recours à des services d'aide à domicile prestataire conventionné MGEN.

On pourrait envisager de développer les contrats de ce type de deux manières. Concernant les contrats collectifs, les contrats responsables pourraient obligatoirement prévoir une garantie

⁸⁰ Un membre de la commission indique que « Les prestations maladie RO sont indépendantes du revenu (exception faite de la CMU-C), ce qui peut justifier un dispositif ciblé sur les bas revenus comme l'ACS. C'est différent pour la dépendance, où la prestation publique diminue avec le revenu. »

⁸¹ Certains discutent ce point puisque qu'en incluant l'assurance-dépendance dans un contrat de complémentaire santé facultatif, on réintroduit en quelque sorte un caractère obligatoire à l'assurance-dépendance.

⁸² Pour un niveau de garantie donnée, la cotisation de l'offre globale santé et prévoyance de la MGEN dépend du revenu du mutualiste (elle est multipliée par cinq entre moins de 45 ans et 74 ans, âge limite à l'adhésion) et de son âge.

dépendance en inclusion pour bénéficier de leur statut socio-fiscal actuel. Cette option permettrait d'en définir les conditions : montant minimum de la rente ; modalités de leur revalorisation...). Pour les contrats individuels, on pourrait envisager un coup de pouce au crédit d'impôt prévu par la loi de financement de la sécurité sociale⁸³.

Le coût pour les finances publiques résulterait des exonérations fiscales et sociales des contrats collectifs et pour les contrats individuels de la hausse du crédit d'impôt.

Un scénario de ce type n'a pas été étudié en détail, les membres de la commission listant plusieurs écueils à sa mise en œuvre.

Le premier tient au renchérissement du coût du contrat de complémentaire santé, aussi bien en collectif pour les assurés et les entreprises, qui paient une part de la cotisation, qu'en individuel, en particulier pour des assurés qui dans certains cas peuvent contracter une assurance complémentaire tardivement (par exemple suite au passage à la retraite). A également été évoqué le renvoi éventuel à une opposabilité de l'évaluation du risque, en raison de l'inclusion dans un contrat de complémentaire santé.

Plus fondamentalement, l'inclusion d'une garantie dépendance dans une assurance complémentaire santé implique un schéma de couverture annuelle. Sa souscription est d'un intérêt plus que limité pour les plus jeunes, qui auraient plutôt intérêt à souscrire des assurances leur permettant d'acquérir des droits pour le futur. Se pose dès lors naturellement la question de la tarification en fonction de l'âge, et de l'effet de l'inclusion d'une garantie dépendance. Le risque est de faire porter davantage le financement sur les plus âgés. La FFA souligne à ce titre que « *les contrats proposés par la mutualité fonctionnent sur le principe de la répartition contrairement à ceux des entreprises d'assurance qui reposent sur le principe de capitalisation. Si l'immédiateté du système par répartition et sa relative insensibilité aux marchés financiers peuvent la rendre attractive en comparaison d'un contrat par capitalisation, il implique un transfert de richesse intergénérationnel. Les études de la Drees indiquent des besoins croissants de financement de la dépendance, ce qui pèsera plus fortement sur les jeunes actifs dans le cas d'un système par répartition. Cela pourra poser des questions d'équité intergénérationnelle.* »

L'adossement (plutôt que l'« inclusion ») d'un contrat dépendance à un contrat de complémentaire santé est une alternative dont on pourrait encourager le développement par un statut socio-fiscal avantageux. Dans ce cas, et contrairement à l'inclusion, les deux contrats sont séparés, ce qui permet de développer les assurances dépendance offrant des garanties viagères et non plus annuelles. L'adossement d'une garantie dépendance viagère à une garantie santé annuelle requiert cependant de renforcer les garanties liées à la transférabilité des droits acquis en cas de changement d'employeur ou de départ à la retraite.

⁸³ Loi 2015-1702 du 21 décembre 2015. Art. L. 864-1.-Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la taxe collectée en application de l'article L. 862-4 les contrats individuels ou, lorsque l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture, les contrats collectifs facultatifs d'assurance complémentaire en matière de santé, labellisés en application de l'article L. 864-2 et qui sont souscrits par des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans auprès d'un des organismes mentionnés au deuxième alinéa du I de l'article L. 862-4. « L'octroi du label vise à identifier des contrats offrant, à des prix accessibles, des garanties adaptées à la situation des personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. « Le montant annuel du crédit d'impôt est égal à 1 % des primes, hors taxes, acquittées par les personnes mentionnées au premier alinéa du présent article.

Une deuxième difficulté réside dans le pilotage des risques liés à la dépendance dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé. L'un des problèmes pratiques qui se pose est le portage du risque d'assurance dans un schéma de garantie viagère. Les petits organismes d'assurance (dont nombre de mutuelles), n'ont pas les fonds propres nécessaires pour assumer dans leur bilan un tel risque (lourd du fait des engagements longs). La préférence de ces organismes serait de seulement distribuer la garantie, le risque étant porté dans le bilan d'un autre organisme.

Aucun chiffrage n'a donc été réalisé dans le cadre de cette commission que ce soit dans le cas d'une inclusion obligatoire (garantie dépendance annuelle) ou d'un adossement (garantie dépendance viagère). En revanche, on trouve une évaluation d'un dispositif de ce type dans le rapport Vasselle (2010)⁸⁴. Il indiquait qu'une inclusion de garantie (garantie annuelle) permettrait de fournir une rente de l'ordre de 500 €, pour un coût de l'ordre de 50 euros par an pour les moins de soixante ans et de 110 euros au-delà (par extrapolation des données fournies par l'exemple des mutuelles de la fonction publique, dans l'hypothèse où l'ensemble de la population serait couverte). Le rapport Vasselle soulignait la pertinence en termes de mutualisation du risque mais indiquait aussi qu'une telle orientation requerrait un examen approfondi, notamment sur la mise en œuvre technique et prudentielle. Dans le rapport de 2011, un tel scénario était aussi proposé, en particulier par le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA).

3.1.4. Développement d'une assurance-privée obligatoire

Un schéma d'assurance-privée universelle de haut niveau avait été étudié dans le cadre du rapport de 2011 (il s'agissait du scénario 3)⁸⁵. Ce schéma a de nouveau été esquissé dans le cadre de la commission sans modifications substantielles par rapport au schéma présenté en 2011. Par conséquent, nous reprenons ici succinctement les éléments présentés en 2011, en renvoyant le lecteur en Annexe 10 pour une présentation du scénario 3 proposée dans le rapport de 2011.

Ce schéma d'une assurance-privée obligatoire repose sur l'idée qu'un système d'assurance universelle, obligatoire et en capitalisation peut en théorie se substituer intégralement (ou de manière très substantielle) au système public.

⁸⁴ Vasselle A., 2010, Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information du Sénat sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, février.

⁸⁵ Ce schéma avait été abordé dans le rapport Rosso-Debord, en 2010 (p. 118, « La mission propose de rendre obligatoire dès cinquante ans la souscription d'une assurance des personnes contre la perte d'autonomie auprès de l'établissement labellisé de leur choix : mutuelle, société de prévoyance ou société d'assurance »). Ce schéma avait été écarté dans le rapport Vasselle en janvier 2011 en raison des difficultés pratiques et de principe que cette perspective soulevait. En particulier, le rapport mentionne « que si le droit français connaît le principe de l'assurance obligatoire en matière de responsabilité civile, cette garantie est toujours conçue pour assurer la protection des tiers. L'assurance dépendance serait ainsi la première assurance de personne obligatoire dans notre pays ». Les possibilités juridiques de mise en œuvre d'une assurance dépendance privée obligatoire restent à étudier.

3.1.4.1. Deux questions préalables : l'intérêt par rapport à une assurance-publique obligatoire et la définition de garanties socles

Une interrogation immédiate porte sur les avantages d'une assurance privée obligatoire par rapport à une assurance publique obligatoire. Opter pour une assurance-privée obligatoire conduirait à mettre en place un système de concurrence régulée en assurance-dépendance par analogie avec ce qui existe pour l'assurance-maladie de base en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne, ou encore en Israël⁸⁶. Les intérêts à attendre d'un tel système seraient une meilleure gestion du système⁸⁷ et l'amélioration de l'efficacité et du coût du service rendu aux assurés. On ne discutera pas ici cet argument⁸⁸. Par ailleurs, un autre argument a été avancé par les membres de la commission. Déjà évoqué dans une section précédente sur les modes de revalorisation dans les contrats d'assurance-dépendance, il concerne l'engagement contractuel des assureurs au regard des garanties énoncées dans le contrat, qui peut être vu comme moins incertain en comparaison de la puissance publique qui peut modifier les paramètres de l'aide publique avec pour conséquence une baisse de cette aide⁸⁹.

La deuxième question porte sur le socle de garanties de prestations si l'assurance-privée est rendue obligatoire et remplace à terme l'assurance-publique. Les personnes âgées dépendantes seraient à l'avenir protégées par une rente, servie par leur assureur et non plus par l'Etat. Cette dernière devrait donc être d'un montant suffisant pour garantir des prestations de qualité, certainement au moins égale aux montants moyens actuels de l'APA.

Ce socle de garanties devrait aussi permettre à l'assuré de comparer plus aisément les différents contrats entre eux. En effet, un des objectifs est de permettre aux assurés de choisir l'institution (assurance, mutuelle, institution de prévoyance) auprès de laquelle ils vont contracter et donc, potentiellement de changer de contrat. Si tel est le cas, deux éléments devraient certainement être améliorés. Le premier porte sur le degré d'harmonisation des contrats. En effet, si les contrats diffèrent dans de nombreuses dimensions, il est difficile pour l'assuré de les comparer pour faire son choix. Le deuxième point à améliorer est la possibilité de transférer son contrat d'un assureur à l'autre, possibilité aujourd'hui inexistante. Cette transférabilité, et ses difficultés potentielles, ont été évoquées précédemment, dans la section 3.1.1.

⁸⁶ Dormont B., Geoffard PY et Lamiraud K., 2012, "Assurance maladie en Suisse : l'assurance supplémentaire nuit-elle à la concurrence de l'assurance de base?", *Economie et statistique*, n°455-456, pp 71-88

⁸⁷ Geoffard (2010) mentionne ainsi « qu'un système décentralisé d'assurances privées serait sans doute favorable à l'innovation et plus adaptable. Je pense ici à un système reposant sur l'intégration d'assureurs et d'offres de service. Concrètement, les individus souscriraient des contrats auprès de sociétés privées, et ces contrats donneraient accès à une offre de soins prédéfinie, encadrée par l'assureur. L'assuré n'aurait plus à se demander si la rente à laquelle il souscrit sera suffisante dans vingt ou trente ans ». cf ; Pierre-Yves Geoffard, 2010, « Quelle assurance contre le risque dépendance ? », *Regards croisés sur l'économie*, n°7, p. 159-164.

⁸⁸ D'après Dormont et al. précédemment cités, « douze ans après l'introduction de la concurrence régulée, les résultats observés en Suisse sont décevants ».

⁸⁹ Par exemple, un gel des plafonds de l'APA, un durcissement de la condition de ressources, une modification du ticket modérateur etc...

3.1.4.2. Architecture du système⁹⁰

La mise en œuvre d'une assurance-privée obligatoire n'a pas été présentée de manière détaillée au cours de la commission, n'ayant recueilli que peu de soutien. Un membre de la commission a cependant évoqué que la généralisation était souhaitable pour l'assurance-dépendance et que le passage par ce système privé obligatoire pouvait être envisagé. Les quelques éléments énoncés au cours de la Commission reprennent ceux du rapport de 2011.

Un système d'assurance-privée obligatoire pourrait ainsi s'articuler de la façon suivante :

- les personnes rentrant dans le système assurantiel (les 50-69 ans par exemple, ou les 40-69 ans) sont couvertes immédiatement avec une rente garantie quelle que soit leur durée effective de cotisation. C'est le cas pour chaque génération qui suit, conduisant à couvrir, à terme, l'ensemble de la population ;
- la cotisation dépend de l'âge d'entrée dans le système assurantiel⁹¹ ; elle est viagère (jusqu'à l'entrée en dépendance ou le décès) ;
- comme la cotisation ne tient normalement pas compte du revenu⁹², il est possible – sans qu'il s'agisse toutefois d'une contrainte catégorique – d'aider les ménages les plus modestes par un système d'aide à la souscription avec l'attribution d'une aide financière (comme c'est le cas pour les complémentaires-maladie avec l'ACS) ;
- les personnes ayant lors de la mise en route du système plus de 70 ans, et qui deviendront dépendantes, ainsi que les personnes déjà dépendantes qui n'ont pas cotisé⁹³ continueront à bénéficier des prestations publiques actuelles. Celles-ci resteraient en effet en vigueur pour ces deux populations.

3.1.4.3. Régulation publique

Au regard des expériences étrangères de mise en concurrence d'assurance privée dans le contexte de l'assurance santé (exemple : Suisse, Pays-Bas), un tel système implique une régulation publique relativement importante :

- l'obligation d'assurance concerne les individus mais aussi les assureurs qui doivent être dans l'obligation d'accepter toute demande de souscription (pas de sélection).
- définition de contrats standardisés (montant de rente minimale, définition de la dépendance etc.)

⁹⁰ On reprend ici le paragraphe correspondant du rapport de 2011.

⁹¹ Si on suppose un âge minimal de souscription obligatoire, par exemple 50 ans, les individus vont adhérer à des âges différents pendant la phase de montée en charge du nouveau dispositif (ceux qui sont plus âgés à la mise en place du système). Les générations plus jeunes devront adhérer à l'âge minimal de 50 ans.

⁹² C'est une des différences notables avec l'assurance publique obligatoire dans laquelle la cotisation peut varier avec le revenu.

⁹³ En effet, ces personnes auront au lancement du système soit un âge supérieur à l'âge plafond d'adhésion, soit auront déjà commencé à bénéficier de ces prestations

- instauration d'un mécanisme de péréquation entre assureurs (compensation des risques). Un tel système présente l'intérêt de ne plus tarifer à l'âge.

Pour tirer profit de la mise en concurrence entre assureurs, il est aussi nécessaire de garantir une liberté effective à changer d'assureur d'une année sur l'autre (faciliter la comparaison des contrats, minimiser les coûts de transferts).

3.1.4.4 Fixation des paramètres de l'assurance-dépendance privée obligatoire

Dans un tel scénario, plusieurs éléments devront être fixés : a minima, l'âge à partir duquel la souscription est obligatoire, la nature de perte d'autonomie éligible, les critères d'éligibilité, le montant minimum de la rente et les modalités de sa revalorisation.

- Age minimal de souscription obligatoire

Le système venant en substitution des prestations publiques, il a pour vocation à couvrir l'ensemble de la population. Tout le monde est ainsi appelé à cotiser à un âge plancher de souscription (l'âge de 40 ou 50 ans est fréquemment évoqué). Plus l'âge de souscription est faible, moins la cotisation annuelle associée est élevée. Cependant, il est possible qu'à un âge trop précoce, le risque dépendance soit trop lointain pour faciliter l'adhésion à un système de financement basé sur une couverture privée obligatoire.

- Montant de la rente

Un montant de rente minimal doit être fixé, en fonction des niveaux de GIR, de 1 à 4. Ce montant ne devrait pas être inférieur aux montants d'APA existants. On mentionne ici les GIR mais la nature de la perte d'autonomie éligible devrait être définie. Dans le rapport de 2011, il est indiqué que dans le cadre d'une assurance privée obligatoire, un montant de cotisation de 33 € par mois souscrite à 50 ans ouvrirait droit à une rente de 700 € / mois en GIR 1 ou 2 ; 475 €/mois en GIR 3 et 300 € / mois en GIR 4. Comme il avait alors été noté, ce scénario est contestable, dans la mesure où le niveau de rente serait inférieur à l'aide publique actuellement accordée aux personnes âgées en perte d'autonomie les plus modestes (qui peut, par exemple, atteindre le niveau du plafond actuel de l'APA à domicile, et quelques centaines d'euros par mois au titre de l'ASH en sus de l'APA). Une telle option aurait pour conséquence : soit une détérioration de la prise en charge ; soit l'octroi d'une prestation publique sous condition de revenu, en sus de la rente.

La cotisation est indépendante du revenu. Il pourrait être envisagé une aide à la souscription pour les revenus modestes afin de baisser leur taux d'effort.

La rente n'est a priori pas affectée. La personne dépendante peut choisir de l'utiliser pour rester à domicile ou aller en institution ; elle peut en percevoir une partie (ou la totalité) sous forme de numéraire et une partie (ou la totalité) sous forme de services.

- *Mode de revalorisation*

La question du mode de revalorisation de la garantie de la rente est importante, comme déjà indiqué au paragraphe 2.3.1. Dans la lignée des réflexions précédentes, il faudrait un mode de revalorisation qui garantisse les intérêts de l'assuré. Pour cela, on pourrait s'orienter vers une revalorisation de la garantie de la rente, de 2 % par an⁹⁴, en gardant en tête la répercussion sur le coût de la cotisation.

- *Sélection médicale*

La couverture est censée être universelle, l'assurance étant obligatoire. On s'affranchit en particulier des questions de sélection médicale.

- *Quelle mise en œuvre de l'obligation ?*

Se pose naturellement la question des individus qui ne s'assureraient pas, malgré l'obligation. En première approche, on pourrait le moment venu leur attribuer une aide publique (avec un éventuel recours sur succession). La plus ou moins grande générosité de l'aide publique attribuée aux personnes non assurés est un critère déterminant au regard de l'incitation à ne pas respecter l'obligation de souscription. La question est plus délicate pour des personnes n'ayant que partiellement cotisé.

Une alternative, basée sur le modèle Suisse de l'assurance santé, serait d'affilier automatiquement auprès d'une caisse d'assurance spécifique toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation.

3.1.4.5 Coût pour les finances publiques

Aucun scénario de chiffrage n'a été élaboré dans la commission (voir Annexe 10, pour un chiffrage en 2011). Le schéma d'évolution des dépenses publiques serait le suivant :

-Dans la phase de montée en charge de la réforme, les dépenses publiques sont dans une première phase en augmentation par rapport au système actuel, puisqu'il faut à la fois supporter les dépenses pour les seniors non couverts par l'assurance et l'aide à la souscription des contrats si une telle option a été choisie. Le montant de cette aide dépend de la population couverte et du profil de l'aide.

⁹⁴ Le rapport de 2011 fait écho à d'autres mesures de protection de la valeur des rentes. Est ainsi cité le cas de Singapour : «dans cet État, qui a mis en place un système proche de celui étudié, il a été convenu d'organiser un « rendez-vous » tous les cinq ans, afin de recalibrer les paramètres du régime d'assurance ».

- Dans un deuxième temps, la montée en charge de l'assurance privée permettra de diminuer progressivement les dépenses publiques de dépendance. Les dépenses seraient ensuite en très nette baisse à peine dix ans après la mise en place⁹⁵. Ne demeurerait que les dépenses des aides à la souscription⁹⁶.

3.2. Développement des autres types de financement privés

3.2.1. Mobilisation du patrimoine immobilier

3.2.1.1. Taux de détention

Selon l'enquête Patrimoine 2014-2015 (Insee), près de 71 % des ménages dont la personne de référence est âgée de 60 ans ou plus et résidant en logements ordinaires⁹⁷ sont propriétaires de leur résidence principale. La proportion de propriétaires diminue cependant avec l'âge à partir de 65-69 ans pour atteindre 50 % chez les individus de 85 ans ou plus. 20 % des ménages dont la personne de référence à plus de 60 ans sont, généralement en plus de leur résidence principale, propriétaire d'un autre bien immobilier (résidence secondaire, logement donné en location, logement vacant, etc.). Le taux de détention est également décroissant avec l'âge. Par ailleurs, en termes de montant, l'immobilier est l'actif principal de la majorité des ménages. Ainsi en 2015, les biens immobiliers représentent en moyenne 61 % du patrimoine brut des ménages, et pour la moitié des ménages qui détiennent un patrimoine, l'immobilier représente plus de 80 % du patrimoine brut total⁹⁸.

Ces constats statistiques invitent à s'interroger sur la possibilité d'une mobilisation croissante du patrimoine immobilier des ménages dans le financement des coûts de la prise en charge de la perte d'autonomie.

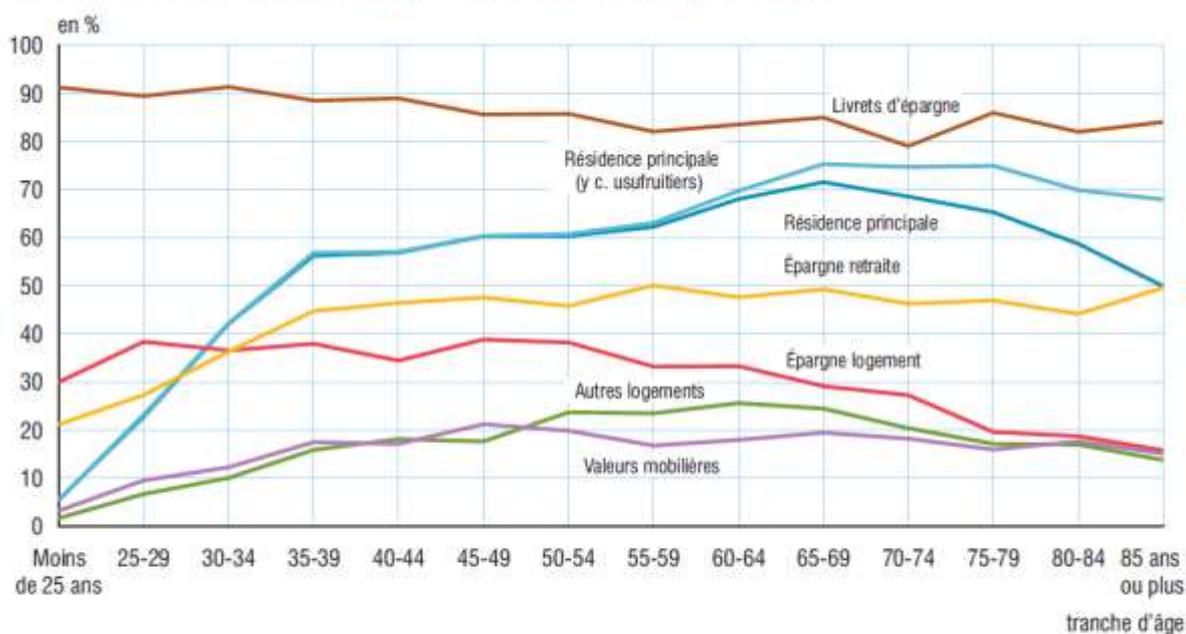
⁹⁵ A notre connaissance, il n'existe pas d'éléments quantitatifs étayant cette vitesse de montée en charge.

⁹⁶ Un membre de la commission indique que ne sont pas traités ici les coûts de gestion comparés des deux systèmes. « Or, il est vrai que c'est un élément important pour la décision publique : pour 100 « cotisés » d'une manière ou d'une autre par la collectivité des usagers, quel retour pour l'APA, quel retour pour une assurance privée obligatoire ? ». Cependant, mener à bien un tel exercice est compliqué, complexité renforcée par l'horizon temporel long sur lequel est assuré le risque dépendance.

⁹⁷ Sont en particulier exclus du champ les personnes âgées résidant en EHPAD, dont on sait qu'elles sont dans une proportion beaucoup plus faible propriétaire d'un bien immobilier.

⁹⁸ A. Ferrante, D. Guillas et R. Solotareff (2016), « Entre 2010 et 2015, les inégalités de patrimoine se réduisent légèrement », Insee Première, 1621, Insee.

3. Taux de détention des actifs patrimoniaux selon l'âge en 2015



Champ : France métropolitaine, ménages ordinaires.

Lecture : 90 % des ménages dont la personne de référence a entre 25 et 29 ans détiennent au moins un livret d'épargne.

Source : Insee, enquête Patrimoine 2014-2015.

Source : Accardo, J., R. Coppoletta-Solotareff, A. Ferrante et M. Romani (2016), « La détention d'actifs patrimoniaux début 2015 », dans Les revenus et le patrimoine des ménages (coordination : A. Boiron et J. Labarthe), Insee Référence, Edition 2016

3.2.1.2. Deux dispositifs de mobilisation du patrimoine immobilier

Mobiliser le patrimoine immobilier dans le financement des coûts de la prise en charge n'est pas immédiat. Deux principaux mécanismes de liquéfaction du patrimoine ont été exposés à la commission. Le premier repose sur la vente en viager de la résidence principale⁹⁹. Le second repose sur un prêt immobilier garanti sur le logement. Avant d'explorer les différences entre ces deux mécanismes, il convient de préciser leur périmètre commun de mobilisation.

Tout d'abord, ils ne peuvent concerner que les personnes âgées en perte d'autonomie propriétaires d'un bien immobilier (résidence principale ou autre). Deuxièmement, ils sont vraisemblablement plus facilement mobilisables dans le cas de personnes âgées en perte d'autonomie vivant seules. Pour les personnes vivant en couple, se pose naturellement la question du conjoint survivant qui souhaite conserver la propriété, ou a minima l'usufruit du logement, après le décès de la personne en perte d'autonomie. Les ventes en viager ou prêt viager garanti sur le logement ont également en commun de s'inscrire davantage dans une

⁹⁹ Les dispositifs présentés ici se focalisent sur la résidence principale. Ils sont cependant parfaitement envisageables dans le cas d'une résidence secondaires par exemple

prise en charge à domicile. L'intérêt d'une rente mensuelle sur une période de vie incertaine plutôt qu'une vente pure et simple du bien immobilier au moment de l'entrée en institution étant sans doute limité.

Ces restrictions sur la mobilisation de ces dispositifs ne doivent pas faire oublier l'un des intérêts majeurs de ces mécanismes de mobilisation du patrimoine immobilier : contrairement à la souscription d'une assurance dépendance qui nécessite d'anticiper 20-30 ans en avance l'entrée possible en dépendance, les ventes en viager du logement et les prêts viager garantis sur le logement se réalisent au moment de l'entrée en dépendance. Ils ne sont donc pas exposés à ce qui est sans doute le principal frein à la souscription d'une assurance dépendance, à savoir le décalage temporel entre le moment de la souscription et la probable réalisation du risque. Néanmoins, ces mécanismes de mobilisation du patrimoine couvrent uniquement les individus face au risque de durée en dépendance. Contrairement à un mécanisme assurantiel, le risque d'entrée en dépendance n'est pas couvert et donc pas mutualisé¹⁰⁰.

Au final, et quelles qu'en soient les modalités, la mobilisation du patrimoine immobilier dans le financement du coût de la prise en charge doit davantage être appréhendée comme une source de financement supplémentaire pour les individus concernés que comme une alternative concurrente à un modèle assurantiel (privée ou public) ou à l'aide sociale.

3.2.1.3. Le viage ou viager mutualisé¹⁰¹

La vente en viager permet de disposer d'un capital (« bouquet ») et éventuellement de rentes (normalement indexées sur l'inflation) tout en restant chez soi jusqu'à son décès ou le départ en institution : le vendeur perd la nue-propriété mais garde l'usufruit. C'est un produit d'assurance vie : plus le vendeur vit longtemps, plus il gagne. À sa mort, le bien revient en pleine propriété à l'acheteur.

Les produits viagers traditionnels, sur les marchés de gré-à-gré où l'acheteur est un particulier constituent des produits de niche. Le marché apparaît est en effet très déséquilibré, avec un acheteur pour dix vendeurs et un délai de vente de plus de 18 mois. Le rapport de force est clairement du côté de l'acheteur, avec quelque 20 000 vendeurs de viager en attente¹⁰². Ils représentent aujourd'hui entre 5 000 à 8 000 ventes par an. Pourtant, ce produit peut s'avérer utile pour des parents propriétaires qui manquent de liquidités. Il pâtit cependant d'une mauvaise réputation : c'est un pari sur la date de décès du vendeur entre les deux parties qui se retrouvent dans des relations personnelles et psychologiques délicates – quand bien même ces relations sont gérées par le notaire (ou les agences immobilières).

¹⁰⁰ L'assurance dépendance permet quant à elle de mutualiser le coût associé à l'entrée en dépendance d'une part et à la durée d'autre part. Elle opère donc une mutualisation du risque entre dépendants et non dépendants.

¹⁰¹ Synthèse de la partie sur le viage de la contribution d'André Masson, disponible Annexe 8

¹⁰² Ces données sont incertaines en l'absence d'une centralisation fiable de l'information.

Confronté au vieillissement de la population et à ses conséquences inédites, le marché est néanmoins en train de réagir : des formes rénovées de produits viagers émergent ou sont proposées qui pallient certains inconvénients des formes traditionnelles.

Les formes rénovées du viager, appelée *viage* par André Masson, remédient à certains des inconvénients mentionnés dans la mesure où l'acheteur est un institutionnel ou un professionnel agréé – qui peut être soumis à des règles ou même à des impératifs sociaux. Ce dernier est censé disposer d'un portefeuille de logements suffisamment large pour opérer une double mutualisation efficace, sur le risque de survie et la valeur du logement au décès de l'assuré– dans l'idéal, il est généralement admis qu'un portefeuille d'au moins 500 logements, correspondant à quelque 100 millions d'euros, est nécessaire. En outre, la relation directe entre vendeur et acheteur est évitée.

Le rendement du viage pour l'épargnant vendeur pose cependant question. Il dépend naturellement de la décote induite par le droit d'usage et d'habitation. Cette décote dépasse très fréquemment les 40 % et freine naturellement les vendeurs. La formule d'obtention de la décote est aujourd'hui relativement opaque et devrait être relativement standardisée. Un besoin urgent de transparence sur ce paramètre clef s'impose, ne serait-ce que pour améliorer la compétitivité de l'offre.

L'intervention de la puissance publique sur le marché du viager apparaît donc indispensable. Sans volonté politique, même les formes rénovées comme le viage n'ont qu'une espérance de développement limitée. Tout d'abord et de manière générale, l'information statistique sur l'ensemble des produits viagers, différés (Perp, Perco) ou immédiats (rente viagère, viager, prêt viager) demeure trop lacunaire et trop peu fiable : le cas du viager est seulement l'un des plus criants. Créer un observatoire sur tous les produits viagers (privés) serait ici le bienvenu, concernant les caractéristiques et les comportements des épargnants concernés, les taux de rendement et les gisements de clientèle pour les différents produits offerts, les tables de mortalité utilisées, etc. Il serait également nécessaire d'améliorer l'information des vendeurs potentiels et d'introduire plus de transparence sur le niveau et les déterminants de la décote. Une réforme plus ambitieuse serait la création pour les viages d'un *label* à dimension sociale qui accorderait des avantages fiscaux et autres (frais de notaire) aux institutionnels agréés : le portefeuille de biens de ces derniers devrait comporter une proportion minimale de logements modestes et/ou détenus par des catégories aux ressources limitées. L'État pourrait également intervenir directement en créant, par exemple sous l'égide de la Caisse des Dépôts, un fonds pour l'achat de viages sur des logements sociaux.

3.2.1.4. Le prêt viager hypothécaire dépendance (André Masson, Annexe 8) ou Prêt immobilier dépendance (Associés en Finance, Annexe 9)

Le viage souffre encore de trois handicaps pour le vendeur potentiel :

- le risque de perte en cas de mort prématurée (d'autant plus important que la part des rentes est importante)

- l'aliénation de la propriété du bien, dont il ne conserve que l'usufruit ;
- le risque, dans les familles, de voir la vente en viager du logement être interprétée par les enfants comme une spoliation de l'héritage attendu.

Deux modalités ont été exposées à la commission :

- Le prêt viager hypothécaire dépendance (PVHD)¹⁰³ (André Masson, Annexe 8)
- Le prêt immobilier dépendance (Associés en Finance, Annexe 9)

Les deux dispositifs ont en commun de reposer sur le principe d'une souscription, au moment de l'entrée en dépendance, d'un prêt viager garanti par le bien immobilier du souscripteur. A la différence de la vente en viager, la personne âgée dépendante conserve la pleine propriété de sa résidence principale.

→ **Le prêt viager hypothécaire dépendance (André Masson)**

Le grand principe du prêt viager hypothécaire est d'emprunter une somme d'argent (prêt) en plaçant un bien immobilier en garantie (hypothèque). Il s'agit de convertir la valeur de la résidence en un revenu tout en continuant d'occuper le logement concerné. Ce revenu peut prendre la forme d'un capital ou d'une rente, versée jusqu'au décès (aspect viager). Il peut être souscrit dès 60 ans (offre du Crédit Foncier).

Ce dispositif est aujourd'hui peu développé en particulier car les taux d'intérêt pratiqués par le peu d'organismes offrant ces produits sont élevés¹⁰⁴, diminuant l'attractivité du produit. En effet, le prêteur doit se prémunir contre le risque de longévité mais aussi d'évolution des prix puisque le prêt viager hypothécaire est remboursé in fine par la vente du logement (ou par les enfants s'ils souhaitent récupérer le logement).

Le prêt viager dépendance est une utilisation de ce prêt viager hypothécaire à l'entrée en dépendance. Limitant l'incertitude sur la durée de vie, il pourrait être souscrit à des taux plus avantageux, de moins de 4 %.

→ **Le Prêt immobilier dépendance (Associés en Finance)**

Ce dispositif vise à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie un prêt (*prêt autonomie*) au moment de l'entrée en dépendance. Les prêts autonomie seraient distribués par des banques partenaires et garantis par le bien immobilier dont est propriétaire le souscripteur. Le remboursement de la somme empruntée s'effectuerait au moment du décès du souscripteur par l'intermédiaire de la vente du bien immobilier ou par les héritiers qui souhaitent conserver la propriété du logement.

Parce que le versement des mensualités se poursuit jusqu'au décès, l'institution ne peut pas prévoir de manière certaine le montant du prêt accordé. Le risque est en particulier que le montant du prêt soit supérieur à la valeur du bien immobilier au moment de la succession (risque de longévité). Pour se couvrir face à ce risque, le dispositif prévoit la création d'un

¹⁰³ Inspiré par le Reverse Mortgage anglosaxon

¹⁰⁴ Le nouveau prêt du crédit foncier est fait au taux de 4,8 %.

fonds de garantie dont les principaux actionnaires seraient constitués des collectivités territoriales et d'autres acteurs institutionnels (Caisse des Dépôt par exemple) : la Société de financement pour l'autonomie et la dépendance (SOFIPAD). Ce fonds de garantie serait financé par un pourcentage des prêts (0,2 % dans sa conception actuelle) et permettrait de rembourser la banque lorsque la valeur du bien immobilier ne permet pas de rembourser l'intégralité du prêt accordé.

Différentes options sont envisageables au regard de la fixation du montant de la mensualité. Une première option serait d'attribuer un montant forfaitaire dépendant uniquement du GIR du souscripteur (évalué par exemple dans la cadre de l'APA) et de la valeur de son bien immobilier. Une deuxième option serait d'accorder un prêt personnalisé, négocié entre la banque et le souscripteur, fonction par exemple des besoins de prise en charge et du reste à charge. Dans les deux cas, les mensualités du prêt s'ajusteraient selon un schéma prédéterminé, en fonction de l'évolution de la dépendance. Le dispositif pourrait s'appuyer sur les évaluations et réévaluation du niveau de dépendance par les équipes médico-sociales du conseil départemental. En plus des versements mensuels, le souscripteur aurait la possibilité de débloquent dès la souscription du prêt une somme initiale permettant d'effectuer des aménagements du logement.

Ce dispositif serait adaptable aux couples, le conjoint étant assuré de pouvoir rester à son domicile si l'individu en perte d'autonomie entre en établissement, mais également jusqu'à son décès s'il est dans une situation de conjoint survivant. En cas de décès de la personne en perte d'autonomie, le versement des mensualités s'arrête et les montants déjà versés sont capitalisés jusqu'au décès de son conjoint.

Une description plus détaillée et un cas type sont présentés dans l'Annexe 9

3.2.1.5. Quelles différences avec le recours sur succession ?

Une autre manière de mobiliser le patrimoine immobilier des individus dans le financement de leur prise en charge le recours sur succession dans le cadre de l'aide sociale. Quelles différences entre ces dispositifs et le recours sur succession ? Pour beaucoup, les deux systèmes sont perçus de manière très différente. Pour d'autres, les prêts viagers garantis sur le logement ne seraient fondamentalement pas différents d'une aide sociale supplémentaire intégrant un recours sur succession.

3.2.2. Permettre au détenteur d'assurance vie d'utiliser leur épargne dans des conditions aménagées en cas de perte d'autonomie

Un des freins à la souscription d'une assurance-dépendance peut être l'aspect « cotisation à fonds perdus ». Certains suggèrent de développer la garantie dépendance via l'assurance-vie et plus généralement, les contrats d'épargne. Contrairement au contrat faisant de la

dépendance la garantie principale, si l'individu n'est pas dépendant, le capital épargné ira aux bénéficiaires au moment du décès. Un des avantages est aussi sa mise en œuvre immédiate. Cela permet de couvrir dès aujourd'hui la population (qui pourrait par exemple ne pas l'être en cas de mise en place d'une assurance-privée obligatoire), sous condition de disposer d'une assurance-vie d'un montant suffisant.

Outre les informations recueillies au moment de la commission, cette section s'appuie sur les propositions de la Fédération française de l'Assurance (cf. Annexe 7)

3.2.2.1 L'assurance-vie est une forme d'épargne répandue

L'assurance vie concerne aujourd'hui 37 millions de bénéficiaires. L'encours des contrats s'élève fin avril 2017 à 1 650 milliard d'euros. En cas de perte d'autonomie, les bénéficiaires d'une assurance vie peuvent mobiliser leur épargne pour financer une prise en charge.

D'après l'Insee (2016), 42,7 % des ménages de 70 ans et plus disposent d'une assurance-vie début 2015. En ce qui concerne les montants détenus, à ce stade, à partir de l'enquête Patrimoine, on ne dispose que des montants moyens déclarés être épargnés en vue de la retraite (d'autres motifs de détention d'assurance-vie peuvent être indiqués). Avec cette restriction, les montants détenus sur l'assurance-vie, tous âges confondus, seraient d'un peu plus de 40 000 € en moyenne (figure ci-dessous¹⁰⁵)¹⁰⁶.

Ce chiffre moyen ne doit pas faire oublier l'hétérogénéité des montants détenus sur l'assurance vie, et plus généralement sur le patrimoine financier. Si le patrimoine financier moyen des ménages est égal à 75 400 €, la moitié des ménages dispose d'un patrimoine financier inférieur à 14 600 €¹⁰⁷.

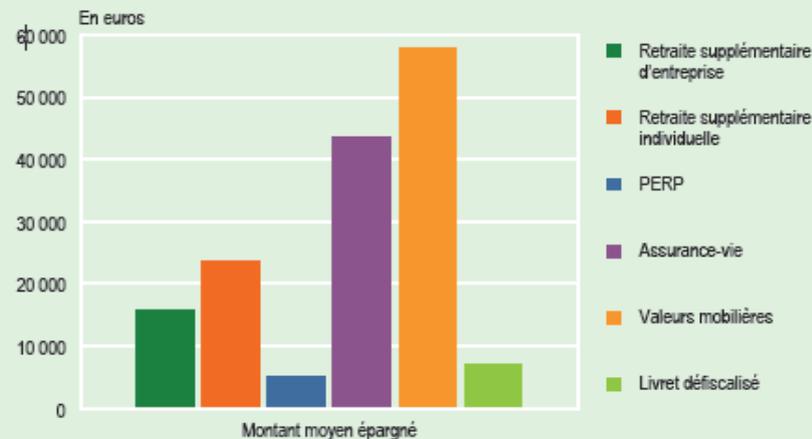
¹⁰⁵ Laborde, 2014, « Prévoir sa retraite : une personne sur cinq épargne », Etudes et Résultats, n° 880, DREES.

¹⁰⁶ On trouve d'autres chiffres sur cette question, issus de l'institut CSA, dans le cadre de son Observatoire permanent de la banque, de l'assurance et du crédit (Operbac). Selon une enquête réalisée en 2015 sur l'épargne et la retraite, le montant moyen des sommes investies en assurance-vie se situe à 10.700 euros chez les 25-34 ans. Il atteint 31.500 euros pour les 45-54 ans. Les 65-74 ans détiennent en moyenne 58.700 euros sur leur contrat tandis que chez les 75 ans et plus, le placement s'élève à 63.000 euros en moyenne. *Il faudra comparer ces chiffres avec ceux issus de l'enquête Patrimoine de l'Insee.*

¹⁰⁷ Chaput et al. (2011), « Les inégalités de patrimoine s'accroissent entre 2004 et 2010 », Insee première 1380.

GRAPHIQUE 4

Montant moyen épargné en prévision de la retraite en fonction du type de produit détenu



PERP : plan d'épargne retraite populaire.

Note • Le montant moyen épargné sur les livrets soumis à l'impôt n'est pas présenté ici, car les effectifs sont trop faibles pour qu'il soit significatif.

Lecture • Les détenteurs d'un PERP en 2010 ont accumulé 5 300 euros en moyenne en prévision de leur retraite. Ce montant s'élève à 43 600 euros pour les détenteurs d'une assurance-vie.

Champ • France métropolitaine et DOM, personnes de 18 ans ou plus détentrices du produit étudié en prévision de la retraite, vivant en logement ordinaire.

Sources • INSEE, enquête Patrimoine de 2010.

TABLEAU 1

3.2.2.2 Mobilisation de l'assurance-vie actuelle dans des conditions aménagées

Le cadre actuel de l'assurance-vie est souple, même si quelques évolutions pourraient être apportées pour faciliter son utilisation comme instrument de financement de la dépendance.

Deux options sont aujourd'hui possibles pour utiliser l'épargne détenue sur une assurance-vie en vue du financement des coûts liés à sa perte d'autonomie.

- Retrait partiel ou total sur l'assurance vie
- Sortie en rente viagère.

* Retrait partiel ou total sur l'assurance vie

Il est possible de pratiquer des rachats partiels (retraits). En cas de retrait sur l'assurance vie, la part d'intérêts comprise dans la somme retirée est éventuellement imposable. Le souscripteur a alors le choix entre un prélèvement forfaitaire libératoire ou l'intégration des intérêts aux autres sources de revenu soumis à l'impôt sur le revenu. Le prélèvement forfaitaire libératoire est dégressif selon l'ancienneté de l'ouverture du contrat. Pour une durée supérieure à 8 ans, le prélèvement forfaitaire libératoire est égal à 7,5 %. Ce taux s'applique uniquement sur les intérêts (le capital initialement investi n'étant pas imposable), après un abattement annuel de 4 600€ pour un individu seul et de 9 200€ pour un couple. Si les intérêts représentent moins de 38 % de l'épargne accumulée, un retrait de 12 000 € par an par un individu seul n'est donc pas imposable compte tenu de l'abattement annuel. Les

abattements sont donc importants et permettent de retirer des sommes élevées en franchise d'impôts¹⁰⁸.

Si le souscripteur fait le choix d'additionner les intérêts à ses autres sources de revenus imposables, les intérêts sont imposés au taux marginal d'imposition. Pour les contrats de plus de 8 ans, le prélèvement forfaitaire libératoire est naturellement privilégié par les souscripteurs.

Il convient également de rajouter les prélèvements sociaux sur les intérêts générés, au taux de 15,5 %, prélevés à la source par les entreprises d'assurance.

En 2016, la FFA estime au total à 2,7 milliards d'euros les intérêts versés et touchés par le prélèvement forfaitaire libératoire au taux de 7,5 %. Cependant, seuls 60% de ces intérêts proviennent de détenteurs âgés de plus de 60 ans. Parmi ces personnes, la dépendance lourde représente environ 2,7 %, on peut donc estimer à 44 millions d'euros les intérêts versés à la population âgée en dépendance lourde. Les prélèvements forfaitaires libératoires sur cette population représentent donc un montant extrêmement faible, environ 3 millions d'euros¹⁰⁹.

Afin de faciliter le financement des dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie via le recours à l'épargne accumulée dans le cadre d'une assurance vie, une suppression de la fiscalité est donc envisageable dès lors que le souscripteur fait état au moment du retrait d'un état de dépendance. Ce traitement fiscal devra être analysé plus en détails. A noter que des dispositions d'exonérations fiscales existent déjà en cas d'invalidité.

* Sortie en rente viagère

Les individus ont également la possibilité de récupérer l'épargne d'une assurance vie en optant pour une sortie en rente viagère. Dans ce cas, l'individu renonce de manière irréversible à son épargne contre une rente périodique jusqu'à son décès. Le montant de la rente viagère est calculé en fonction de l'épargne constituée et de l'espérance de vie de l'individu. Plus l'espérance de vie de l'individu est longue, plus la rente sera faible. Selon la FFA, la réglementation actuelle impose aux assureurs de s'appuyer sur des tables de mortalités non spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui conduit à surestimer l'espérance de vie des personnes âgées dépendantes souhaitant sortir en rente viagère. Cette contrainte réglementaire limite considérablement l'intérêt d'une sortie en rente viagère pour un individu en perte d'autonomie, dont l'espérance de vie est deux à trois fois plus faible que l'espérance de vie calculée à partir des tables réglementaires.

Afin de développer les sorties en rente viagère, la FFA souhaite s'appuyer sur une table spécifique en cas d'une sortie en rente viagère pour un individu en perte d'autonomie, construite à partir de l'expérience de la profession. La question d'une table de mortalité

¹⁰⁸ Par comparaison avec l'exemple de l'épargne de la section 2.1.2. : 25 € par mois, soit $25 \times 12 \times 23 = 6900$ de capital investi, ($8653 - 6900 = 1753$ € d'intérêt générés). Il est donc possible de retirer l'intégralité du capital en franchise d'impôt.

¹⁰⁹ Remarque du SG : L'exonération des prélèvements sociaux (15,5 %) n'est en revanche pas envisageable sur les supports en euros car les prélèvements sociaux sont effectués chaque année, avant l'entrée en dépendance.

spécifique devra faire l'objet d'une évaluation plus approfondie afin d'analyser l'impact pour la collectivité de ceux qui ne sont pas dépendants.

La fiscalité en cas de sortie en rente viagère est différente de la fiscalité appliquée aux retraits sur l'assurance vie. Les rentes viagères sont en effet soumises, pour partie, à l'impôt sur le revenu. La fraction taxable décroît avec l'âge de sortie en rente viagère. Au-delà de 70 ans, 30% du montant de la rente viagère est soumis à l'impôt sur le revenu. S'ajoute également les prélèvements sociaux au taux de 15,5 % sur 30 % du montant de la rente viagère. Par exemple, un individu déclarant un revenu annuel de 40 000 euros qui bénéficie d'une rente viagère de 12 000 euros par an devra s'acquitter de 1025 euros d'impôt sur le revenu et de 558 euros de prélèvement sociaux.

Ici aussi, une exonération d'impôt sur les rentes viagères bénéficiant aux personnes âgées en perte d'autonomie est envisageable pour favoriser la mobilisation de l'épargne. Ce traitement fiscal devra être analysé plus en détails.

Il faut noter que cette exonération d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux existent déjà en cas de dépendance liée à une invalidité du bénéficiaire du contrat ou de son conjoint correspondant au classement dans la 2ème ou 3ème catégorie prévue à l'article L341-4 du code de la sécurité sociale.

3.2.2.3. Mise en œuvre de garantie dépendance "couplée" à des contrats d'assurance-vie¹¹⁰.

On pourrait imaginer dans un second scénario le développement des garanties dépendance complémentaires ou optionnelles d'une garantie principale d'assurance vie : un contrat dépendance pourrait ainsi être adjoint au contrat d'assurance-vie, le premier étant alimenté par une partie des produits annuels générés par le second (primes régulières sur le contrat dépendance) ou par la mobilisation d'une partie de l'épargne capitalisée.

Le deuxième scénario s'inscrit dans une optique de couverture de plus long terme. La question de la fiscalité se pose aussi, une opération de ce type consisterait en un rachat partiel ou un dénouement, il conviendrait alors d'alléger, dans la mesure du possible, la fiscalité de ce rachat¹¹¹

Il est certain que pour garantir un niveau de rente suffisant, il sera nécessaire de disposer d'un capital en assurance-vie élevée. Ces contrats nécessitent une capacité d'épargne importante pour bénéficier d'une rente couvrant une partie acceptable des coûts de la prise en charge. A titre d'illustration, une société d'assurance propose une assurance-vie incluant, en cas de dépendance, une rente mensuelle viagère dont le montant annuel représente 20 % du capital garanti à 75 ans (auquel s'ajoute un capital équipement de 20 % du capital garanti à 75 ans). Selon le simulateur en ligne de cette société d'assurance, un individu épargnant 100 euros par mois à partir de 55 ans pourra se constituer un capital garanti à 75 ans de 21 000 € et bénéficier en cas de dépendance d'une rente de 350 €/mois et d'un capital équipement de 4200 €.

¹¹⁰ Rapport Vasselle, 2010. Ce point n'a pas été discuté précisément au sein de la Commission de travail.

¹¹¹ Voir rapport Vasselle (2010)

Annexe 1- Caractéristiques des principaux contrats d'assurance

1/ Très schématiquement, il existe deux principaux modèles de contrats d'assurance dépendance, permettant à l'assuré de couvrir son risque « dépendance » :

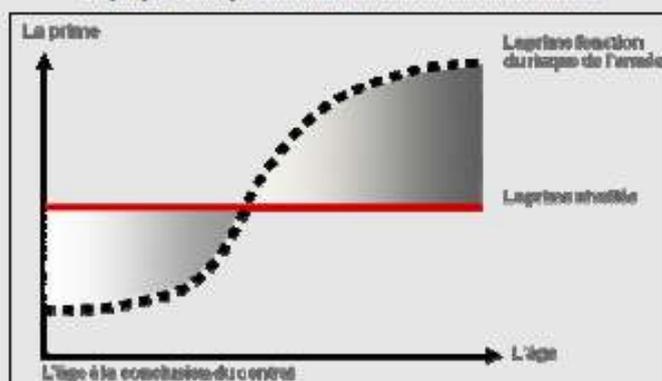
- au moyen d'un contrat spécifique dont l'objet principal est la dépendance. Ces contrats, dits à « adhésion facultative en garantie principale viagère dépendance », sont tarifés sous forme de « primes nivelées » ;
- soit en option ou en inclusion à un contrat dont l'objet principal est différent (par exemple, une assurance santé complémentaire). En général, la tarification de ce type de contrat est basée sur le calcul d'une prime annuelle.

2/ Techniquement, ces contrats relèvent de deux méthodes de tarification que l'on peut schématiser dans le graphique ci-dessous :

- le principe d'une tarification sous forme de prime nivelée est représenté par la courbe rouge (technique de provisionnement intégral du risque). Tandis que l'assureur perçoit initialement des primes supérieures au risque couvert, il verse dans les dernières années de vie du contrat des rentes supérieures aux montants des primes encaissés ; ce mécanisme justifie la constitution d'un provisionnement (cf. *infra*) ;
- la tarification annuelle selon l'âge moyen du groupe est représentée par la courbe en pointillés (technique de semi répartition).

Dans tous les cas existants, les cotisations sont révisables annuellement en fonction de l'évolution du risque.

Graphique 1 : Comparaison entre les deux formes de tarification



3/ Ces deux méthodes de tarifications ont pour corollaire des techniques de gestion du risque différentes :

- une gestion provisionnée : le risque est couvert viagèrement, et les primes des assurés sont gérées à long terme. Trois modes de provisions sont constitués pour faire face aux engagements :
 - les provisions pour rentes en cours de service, qui sont égales aux montants actualisés probables des rentes à servir au titre de la dépendance, sachant que le risque est réalisé ; elles dépendent de l'âge de l'individu à l'entrée en dépendance ;
 - les provisions pour risques croissants : en début de vie du contrat, l'écart entre la prime payée et le niveau de risque est mis en réserve pour alimenter la provision ; cette réserve est ensuite utilisée lorsque le niveau du risque devient supérieur à la cotisation payée ;
 - enfin, les assureurs constituent parfois des provisions à long terme, afin de minimiser les ajustements de cotisation. De même, un fonds de revalorisation peut être constitué afin de financer les revalorisations attribuées aux garanties en cas d'érosion monétaire, sous la forme d'une prime unique de revalorisation venant compléter les provisions techniques ;

- une gestion par répartition : les primes des assurés de l'exercice sont immédiatement réaffectées au paiement des sinistres du même exercice. Avec ce type de gestion, les assurés bénéficient d'une garantie « annuelle »⁸.

Source : Annexe 6, in Fragonard B, (2011), Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance.

Modèle viager versus modèle temporaire (contribution de la FNMF)

Principes de fonctionnement :

- Le **modèle viager**, qui repose sur un engagement viager du souscripteur, va impliquer pour l'organisme assureur de se projeter dans l'avenir, a priori dans une période lointaine, pour évaluer la potentielle survenance de l'état de dépendance. Les critères qu'il va retenir doivent être dès lors aussi indépendants de l'environnement de la personne que possible (car cet environnement qu'il ne maîtrise pas et qui a une influence importante sur les conséquences potentielles du niveau de dépendance pour l'autonomie de la personne, évoluera probablement assez significativement). Notamment, c'est pour cette raison que ces organismes d'assurance privilégient le référentiel des AVQ pour évaluer le niveau de dépendance de la personne.
- A l'inverse, un organisme assureur qui délivre une **garantie temporaire (annuelle)** peut chaque année ajuster les conditions de celles-ci pour correspondre au mieux aux évolutions de l'environnement. De ce point de vue, et notamment dans la définition de conditions de prise en charge, l'organisme assureur se rapproche alors de la situation des pouvoirs publics qui évaluent la dépendance au moment de sa survenance et qui s'engage sur le niveau d'accompagnement sur la base des garanties proposées au moment de la survenance. C'est l'une des raisons pour lesquels les organismes qui couvrent en garantie annuelle ont moins de difficulté à utiliser la grille AGGIR.

Avantages et inconvénients en lien avec les caractéristiques contractuelles

Le tableau ci-après met en évidence une liste d'avantages et d'inconvénients résultant des caractéristiques des deux modèles.

	Modèle temporaire		Modèle viager	
	Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
Durée de la garantie	<p>Flexibilité de la garantie : Meilleure adéquation des garanties révisables chaque année et adaptable sur le long terme à l'évolution de l'environnement de la personne notamment en GIR 3 et 4,</p> <p>Flexibilité en termes de revalorisation des garanties,</p> <p>Possibilité d'inclusion dans d'autres garanties annuelles (santé notamment)</p>	<p>En cas de sortie de contrat, volontaire ou forcée, pas de prise en compte du passé par le nouvel assureur (problématique si nouvelle orientation vers le modèle viager dont l'âge à la souscription).</p> <p>Modèle peu développé à ce jour hors mutualité fonction publique</p>	<p>Contrat à durée indéterminée (garantie viagère). Création d'une forme de « droits » provisionnés</p>	<p>Moindre flexibilité de la garantie: se pose en particulier la question de l'évolution dans le temps du contenu de la garantie</p> <p>Impact financier de la revalorisation de la garantie</p>
Coût de la garantie	<p>Moindre en lien avec les contraintes de provisionnement du risque par l'assureur</p>	<p>Il n'y a pas d'effet de « capitalisation » des « droits » provisionnés liés aux primes versées.</p>	<p>Effet de « capitalisation » des « droits » provisionnés liés aux primes versées. Mise en réduction si le paiement des primes est interrompu, sous réserve d'avoir atteint la période contractuelle (8 ans en général)</p>	<p>Elevé en lien avec les contraintes de provisionnement par l'assureur. Soutenabilité financière dans le temps (problème du défaut de paiement avant la période contractuelle de mise en réduction de garantie)</p>
Conditions de prises en charge	<p>Utilisation plus aisée de la grille AGGIR du fait du caractère annuel de la garantie (en adéquation avec la prise en charge publique).</p>			<p>Préférence pour les AVQ, pas toujours en adéquation avec la prise en charge publique mais répondant à la contrainte des assureurs liées à l'évolution de l'environnement de la personne sur la période de garantie</p>
Transférabilité	<p>Non sujet du fait de l'absence de reprise du passé.</p>	<p>Pose la question de l'âge de souscription en l'absence de prise en compte du passé. Déséquilibre technique des portefeuilles s'ils sont peu à peu délaissés par les souscripteurs au profit d'autres contrats jugés plus avantageux</p>	<p>Notion de « droits » provisionnés liés aux primes versées</p>	<p>Complexe à gérer Déséquilibre technique des portefeuilles s'ils sont peu à peu délaissés par les souscripteurs au profit d'autres contrats jugés plus avantageux</p>

Annexe 2- Résultats de la consultation du HCFEA sur les couvertures assurantielles couvrant le risque dépendance

Dans le cadre de la commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture du risque dépendance, le secrétariat général a mené une consultation auprès des différents organismes d'assurance offrant des couvertures contre le risque dépendance : les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Cette consultation ne visait pas à dresser un panorama exhaustif et actuel du marché mais à enrichir les états des lieux précédents (en particulier sur les principes de revalorisation des cotisations et des garanties, la réduction des contrats ou encore la sélection médicale) et à identifier les leviers d'action pouvant favoriser le développement du marché.

Les informations recueillies sur les sociétés d'assurance sont issues de la Fédération française de l'assurance (FFA) qui s'est chargée de synthétiser les informations collectées auprès de ses membres. 4 institutions de prévoyance et 1 mutuelle ont également répondu à notre consultation.

1. Sociétés d'assurance

1.1. Garanties proposées

Fin 2015, 102 contrats distincts ont été recensés. Parmi eux, 50 contrats ont cessé d'être commercialisés (run-off). 52 sont toujours commercialisés fin 2015.

Parmi ces 102 contrats à adhésion individuelle, on distingue :

- 82 contrats dont la dépendance est la garantie principale et unique (dont 43 commercialisés fin 2015 et 39 run-off fin 2015).
- 2 contrats santé avec garantie dépendance en inclusion obligatoire (tous les deux toujours commercialisés fin 2015)
- 18 autres types de couverture dont :
 - 5 contrats dont la garantie dépendance est obligatoirement couplée à une autre garantie (décès ou épargne) (dont 3 toujours commercialisés fin 2015 et 2 run-off fin 2015).
 - 8 contrats dont la garantie dépendance est facultative et complémentaire à une autre garantie (décès ou invalidité) (dont 2 toujours commercialisés fin 2015 et 6 run-off fin 2015).
 - 4 contrats d'épargne transformable en rente dépendance (dont 1 toujours commercialisé fin 2015 et 3 en run-off fin 2015).
 - 1 contrat dont la garantie dépendance est une option d'un contrat de retraite (toujours commercialisé fin 2015).

1.2. Population couverte

Fin 2015, ces contrats couvraient 3,4 millions de personnes dont :

- 47 % via un contrat dont la garantie dépendance est la principale et unique garantie,
- 48 % via une garantie dépendance en inclusion obligatoire d'un contrat santé,
- 5 % via un contrat dont la garantie dépendance est obligatoirement couplée à une autre garantie (décès ou épargne), un contrat d'épargne transformable en rente dépendance, un contrat dont la garantie dépendances est facultative et complémentaire à une autre garantie (décès ou invalidité) ou un contrat dont la garantie dépendance est une option d'un contrat de retraite.

La majorité des contrats (89 %) sont souscrits de manière volontaire (contrats individuels ou de groupes facultatifs). Les autres sont souscrits de manière obligatoire soit du fait de l'appartenance de l'individu à un groupe (entreprise, association, branche professionnelle) soit du fait de l'inclusion obligatoire de la garantie dépendance dans un contrat santé à adhésion facultative.

Tableau 6. Chiffres clés des sociétés d'assurances fin 2015

	(1) Nombre d'individus assurés (en milliers)	(2) Cotisations (en millions d'euros)	(3) Prestations (en millions d'euros)	(2)/(1) Cotisation mensuelle moyenne par assurés (en euros)
Contrats garantie principale et unique dépendance	1603,2	555,1	219,8	28,85
dont adhésion individuelle	1236,0	529,4	207,4	35,69
dont adhésion collective	367,2	25,6	12,4	5,81
Garantie dépendance en inclusion obligatoire d'un contrat santé	1629,3	35,0	1,7	1,79
dont adhésion individuelle	1629,3	35,0	1,7	1,79
dont adhésion collective	0	0	0	-
Autre contrats⁽¹⁾	175,6	n.d.	n.d.	n.d.
dont adhésion individuelle	167,3	n.d.	n.d.	n.d.
dont adhésion collective	8,3	n.d.	n.d.	n.d.
Ensemble	3408,1	615,6⁽²⁾	225,1⁽²⁾	15,05⁽²⁾
dont adhésion individuelle	3032,6	590,0 ⁽²⁾	212,7 ⁽²⁾	16,21 ⁽²⁾
dont adhésion collective	375,5	25,6 ⁽²⁾	12,4 ⁽²⁾	5,68 ⁽²⁾

Source : FFA, ensemble des contrats commercialisés et en run-off fin 2015

⁽¹⁾ Inclus les contrats dont la garantie dépendance est obligatoirement couplée à une autre garantie (décès ou épargne), les contrats d'épargne transformable en rente dépendance, les garanties dépendances facultatives complémentaires à une autre garantie (décès ou invalidité) et les garanties dépendance optionnelles d'un contrat de retraite.

⁽²⁾ N'inclut pas les « autres contrats »

1.3. Montant des rentes

La diversité des garanties dépendances offertes par les sociétés d'assurance implique des couvertures très variées. Les cotisations mensuelles moyennes par assuré sont en effet très différentes suivant le contrat, allant de moins de 2€ par mois en moyenne pour les garanties en inclusion obligatoire d'un contrat de santé à plus de 36 € par mois en moyenne quand la garantie dépendance est l'unique garantie d'un contrat souscrit de manière individuelle (cf. Tableau 6).

Les individus sont libres de choisir le montant de la rente entre un minimum et un maximum. Les 82 contrats en garantie principale à adhésion facultative étudiés par la FFA se répartissent de la manière suivante au regard de la rente minimale et maximale pouvant être souscrite (Tableau 7):

Tableau 7. Rente minimale et maximale proposées dans les contrats

Rente minimale pouvant être souscrite	Nombre de contrats	Nombre de personnes couvertes	Rente maximale pouvant être souscrite	Nombre de contrats	Nombre de personnes couvertes
[100 ; 299]	19	27 %	[800 ; 1999]	35	27 %
[300 ; 399]	34	46 %	[2000 ; 2999]	13	43 %
[400 ; 750]	18	26 %	[3000 ; 4500]	23	29 %
Pas de rente prévue	2	<1 %	Pas de rente prévue	2	<1 %
Non renseigné	9	1 %	Non renseigné	9	1 %
Total	82	100 %	Total	82	100 %

Source : FFA
Champ : 82 contrats en garantie principale à adhésion facultative, fin 2015. Parmi les 82 contrats recensés, 2 contrats fermés à la commercialisation ne prévoient pas de rente (1% des personnes couvertes) et 9 contrats fermés à la commercialisation n'ont pas été renseignés (1 % des personnes couvertes)

Les informations recueillies auprès de la FFA ne permettent pas d'étudier la dispersion des rentes effectivement souscrites au niveau individuel. Les chiffres présentés ci-dessous s'appuient sur une analyse statistique dans laquelle l'unité d'observation est un contrat. Les informations collectées au moment de la consultation sont donc très imparfaites et ne

permettent pas de décrire les couvertures au sein de la population des assurés car le nombre d'assurés varie considérablement d'un contrat à l'autre.

Parmi les contrats toujours commercialisés fin 2015, la rente en moyenne souscrite en cas de dépendance lourde varie d'un contrat à l'autre de 331 €/mois à 966 €/mois, pour une moyenne de 612 €/mois. En ce qui concerne les rentes moyennes effectivement versées fin 2015, elles varient d'un contrat à l'autre de 271 €/mois à 1333 €/mois pour une moyenne de 579 €/mois.

Fin 2015, 28 300 individus ayant souscrit un contrat en garantie principale en adhésion individuelle bénéficient d'une rente.

1.4. Montant des cotisations

Le montant des cotisations varient en fonction de l'âge de souscription, de l'existence d'une éventuelle surprime du fait d'un risque de santé aggravé, et naturellement, du montant de la garantie choisie et des prestations complémentaires (capital premier équipement, assistance maintien à domicile etc.). Les informations recueillies à l'occasion de la consultation menée auprès de la FFA ne permettent pas de décrire la distribution des cotisations selon ces différents paramètres au sein de l'ensemble de la population assurée.

Les informations collectées auprès de la FFA concernent deux des principaux contrats actuels, sans que l'on soit en mesure d'analyser leur représentativité. Le Tableau 8 décrit les cotisations effectivement versées fin 2015 auprès de ces deux assureurs. Le Tableau 9 présente la cotisation moyenne en fonction de l'âge de souscription pour une rente mensuelle de 500 euros en cas de dépendance lourde uniquement¹¹².

Tableau 8. Distribution des cotisations au sein des assurés ayant souscrit un contrat auprès de deux des plus importants assureurs

	Contrats toujours commercialisés en 2015			Contrats n'étant plus commercialisés en 2015		
	Ensemble	Dépendance totale uniquement	Dépendance totale et partielle	Ensemble	Dépendance totale uniquement	Dépendance totale et partielle
Minimum	4	7	8	4	4	1
Q1	23	18	27	21	20	25
Q2	32	26	36	28	27	34
Moyenne	36	29	40	33	26	39
Q3	43	36	48	40	36	47
Max	186	186	148	282	193	324

Source : FFA, 2 contrats

¹¹² Cf. annexe5, tiré du numéro 1123 de la revue Le particulier (juillet-août 2016), pour des informations complémentaires sur les cotisations et rentes parmi 10 contrats en garantie principale à souscription individuelle.

Tableau 9. Cotisation moyenne pour une rente souscrite de 500€/mois et une garantie de couverture dépendance lourde, en fonction de l'âge de souscription

Age de souscription	Cotisations mensuelles pour une rente de 500€/mois
30 ans	12,26€
55 ans	24,55€
60 ans	28,20€
65 ans	34,65€

Source : FFA, 2 contrats

1.5. Age de souscription, âge d'entrée en dépendance et durée passée en dépendance

Les contrats en adhésion individuelle dont la garantie dépendance est la garantie principale et unique prévoient un âge minimal et un âge maximal de souscription. Pour la moitié des contrats, l'âge minimal est compris entre 40 et 50 ans et l'âge maximum compris entre 75 et 78 ans.

Selon la FFA, l'âge moyen de souscription est de 60 ans, tandis que l'âge moyen d'entrée en dépendance est de 81 ans. Les informations transmises par la FFA ne permettent pas de décrire la distribution de l'âge de souscription et de l'âge d'entrée en dépendance au sein de la population assurée.

D'après les données de deux entreprises d'assurance, les assurés restent en moyenne 3,28 ans en situation de dépendance (lourde ou partielle) avec une durée médiane de 2,37 ans.

1.6. Caractéristiques des contrats

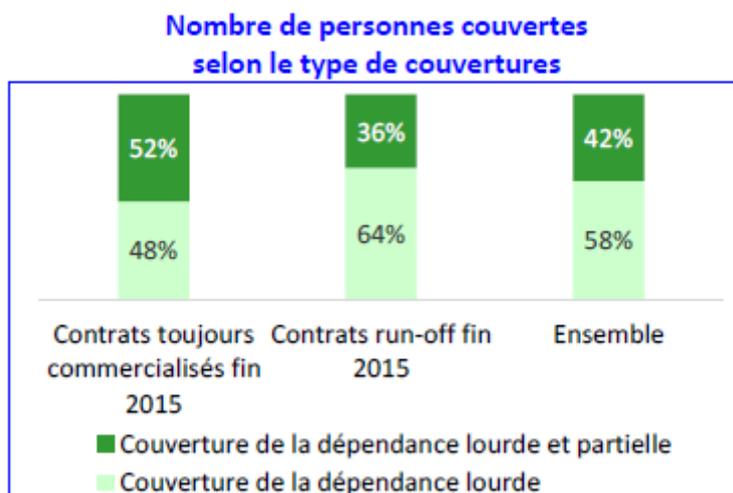
* Dépendance lourde uniquement ou lourde et partielle

Pour les contrats à adhésion individuelle qui prévoient une garantie principale et unique dépendance¹¹³, environ 6 personnes sur 10 ont opté pour une couverture de la dépendance lourde seule et plus de 4 personnes sur 10 pour une couverture plus large englobant à la fois la dépendance lourde et la dépendance partielle. En cas de dépendance partielle, les individus perçoivent généralement une rente mensuelle versée équivalente à 50 % de la rente de base.

On note cependant une évolution si on compare les contrats toujours commercialisés fin 2015 et les contrats run-off fin 2015 qui tend à indiquer une augmentation des souscriptions des contrats couvrant la dépendance lourde et partielle. Ceux toujours commercialisés en 2015

¹¹³ Nous ne disposons pas d'éléments statistiques pour les autres types de couverture.

couvrent à 52 % l'assurance lourde et partielle alors que ceux en run-off couvrent la dépendance lourde et partielle dans seulement 36 % des cas.



Source : FFA

Champ : contrat à adhésion individuelle qui prévoient une garantie principale et unique dépendance (43 contrats toujours commercialisés fin 2015 + 39 contrats run-off fin 2015)

* Outils de reconnaissance de la dépendance

Les outils servant à reconnaître l'état de dépendance diffèrent d'un contrat à l'autre.

* Grille AGGIR uniquement

Dans le cas des contrats en garantie principale, seuls 21 % des individus sont couverts via un contrat qui s'appuie uniquement sur la grille AGGIR pour mesurer la dépendance lourde. La dépendance lourde est alors définie comme appartenant au GIR 1 ou GIR 2. La dépendance partielle est reconnue à partir du GIR 3 ou parfois du GIR 4.

* AVQ seuls

Dans 7 % des cas, les assureurs se réfèrent uniquement aux actes de la vie quotidienne (AVQ), tels que par exemple « se laver », « s'habiller », « s'alimenter » sur une base de quatre, cinq ou six actes. Lorsque seuls les AVQ sont pris en compte, un individu est considéré en dépendance lourde s'il ne peut réaliser seul, 5 AVQ sur 6 ou 3 AVQ sur 4 selon les assureurs, et en dépendance partielle s'il ne peut réaliser 2 AVQ sur 4, 2 AVQ sur 5, 3 AVQ sur 5, 3 AVQ sur 6 ou 4 AVQ sur 6, le seuil variant selon les contrats.

*AVQ combiné avec AGGIR ou tests cognitifs

La capacité à réaliser les AVQ n'est cependant que rarement le seul critère pris en compte. Elle est en effet quasi systématiquement combinés avec la grille AGGIR ou des tests cognitifs (test de Folstein ou test de Blessed) pour définir la dépendance. Lorsque les AVQ sont combinés avec la grille AGGIR (38 % des contrats souscrits en dépendance lourde), l'individu est considéré comme lourdement dépendant lorsqu'il est simultanément caractérisé par une incapacité à faire 3 AVQ sur 4 (ou 3 AVQ sur 5 chez certains assureurs) et un GIR 1

ou 2. Quand les AVQ sont combinés avec d'autres tests (26 % des contrats souscrits en dépendance lourde), un individu est considéré comme dépendant s'il est caractérisé par 4 AVQ sur 5 ou $2AVQ/5 + MMS \leq 10$ ou $3VQ/5 + MMS \leq 15$. Certains contrats (8% des contrats souscrits) définissent la dépendance en considérant à la fois les AVQ, la grille AGGIR et le MMS.

Pour les contrats santé incluant une garantie dépendance en inclusion obligatoire et les autres types de garanties dépendance, on retrouve la même hétérogénéité.

Tableau 10. Outils de reconnaissance de la dépendance lourde des contrats en garantie principale toujours commercialisés fin 2015

	Mesure dépendance lourde		Mesure dépendance partielle	
	% de contrats	% de personnes couvertes	% de contrats	% de personnes couvertes
AVQ seul	19 %	7 %	33 %	8 %
AGGIR seul	19 %	21 %	19 %	18 %
AVQ et AGGIR	22 %	38 %	30 %	46 %
AVQ + test	28 %	26 %	7 %	1 %
AGGIR+AVQ+test	12 %	8 %	11 %	26 %

Source : FFA

Champ : contrat à adhésion individuelle en garantie principale, toujours commercialisés fin 2015/

* Revalorisation des garanties et cotisations après la souscription

Selon la FFA, les deux tiers des contrats toujours commercialisés fin 2015 (27 parmi 39) incluent dans leurs conditions générales la possibilité d'augmenter les montants des cotisations et des rentes garanties.

Exemples de libellés des clauses d'indexation et de revalorisation des primes et garanties :

Exemple 1 : « le 1^{er} juin de chaque année, l'entreprise d'assurance fixe en référence à l'indice « INEE hors tabac, ensemble des ménages », dans la limite des résultats techniques et financiers du contrat, les taux de revalorisation des garanties, des cotisations et des prestations (Rente et Capital Perte d'Autonomie). Les taux ainsi fixés s'appliquent à la prochaine échéance anniversaire de votre adhésion. La revalorisation ne s'applique que sur les adhésions en cours ne bénéficiant pas du maintien partiel des garanties. L'adhérent assuré qui ne souhaite pas revaloriser ses garanties et cotisations à la possibilité de refuser l'application de cette revalorisation. A tout moment, vous pouvez demander que la revalorisation vous soit de nouveau affectée pour l'échéance annuelle suivante ; seules les éventuelles revalorisations futures pourront être appliquées à votre adhésion, aucun rattrapage ne peut être effectué. »

Exemple 2 : « La cotisation d'assurance est revalorisée annuellement en fonction de l'évolution annuelle de l'indice Dépendance, tel que défini au lexique*. La revalorisation du montant des cotisations permet à l'assureur de répondre durablement à ses engagements vis-à-vis de tous les assurés, en vertu du principe de mutualisation du risque. En dehors de toute variation due à la revalorisation des garanties, l'assureur se réserve ainsi le droit de réviser la cotisation d'assurance à chaque échéance annuelle, sans changement de la garantie, si une décision législative ou réglementaire venait modifier ses engagements, ou si les résultats techniques et financiers des garanties le nécessitaient. Le souscripteur est informé avec l'appel de cotisation du contrat de la révision tarifaire appliquée aux cotisations pour la période à venir.

* (extrait du lexique) *Indice Dépendance* : L'indice dépendance est utilisé pour la revalorisation des garanties, des rentes en service et cotisations du contrat. Cet indice sera défini annuellement par l'assureur en fonction des résultats techniques et financiers. En tout état de cause, la variation de cet indice ne peut excéder l'évolution du point AGIRC au 1^{er} novembre de l'année antérieur. »

* Mise en réduction du contrat

La mise en réduction s'effectue après un certain nombre d'années de paiement des cotisations qui peut être différent d'un contrat à un autre.

Pour les contrats garantie principale dépendance à adhésion individuelle et commercialisés fin 2015, cette mise en réduction peut s'effectuer le plus souvent après 8 années de paiement des cotisations :

Valeur de réduction des contrats commercialisés fin 2015	Nombre de contrats	Nombre de personnes couvertes
Après 5 années	3	24 %
Après 8 années	29	60 %
Sans valeur de réduction	8	16 %
Non déterminé	3	ε
Ensemble	43	100 %

Pour les contrats avec une garantie dépendance couplée à une autre garantie commercialisés fin 2015, 2 contrats prévoient une valeur de réduction en cas de cessation de paiement des cotisations.

Les contrats avec une garantie dépendance facultative complémentaire à une autre garantie ne prévoient pas de valeur de réduction.

Dans la majorité des cas, l'assuré ne dispose pas d'information précise sur le calcul de sa rente mise en réduction.

Un assureur mentionne dans ses conditions générales de ventes deux illustrations, sans que l'on soit en mesure de savoir si ce calcul est commun de près ou de loin aux autres assureurs.

Pour un assuré ayant adhéré à l'âge de 54 ans pour une rente mensuelle de 500€/mois en cas de dépendance lourde uniquement, le montant des garanties dans le cas d'un maintien partiel, selon la durée de cotisations, est égal à :

- 0 €/mois si moins de 8 années de cotisation
- 96 €/mois si 8 années de cotisation
- 118 €/mois si 10 années de cotisations
- 168 €/mois si 15 années de cotisations
- 211 €/mois si 20 années de cotisations

Pour un assuré ayant adhéré à l'âge de 54 ans pour une rente mensuelle de 500€/mois en cas de dépendance lourde et de 250 €/mois en cas de dépendance partielle, ainsi qu'un capital autonomie de 5 000€, le montant des garanties dans le cas d'un maintien partiel, selon la durée de cotisations, est égal à :

- 0 €/mois de rente + 0 € de capital si moins de 8 années de cotisation
- 103 €/mois de rente + 1080 € de capital si 8 années de cotisation
- 125 €/mois de rente + 1315 € de capital si 10 années de cotisations
- 176 €/mois de rente + 1849 € de capital si 15 années de cotisations
- 219 €/mois de rente + 2303 € de capital si 20 années de cotisations

* GAD

A la fin 2015, 10 produits GAD sont commercialisés et couvrent 116 900 personnes. Les contrats GAD représentent 57 % des affaires nouvelles en 2016. Aucune information n'est disponible sur sa dynamique de diffusion et sur la perception qu'en ont les individus, même si, selon la FFA, quelques études internes aux compagnies ont testé l'intérêt auprès des clients, qui lui accordaient un intérêt certain.

* Sélection médicale

Tous les contrats en garantie principale commercialisés fin 2015 prévoit un questionnaire médical.

27 contrats sur 43 prévoient une procédure simplifiée avec une déclaration de santé pour les individus en dessous d'un certain âge (compris entre 50 et 70 ans selon les assureurs). Cette procédure simplifiée est aussi fonction du montant de la rente garantie, ce critère varie de 500 euros à 4500 euros selon les contrats.

Parmi les deux contrats santé avec une garantie dépendance en inclusion obligatoire, l'un nécessite de renseigner un questionnaire médical tandis que l'autre n'en prévoit pas.

Pour les contrats avec une garantie dépendance couplée à un autre garantie, la souscription nécessite de renseigner un questionnaire médical.

Pour les contrats d'épargne transformable en rente dépendance, la souscription ne nécessite pas de renseigner un questionnaire médical.

Selon la FFA, environ 12 % des individus se voient refuser une assurance du fait d'un mauvais état de santé.

* Délai de carence et délai de franchise

Pour les contrats en garantie principale à adhésion individuelle, aucun délai de carence ne s'applique en cas de dépendance accidentelle. Tous les contrats commercialisés fin 2015 prévoient un délai de carence de 36 mois en cas de maladie neuropsychiatrique. Pour les autres types de maladie, 7 contrats ne prévoient pas de délai de carence supplémentaire. Par contre, pour les 33 contrats qui en prévoient un, il est réduit à 12 mois, sauf pour 1 contrat pour lequel il est de 10 mois.

Toujours pour ces 43 contrats dépendance :

- 10 ne prévoient aucune franchise,
- 4 autres contrats ne prévoient pas de franchise en cas d'accident mais par contre ils en prévoient une en cas de maladie (trois mois),
- 25 contrats prévoient des franchises de trois mois aussi bien en cas d'accident qu'en cas de maladie, qu'elle soit d'origine neuropsychiatrique ou non.

Pour les contrats santé avec une garantie dépendance en inclusion obligatoire, seul un contrat prévoit un délai de carence en cas de maladie. Il est de 36 mois en cas de maladie neuropsychiatrique et de 12 mois pour les autres types de maladie. Les 2 produits prévoient une franchise absolue. Elle est de trois mois pour un contrat et de six mois pour l'autre.

Pour les contrats avec une garantie dépendance couplée à une autre garantie de risque, les 3 contrats toujours commercialisés prévoient un délai de carence en cas de maladie. Il est de 36 mois en cas de maladie neuropsychiatrique et de 12 mois pour les autres types de maladie. Seul 1 contrat prévoit une franchise. Elle est absolue et de trois mois.

Pour le contrat d'épargne transformable en rente dépendance, ce contrat prévoit un délai de carence en cas de maladie neuropsychiatrique (36 mois) mais pas pour les autres types de maladie. Il ne prévoit pas non plus de franchise en cas de survenance de la dépendance.

Pour les contrats avec une garantie dépendance facultative complémentaire à une autre garantie, les 2 contrats toujours commercialisés prévoient un délai de carence en cas de maladie. Il est de 36 mois en cas de maladie neuropsychiatrique pour l'un et de 12 mois pour l'autre. Pour les autres types de maladie, ce délai de carence est de 6 mois dans les deux cas. Seul un contrat prévoit une franchise en cas de survenance de la dépendance. Elle est absolue et de trois mois.

Pour les contrats de retraite prévoyant une garantie dépendance optionnelle, le contrat prévoit un délai de carence en cas de maladie. Il est de 36 mois en cas de maladie neuropsychiatrique et de 12 mois pour les autres types de maladie. Il prévoit également une franchise absolue de 3 mois en cas de survenance de la dépendance.

* Prestations complémentaires en plus de la rente

35 sur 43 prévoit des prestations d'assistance

Ces prestations d'assistance peuvent être de différents types, certaines pouvant se déclencher dès l'adhésion au contrat et d'autres dès la reconnaissance de l'état de dépendance. Elles peuvent également s'adresser directement à l'assuré, dépendant ou non, mais également à ses proches ou à ses aidants.

Exemples de services :

- promulguer des conseils (présent dans 34 contrats)
- mettre en relation si nécessaire avec des prestataires de service d'aide à domicile ou des professionnels de santé (cas de 31 contrats)
- orienter et aider l'assuré à se renseigner sur ses droits, les démarches à suivre pour trouver l'établissement adapté ou afin de faciliter son maintien à domicile en lui organisant des services à domicile (présent dans 24 contrats)
- réaliser un bilan de vie ou de l'habitat (cas de 23 contrats)
- mettre à sa disposition un appareil de téléassistance (cas de 19 contrats)
- prestations d'assistance en cas de dépendance temporaire, par exemple en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile au-delà d'une certaine durée (cas de 23 contrats) [garde malade à domicile, d'une aide-ménagère à domicile, de la garde d'animaux ou encore de l'hébergement d'un proche]

En plus du versement de la rente en cas de dépendance et des prestations d'assistance, certains contrats prévoient aussi le versement d'un capital équipement (ou 1^{er} frais) pour faire face aux premières dépenses liées à la perte d'autonomie, soit en garantie de base (dans 10 contrats), soit en garantie complémentaire (16 contrats).

2. Institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance (IP) couvraient en 2016 environ 320 000 salariés ou ancien salariés. Les cotisations collectées cette même année représentaient 40,2 millions d'euros.

L'OCIRP (union d'organismes de prévoyance), ProBTP, Humanis, Kerialis (salariés du droit) ont répondu à notre consultation par questionnaire. Ils couvrent à eux quatre près de 300 000 individus. Les couvertures dépendance proposées sont toutes en garantie principale. Elles sont en très grande majorité collectives, c'est-à-dire souscrite par des entreprises pour le compte de ses salariés. L'OCIRP présente la particularité d'offrir des couvertures en point.

2.1. Couvertures collectives

** Exemple 1 (Kerialis) : couverture collective et obligatoire*

Kerialis couvre environ 33 000 salariés du droit via un contrat collectif à adhésion obligatoire. Ce contrat couvre la dépendance lourde et partielle¹¹⁴. Jusqu'en 2009, cette IP offrait des rentes de 1200 € en cas de dépendance lourde et de 600 € en cas de dépendance partielle. Pour chaque salarié, la cotisation représentait 0,27% de la rémunération brute annuelle. La couverture a été modifiée en 2009 et offre aujourd'hui des rentes plus faibles (800€ en cas de dépendance lourde et 400€ en cas de dépendance partielle). La cotisation est maintenant égale à 1% du salaire brut annuel. Les salariés n'ont donc pas la possibilité de choisir le montant de la cotisation et de la rente. Des revalorisations de la rente et des cotisations sont possibles en fonction des résultats techniques et financiers.

Comme une majorité d'entreprises d'assurance, la perte d'autonomie est mesurée à partir de la grille AGGIR et des AVQ. La dépendance lourde est caractérisée simultanément par un GIR 1 ou 2 et l'incapacité à réaliser seul 3 AVQ sur 4 (déplacement, habillage, alimentation et toilette). La dépendance partielle est quant à elle caractérisée par un GIR 1,2 ou 3 et l'incapacité à réaliser 2 AVQ sur 4.

La population couverte est en moyenne âgée de 39 ans (Q1=29 ans et Q3=47 ans) et constituée à 90 % de femmes, la branche d'activité couverte étant majoritairement composée de femmes.

Au moment du départ à la retraite ou pour les actifs ayant quitté la branche, l'adhésion devient facultative. Les données statistiques dont nous disposons semblent cependant indiquer qu'une très faible proportion de salariés continue de cotiser de manière facultative après le départ à la retraite. En cas de non souscription de la couverture facultative, les assurés du régime obligatoire conservent leur droit, mais de manière réduite, dès lors qu'ils ont au moins cotisé 6 années. Le coefficient de réduction de la rente ne nous a pas été communiqué.

Autres caractéristiques du contrat :

- L'assurance étant obligatoire, aucune sélection médicale n'est instaurée. Il n'y a donc ni surprimes, ni exclusion.
- Aucun délai de carence n'est prévu.
- Un délai de franchise de 3 mois est prévu.
- Aucune prestation complémentaire en plus de la rente n'est prévue.

¹¹⁴ Du fait de l'âge moyen de souscription et de l'ancienneté du contrat, seuls 5 individus (âgés en moyenne de 50 ans) touchent aujourd'hui une rente.

****Exemple 2 (OCIRP dépendance) : couverture collective en point, avec une rente minimale garantie***

L'OCIRP offre aux entreprises des contrats collectifs qui peuvent être souscrits en régime obligatoire ou en régime facultatif. Dans le premier cas, la cotisation est exonérée de charges sociales et fiscales. Comme pour les contrats de prévoyance, la participation de l'entreprise peut aller de 20 % à 100 % de la cotisation.

Environ 100 000 salariés cotisent actuellement pour cette assurance¹¹⁵. Les cotisants sont en moyenne âgés de 39 ans (Q1=31 ans ; Q2=49 ans) et majoritairement constitués d'hommes.

L'assurance couvre la dépendance lourde et partielle. Elle s'appuie sur la grille AGGIR, étant considérés en dépendance lourde les individus en GIR 1 ou GIR 2 et en dépendance partielle les individus en GIR 3. En cas de dépendance partielle, les entreprises ont le choix entre une rente égale à 25 % ou 50 % de la rente prévue en cas de dépendance lourde. Elles peuvent aussi choisir un capital équivalent à 6 mois de la rente totale.

Le taux de cotisation est identique pour tous les salariés de l'entreprise ayant souscrit le contrat. Les salariés ont néanmoins la possibilité s'ils le souhaitent de souscrire des options complémentaires au régime de base.

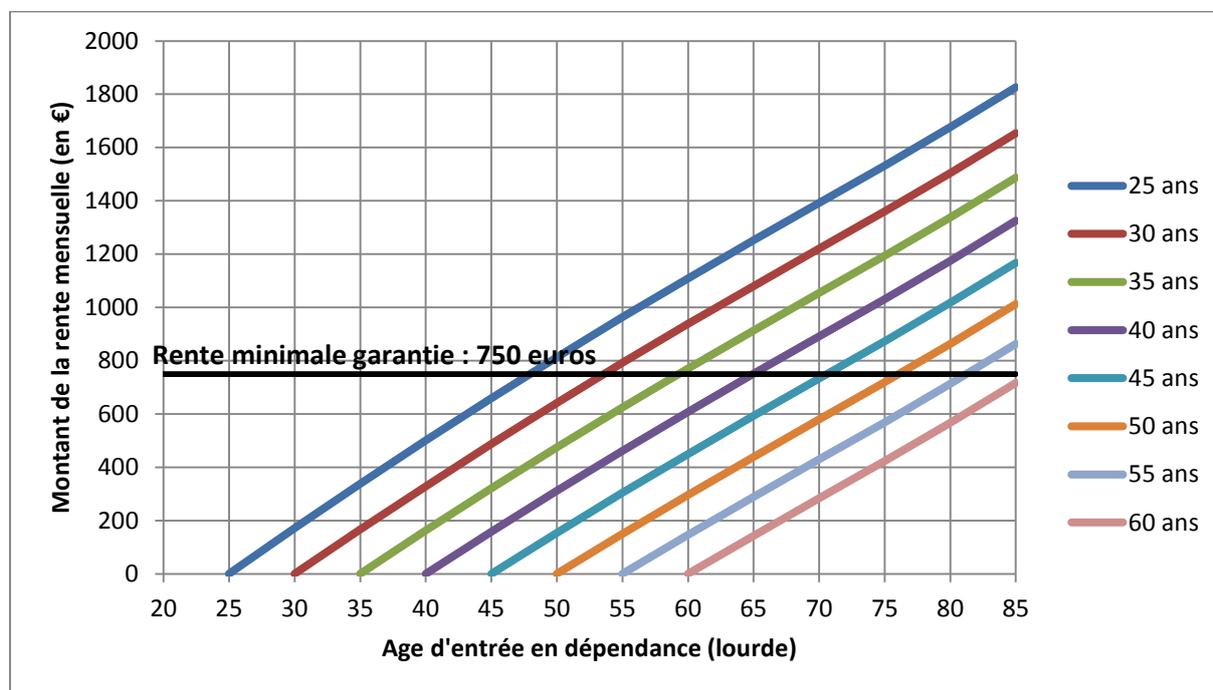
La couverture proposée est originale car elle correspond à un contrat en point, intégrant une rente minimale garantie. Le montant de la rente en cas de dépendance est en effet fonction du nombre de points acquis, qui repose sur 2 paramètres, l'assiette de cotisation (généralement en pourcentage du PMSS) et l'âge de souscription¹¹⁶. Plus l'assiette de cotisation est élevée, plus la rente sera importante. A l'inverse, plus l'âge de souscription est élevé, plus la rente sera faible. Alors que les contrats d'assurance dépendance classiques proposent des cotisations fonction de l'âge mais des rentes indépendantes de l'âge, ce contrat en points propose à l'inverse des cotisations identiques pour tout le monde, quel que soit l'âge de souscription, mais avec une rente qui elle est fonction de la durée de cotisation (et donc indirectement de l'âge d'entrée en dépendance).

A titre d'illustration, considérons le cas d'une entreprise ayant souscrit un contrat prévoyant une cotisation mensuelle égale à 1,5 % du PMSS, soit environ une cotisation mensuelle de 48€ pour chaque salarié, une partie étant financée par l'entreprise. Le graphique suivant présente le montant de la rente mensuelle prévue par le contrat en cas de dépendance lourde en fonction de l'âge de souscription et de l'âge d'entrée en dépendance. Un individu débutant ses cotisations à 55 ans bénéficiera en cas d'entrée en dépendance à 85 ans d'une rente mensuelle d'environ 860 euros. Une souscription à un âge plus précoce permet d'accroître de manière significative la rente perçue en cas de dépendance. Un salarié souscrivant à l'âge de 30 ans bénéficiera en cas d'entrée en dépendance à 85 ans d'une rente d'environ 1650 euros.

¹¹⁵ L'ensemble des salariés couverts est plus important étant donné que la garantie dépendance maintient les droits acquis aux participants même lorsqu'ils cessent de cotiser (avec éventuellement une mise en réduction). A noter également que seuls 15 individus reçoivent actuellement une rente (âge moyen : 56 ans), pour une rente moyenne de 188 euros.

¹¹⁶ Dans certaines grandes entreprises, le nombre de points acquis ne dépend pas de l'âge de souscription mais de l'âge moyen du personnel de l'entreprise.

Ce contrat sous forme de point rend crucial la durée de cotisation dans le calcul de la rente. La cotisation étant la même pour tout le monde, quel que soit l'âge de souscription, l'ajustement se fait sur le niveau de la rente : plus l'écart entre l'âge de souscription et l'âge d'entrée en dépendance est faible, plus la rente est faible.



Le contrat présente l'intérêt de garantir une rente minimale (avec un délai de carence de 2 ans, sauf en cas d'accident) dès la souscription du contrat. Une entreprise ayant souscrit un contrat prévoyant une cotisation égale à 0,4 % du PMSS (soit approximativement 13€/mois en 2017) fera par exemple bénéficier à ses salariés d'une rente minimale garantie de 200€/mois, et cela quelle que soit la durée de cotisation avant l'entrée en dépendance. La rente minimale garantie est proportionnelle à la cotisation. Dans notre exemple précédent, une cotisation de 1,5 % du PMSS permet de garantir une rente minimale de 750€ quelle que soit la durée de cotisation (hors délai de carence).

Aucune sélection médicale n'est mise en œuvre, sauf pour les entreprises de moins de 7 salariés qui doivent remplir une déclaration de santé¹¹⁷ et, le cas échéant, un questionnaire de santé.

Autres caractéristiques :

- Selon l'OCIRP, les cotisations sont revalorisées en fonction du salaire et du PMSS. Les rentes sont revalorisées par décision du CA. Selon les chiffres communiqués, une

¹¹⁷ Déclaration de santé : « « Bénéficiez-vous actuellement (ou une demande en ce sens a-t-elle été effectuée) d'une prise en charge par la Sécurité sociale (ou organisme apparenté) rentrant dans le cadre des ALD (Affections de Longue Durée), d'une incapacité permanente partielle ou totale ou d'une invalidité ou d'une perte d'autonomie ? ». La personne répondant oui doit alors remplir un questionnaire médical incluant 26 questions.

rente d'une valeur de 500 € il y a 5 ans vaut aujourd'hui 508,75 € soit une augmentation annuelle de 0,35 % par an.

- L'entreprise peut faire évoluer annuellement les cotisations si elle le souhaite
- Une portabilité des droits existent pour les salariés dont l'ancienne et la nouvelle entreprise ont toutes deux souscrites un contrat avec l'institution de prévoyance.
- Au moment du passage à la retraite, le salarié peut continuer de cotiser à titre individuel, sans sélection médicale s'il adhère dans les 6 mois, pour une cotisation au choix entre 50 % et 250 % de la cotisation collective. Si le salarié cesse de cotiser, les droits lui sont conservés. S'il devient dépendant, il touchera une rente égale au niveau de rente atteint pendant sa période de cotisation.
- Aucun délai de carence n'est prévu
- Franchise relative de 3 mois
- Des prestations complémentaires peuvent être souscrites : capital 1^{er} équipement, aide et assistance à l'organisation du maintien à domicile, aides aux aidants, assistance préventive etc.

*** Exemple 3 (PROBTP) : couverture collective et facultative, à souscrire au moment du départ à la retraite**

ProBTP offre aux salariés et artisans de la branche la possibilité de souscrire une assurance dépendance au moment du départ à la retraite. Cette assurance couvre aujourd'hui près de 65 000 anciens salariés, âgés en moyenne de 62 ans.

La souscription est ouverte entre 50 et 75 ans. Les individus ont le choix entre 3 niveaux de couvertures. La première (52 % des assurés) ne couvre que la dépendance lourde, mesurée par le GIR 1. La seconde (40 %) couvre elle aussi uniquement la dépendance lourde mais élargi le périmètre en considérant en situation de dépendance lourde les individus classés en GIR 1 et 2. Enfin, la troisième (8 %) couvre la dépendance lourde (GIR 1-2) ainsi que la dépendance partielle (GIR3-4)¹¹⁸.

Le tableau ci-dessous présente le montant de la cotisation en fonction de l'âge de souscription, pour une rente de 500 euros et une rente de 1000 euros.

Rente mensuelle (en €)	500 euros			1000 euros		
	55 ans	60 ans	65 ans	55 ans	60 ans	65 ans
Age de souscription						
Cotisation mensuelle (en €) :						
(Couverture 1) GIR 1	7	8	10	13	16	20
(Couverture 2) GIR 1-2	21	26	32	43	52	64
(Couverture 3) GIR 1-2 et GIR 3-4	46	54	65	92	109	129

En cas de dépendance partielle (troisième niveau de couverture), la rente versée est égale à 67 % de la rente prévue en cas de dépendance lourde.

Ces couvertures ont été commercialisées dès 1998. Aujourd'hui, ils sont prêts de 550 individus à bénéficier d'une rente (âge médian = 81 ans). La rente moyenne effectivement

¹¹⁸ Les femmes sont plus nombreuses à souscrire la troisième couverture qui inclut la dépendance partielle.

perçue par ces individus est de 724 euros en cas de dépendance lourde et de 447 en cas de dépendance partielle. Sur les contrats fermés, la distribution des durées moyennes de versement de la rente sont :

	Garantie 1	Garantie 2	Garantie 3
	Dépendance lourde : GIR 1 uniquement	Dépendance lourde : GIR 1 et 2	Dépendance lourde : GIR 1 et 2 + Dépendance partielle : GIR 3-4
Moyenne	1 an et 3 mois	2 ans et 1 mois	3 ans et 1 mois
Q1	0 an et 4 mois	0 an et 7 mois	1 an et 1 mois
Q2	0 an et 8 mois	1 an et 7 mois	2 ans et 3 mois
Q3	1 an et 8 mois	3 ans	4 ans et 9 mois

Les cotisations et montants de rentes sont revalorisées annuellement dans le respect de l'équilibre du contrat et en tenant compte de l'inflation et du respect de l'équilibre du contrat. Selon l'IP concerné, les rentes de 500 euros souscrites il y a 5, 10 et 15 ans ont été revalorisées en d'environ 1-1,2 % par an en moyenne.

Valeur en 2016 d'une rente de 500 euros souscrite il y a ...

	Valeur de la rente en 2016	Taux de croissance moyen
... 5 ans	524,68 €	0,97 %
... 10 ans	564,60 €	1,22 %
... 20 ans	633,95 €	1,19 %

La revalorisation des rentes est optionnelle, les assurés pouvant choisir au moment de la souscription de ne pas y souscrire. De fait, 90 % la souscrive.

Les assurés ont également la possibilité, jusqu'à l'âge de 75 ans, de modifier leur couverture (augmentation ou diminution de la rente et de la cotisation associée). L'augmentation est cependant soumise à une évaluation médicale détaillée et implique une révision de la cotisation liée à l'âge au moment de la modification du contrat. La diminution de la couverture ne nécessite pas d'évaluation médicale et l'évolution de la cotisation se fait en tenant compte de l'âge de l'assuré au moment de la souscription.

En cas de non-paiement des cotisations, la réduction est possible après 5 années de cotisation. Encore une fois, la valeur de réduction est très peu transparente. Les conditions générales stipulent : « *Les valeurs de réduction en fonction de la couverture souscrite sont fixées chaque année par le directoire de la société. L'assureur s'engage à communiquer, sur simple demande, le règlement des valeurs de réduction.* » L'institution de prévoyance estime que 18 % des individus résilient leur contrat ou cesse de cotiser avant de décéder sans avoir fait jouer la garantie.

Une sélection médicale est prévue. Dans cette optique, les souscripteurs doivent systématiquement une déclaration de santé incluant 6 questions. Aucun questionnaire détaillé n'est cependant prévu. Aucune surprime n'est prévue. En revanche, des exclusions sont possibles. L'IP considérée estime à 29 % la proportion d'individus s'étant vu refuser la souscription du fait d'un mauvais état de santé

Aucun délai de carence pour les accidents n'est prévu (délai de carence de 3 ans pour les maladies neuro-dégénératives et 1 an dans les autres cas).

Le délai de franchise est de 3 mois.

Autre garantie en plus de la rente prévue par le contrat : assistance téléphonique et versement d'un capital en cas de fracture.

2.2. Couverture individuelle

*** Exemple 4 (HUMANIS) : couverture individuelle classique**

Humanis propose une couverture facultative à adhésion individuelle, relativement proche de celle offerte par les sociétés d'assurances. Cette couverture est très récente et nous ne disposons pas d'information sur le nombre d'individus couverts.

La garantie est viagère, peut être souscrite de 18 à 75 ans, et couvre la dépendance lourde et partielle. La dépendance est mesurée avec la grille AGGIR : dépendance lourde (GIR 1 et 2), dépendance partielle (GIR 3). La relation entre les cotisations et rente mensuelles sont relativement proches de celles proposées par les sociétés d'assurance. Elles augmentent avec l'âge :

Rente mensuelle (en €)	500 euros			1000 euros		
Age de souscription	55 ans	60 ans	65 ans	55 ans	60 ans	65 ans
Cotisation mensuelle (en €)	37	43	49	67	79	94

En cas de dépendance partielle, la rente est équivalente à 50 % de la rente prévue en cas de dépendance lourde.

La revalorisation des rentes et des cotisations se fait annuellement sur la base de l'évolution du point de retraite AGIRC. La revalorisation peut également avoir lieu du fait des résultats techniques et financiers de contrat, des statistiques relatives au risque dépendance ou du fait d'une évolution de la réglementation relative à la protection sociale ou à la fiscalité.

Il convient de noter que le point de retraite AGIRC a augmenté en moyenne annuelle de 1,48 % entre 2000 et 2013. Il n'a pas subi d'augmentation depuis (entre 2013 et 2017). Ce rythme de revalorisation peut être comparé à l'évolution du coût mensuel d'un salarié au Smic, que l'on peut considérer comme un proxy de l'évolution du coût des services médico-sociaux. Sur la période 2000-2012, le coût mensuel d'un salarié au SMIC a augmenté en moyenne de 2,6 % par an en euros courants et de 1,2 % en euros constants¹¹⁹.

A noter également que les assurés ont la possibilité de diminuer le montant de leur cotisation et de leur rente.

En cas d'arrêt des cotisations, les droits sont conservés mais réduits à partir de 5 années de cotisations.

¹¹⁹ Source : DADS et législation sociale

Une sélection médicale semblable à celle pratiquée par les sociétés d'assurance est instaurée. Elle passe dans un premier temps par une déclaration de santé avec 5 questions¹²⁰. En cas de réponse favorable à l'une ou l'autre des 5 questions de la déclaration de santé, les souscripteurs doivent remplir un questionnaire de santé détaillé (environ 60 questions, avec demandes éventuelles de documents médicaux). Des surprimes ou des exclusions sont alors possibles.

Aucun délai de carences n'est prévu en cas d'accident. Un délai de carence de 3 ans en cas de maladie neuro-dégénérative et de 1 an dans les autres cas sont en revanche prévus. Le délai de franchise est de manière relativement standard égal à 3 mois.

Autres garanties en plus de la rente : réalisation d'un « bilan prévention autonomie » visant à faciliter le maintien à domicile, financement de l'intervention d'un ergothérapeute, aide dans les démarches et recherche de services d'aide, téléassistance, programme de prévention, accompagnement dans les déplacements, subvention dans l'achat de matériels et d'équipements, services d'aide aux aidants (répit), rente de 2000 euros si un parent en GIR 1, 2 ou 3.

***Exemple 5 (OCIRP VIE) : Couverture individuelle en point.**

L'OCIRP offre également une couverture viagère individuelle en point, semblable à celle offerte sous forme d'adhésion collective. La souscription est permise entre 18 et 75 ans mais a lieu en moyenne à 64 ans et 8 mois. 60 % des souscripteurs sont des femmes.

L'assurance couvre la dépendance lourde (GIR 1 et 2) et partielle (GIR 3). En cas de dépendance partielle, le souscripteur peut choisir une rente égale à 25 % ou 50 % de la rente prévue en cas de dépendance totale.

Comme dans la couverture collective de l'OCIRP, chaque euro de cotisation est transformé en nombre de points, via une valeur d'acquisition du point fonction de l'âge. L'ensemble des points acquis sur la période de cotisation est alors enregistré sur un compte individuel. En cas d'entrée en dépendance, ces points ouvrent droit à une rente mensuelle dont la valeur dépend du nombre de points cumulés et de la valeur de service du point en vigueur au moment de l'entrée en dépendance.

A titre d'illustration : une personne de 60 ans qui souscrit une assurance prévoyant une cotisation de 30 euros par mois aura, à 80 ans, cumulé 4590,94 points. La valeur de service du point étant de 1,145 en 2017, les points cumulés permettent de bénéficier d'une rente 438,05 euros par mois. Une personne cotisant 40 euros par mois à partir de 64 ans et 8 mois (âge moyen de souscription du contrat), bénéficiera en cas de dépendance d'une rente

¹²⁰ Les 5 questions sont les suivantes : 1. Etes-vous en cours de traitements médicaux ou avez-vous eu un traitement médical de plus de 30 jours au cours des 10 dernières années ? ; 2. Etes-vous ou avez-vous été suivi pour maladie ou accident durant les 10 dernières années ? 3. Etes-vous atteint d'un handicap rhumatologique, ou d'une affection neurologique ou psychiatrique ou maladie congénitale ? 4. Bénéficiez-vous du remboursement 100 % de vos dépenses de santé pour une maladie donnée, par la Sécurité sociale ou un régime assimilé, ou une demande est-elle prévue ? 5. Dans les 12 prochains mois, devez-vous être hospitalisé(e), subir des examens médicaux ou une intervention chirurgicale ?

de 450€ par mois en cas d'entrée en dépendance à 80 ans et de 600€ par mois en cas d'entrée en dépendance à 85 ans.

Contrairement au contrat collectif cependant, ce contrat à souscription individuelle n'offre pas de rente minimale garantie. Il est en revanche plus flexible, chaque individu pouvant choisir le montant de la cotisation.

Autres caractéristiques :

- La revalorisation de la rente se fait donc via la revalorisation de la valeur de service du point, par décision du CA.
- Les assurés peuvent diminuer le montant des cotisations.
- En cas d'arrêt des cotisations les droits sont maintenus avec éventuellement une mise en réduction.
- Aucune sélection médicale n'est prévue
- Pas de délai de carence
- Pas de délai de franchise
- Des prestations complémentaires sont incluses : aide et assistance à l'organisation du maintien à domicile, aides aux aidants, assistance préventive etc.

3. Mutuelles

3.1. Population couverte

Les mutuelles couvrent environ 3,1¹²¹ millions de personnes (dont une très grande majorité dans le cadre de contrats proposés en garantie annuelle en inclusion dans le cadre affinitaire de couverture complémentaire du personnel de la fonction publique). La MGEN, seule mutuelle interrogée dans la cadre de cette consultation, couvre près de 2 millions d'individus¹²². Le dernier opérateur mutualiste à lancer une offre dédiée, UNEO¹²³, avec les contrats ARMEO et renfort ARMEO, en 2013, couvre près de 900 000 personnes.

Une offre en garantie viagère existe, tant au sein des mutuelles de la fonction publique que chez les mutuelles interprofessionnelles, dont les caractéristiques sont peu ou prou identiques à celle développées par les autres organismes d'assurance. Mais la population ainsi couverte est beaucoup plus modeste.

3.2. Montant des rentes

En garantie annuelle, obligatoire, en inclusion d'un contrat santé ou prévoyance, les rentes servies sont volontairement modestes afin de ne pas surenchérir le coût global du contrat de

¹²¹ Les mutuelles distribuent en réalité près de 4,6 millions de couverture. Une partie est cependant portée au bilan de sociétés d'assurance, régies par le Code des Assurances, les mutuelles, régies par le Code de la Mutualité, ne faisant alors que distribuer les couvertures. Certaines des sociétés d'assurance portant le risque sont cependant contrôlées par des mutuelles, partiellement (MF Prévoyance SA), ou totalement (MUTEX SA).

¹²² Les caractéristiques des contrats et de la population couverte présentées dans cette section sont issues de la FNMF.

¹²³ Par exemple, dans le cas d'UNEO, le porteur du risque est MUTEX SA, société d'assurance.

complémentaire santé ou de prévoyance. A titre illustratif, ci-dessous, quelques exemples de niveaux de rente pour différentes garanties incluses dans les couvertures obligatoires de la fonction publique :

Contrat	Rente mensuelle à domicile (en €)	Rente mensuelle en établissement (en €)
Premuo (selon option)	206	519
Armeo	300	300
Prestation dépendance totale	120	120
MNH Prévoyance	300	300

Ce niveau de rente peut parfois être complété en garantie facultative, par un contrat qui vient s'inscrire en complément de l'offre obligatoire :

Contrat	En complément de	Rente mensuelle mini (en €)	Rente mensuelle maxi (en €)
Plurio	Premuo	204	2040
Complément autonomie ¹²⁴	Prestation dépendance totale	250	850 (GIR 1&2) ou 550 (GIR 3)

En garantie viagère, l'offre est beaucoup plus large en matière de gamme de rente. A titre illustratif, le contrat EDEO développé par MUTEX et distribué par les mutuelles interprofessionnelles ou celui de MNH:

Contrat	Rente mensuelle mini (en €)	Rente mensuelle maxi (en €)	commentaire
EDEO	300	3000	75% de ces montants en GIR 3
MNH Autonomie	300	2000	Deux options : <ul style="list-style-type: none"> • GIR 1-2 uniquement • GIR 1-2 à 100% et GIR 3 à 50%

¹²⁴ En 2017, approximativement 30 000 individus avaient souscrit ce deuxième étage de couverture. Deux tiers des souscripteurs sont des femmes. L'âge moyen de souscription est de 63 ans.

Spécificités de certains contrats :

- Modification du niveau de rente à la hausse ou à la baisse en cours de vie du contrat (sous conditions).
- Majoration de 20 % de la rente dépendance du conjoint survivant si décès du conjoint avant entrée en dépendance de ce dernier

3.3. Montant des cotisations

Il convient de différencier les contrats en garantie annuelle et en garantie viagère :

- En garantie annuelle, les modalités de provisionnement, en l'absence d'engagement viager, sont moins lourdes qu'en garantie viagère (il n'existe pas de « droit » viager constitué au titre des cotisations versées, ce qui impacte sur le montant des cotisations réclamées).

Trois modes de calculs existent :

- en fonction du revenu,
- en fonction de l'âge,
- une combinaison des deux (par tranches âges).

Dans tous les cas, les montants correspondants à la garantie dépendance incluse dans le contrat complémentaire (santé ou prévoyance) n'excèdent pas la dizaine d'euros mensuelle (niveau correspondant aux âges/niveau de rente les plus élevés).

A titre illustratif : Pour un niveau de garantie donnée, la cotisation de l'offre globale santé et prévoyance de la MGEN dépend du revenu du mutualiste (elle est multipliée par cinq entre moins de 45 ans et 74 ans, âge limite à l'adhésion) et de son âge.

- En garantie viagère, les cotisations sont d'un niveau comparable à ceux décrits par la FFA. A titre d'exemple, le contrat EDEO propose le niveau de tarification suivant :

Contrat : EDEO	dépendance totale et partielle	dépendance totale
50 ans	23,95€	16,85€
60 ans	35,75€	25,25€
70ans	57,95€	41,50€

Spécificités de certains contrats :

- Options viagères dégressives i.e. réduction de 50 % des cotisations au bout de 10 ans ou 15 ans de cotisations (hors revalorisation et évolution tarifaire).
- Réduction de 20 % appliquée sur la prime la plus élevée en cas d'adhésion multiple, (du conjoint par exemple).

3.4. Âge de souscription

Il convient là encore de différencier les contrats en garantie annuelle (inclusion obligatoire) et en garantie viagère (facultative) :

- En garantie annuelle obligatoire, le caractère obligatoire permet une mutualisation forte et intergénérationnelle sur des populations affinitaires. Il en résulte généralement une absence de limite d'âge à l'entrée. Parallèlement, l'ensemble des adhérents au contrat complémentaire sous-jacent étant couverts, la moyenne d'âge de souscription s'avère beaucoup plus basse qu'en garantie viagère (détail non connu).
- En garantie viagère facultative, les limites d'âges identifiées dans les offres mutualistes s'échelonnent dans une fourchette [69,75] ans. L'âge moyen de souscription n'a pas été analysé mais ne doit pas différer des observations effectuées auprès des autres organismes.

3.5. Caractéristiques des contrats

Dépendance lourde et dépendance partielle :

Toujours sur la base différenciée garantie annuelle/viagère :

- En garantie annuelle obligatoire, la rente est proposée en dépendance lourde (GIR 1&2) et en dépendance plus légère (GIR3). Pour le GIR 4, l'offre est généralement focalisée sur le financement d'une gamme de services et/ou un capital équipement.

Pour reprendre les contrats mentionnés précédemment :

Contrat	Rente	commentaires
Premuo	GIR 1 à 3	La différenciation du niveau de rente se fait suivant l'option si la personne est en établissement ou à domicile.
Armeo	GIR 1& 2	
Prestation dépendance totale	GIR 1& 2	
MNH Prévoyance	GIR 1 à 3	Le niveau de rente est réduit en GIR 3. En GIR 4, la garantie comporte uniquement un capital.

- En garantie viagère facultative, les contrats proposent généralement deux options :
 - Une offre limitée à la dépendance lourde (GIR 1 & 2)
 - Une offre complète (GIR 1-4) avec un niveau de rente qui peut ne représenter qu'un pourcentage de celle octroyée en dépendance lourde.

Pour reprendre les contrats mentionnés précédemment :

Contrat	Rente	Commentaires
EDEO	GIR 1&2 ou GIR 1-3	En GIR 4, la garantie comporte uniquement un capital
MNH Autonomie	GIR 1&2 ou GIR 1-3	En GIR 4, la garantie comporte uniquement un capital

Outil de reconnaissance de la Dépendance

- Grille AGGIR uniquement :
C'est le cas des contrats Prestation dépendance totale et Complément Autonomie (MGEN), MNH Autonomie (MNH), ARMEO (UNEO/MUTEX) ou EDEO (MUTEX)
- Grille AGIR combiné aux AVQ :
C'est le cas des contrats PREMUIO.

N.B. : Les seuls AVQ ne sont a priori pas retenus en Mutualité.

Revalorisation des garanties et des cotisations après la souscription :

Tous les contrats prévoient des clauses de revalorisation annuelle des primes, des niveaux de garanties et des rentes en cours de service.

Les paramètres de revalorisation diffèrent suivant les typologies de contrat en fonction du type de mutuelles:

- Point de la fonction publique (PREMUIO, Prestation dépendance totale et Complément Autonomie de la MGEN)
- Plafond mensuel de la sécurité sociale (MNH Autonomie)
- Point AGIRC (MUTEX)

Il peut être fait référence en complément aux « limites des disponibilités financières d'un fonds de revalorisation » sans plus de détail.

Mise en réduction du contrat

Par construction cette option de réduction n'est proposée qu'en garantie viagère.

Elle est généralement offerte après une période de 8 années de souscription (modalité de réduction non détaillées). Elle entraîne généralement la résiliation des garanties accessoires (type capital aménagement, capital fracture,...).

Sélection médicale

Comme évoqué précédemment, le caractère obligatoire d'un contrat favorise la mutualisation intergénérationnelle entre les membres adhérents et empêche tout phénomène d'antisélection. Si l'âge plancher de souscription n'est pas limité, il accroît encore l'effet de mutualisation intergénérationnel. Il en résulte généralement, pour les contrats en garantie annuelle obligatoire, l'absence de sélection médicale à l'entrée. Il suffit généralement de déclarer l'absence d'aléa effectif (état de perte d'autonomie à la souscription). Exceptionnellement il peut être prévu un questionnaire pour une souscription au-delà de 65 ans.

Pour l'offre viagère facultative, en revanche, la souscription via des formalités médicales simplifiées (questionnaire simplifié ou simple déclaration) n'est généralement possible qu'en deçà d'un âge plafond et/ou d'un niveau de rente plafond (ex : 1000€).

Délai de carence et franchise

Le principe du délai de carence est généralement retenu, sauf lors de la survenu d'un accident (définition contractuelle) où la prise d'effet de la garantie est généralement immédiate. Il varie entre 1 an (le plus souvent) et 3 ans hors maladies neurodégénératives ; il est de 3 ans pour les maladies neurodégénératives. Il est appliqué à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

La durée du délai de franchise est généralement de 3 mois en cas d'accident et six mois sinon. Des exceptions existent (La MGEN prévoit une franchise générale de trois mois, la MNH exclut la franchise pour les prestations octroyées en GIR 4).

Prestations complémentaires de la rente

Plusieurs typologies de prestations complémentaires existent :

- Le **capital complémentaire** : il est généralement octroyé dès l'entrée en GIR 4, généralement sous l'appellation « capital équipement ». Son montant est variable d'un contrat à l'autre dans une fourchette de 1000 à 6000 € (le montant alloué peut être fonction du niveau de rente choisi). Il peut aussi s'agir d'un « capital fracture », équivalent à un mois de rente.
- Une **gamme de services**, généralement octroyée dans le cadre d'un volet assistance, dont le menu est variable et potentiellement très étendu. Ceux-ci peuvent être destinés à la personne dépendante et/ou à l'aidant, avant ou après la survenance de l'état de dépendance, selon le type de service offert. Le tableau (en annexe 14) indique les typologies de services recensés dans cadre des contrats précédemment utilisés en illustration.

La MGEN complète la rente avec une prestation financière complémentaire de maintien à domicile (500€/an versés en une seule fois) en complément de la rente dans le cas d'un maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne (en cas de dépendance totale), une aide au répit de l'aidant de 500 €/an (que la personne dépendante soit assurée ou non), ainsi que des chèques CESU (8€/heure dans la limite de 20 heures par mois) permettant le recours à des services d'aide à domicile dans un réseau conventionné MGEN.

La MGEN indique qu'aujourd'hui, environ 1 260 bénéficiaires utilisent cette aide à domicile pour un volume d'heure en moyenne de 125h/an/bénéficiaire.

Parmi les services proposés :

- Des services d'assistance à effet immédiat :
 - conseils médicaux, conseils diététiques ;
 - recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical ;
 - des bilans prévention pour les risques de chute, la mémoire ;
 - accès au site Internet réservé aux adhérents.

- Des prestations d'assistance permettant de maintenir son autonomie ou de préparer le retour à domicile:
 - aide-ménagère ou une auxiliaire de vie à domicile ;
 - ergothérapeute pour un bilan pour l'aménagement de votre domicile ;
 - portage des repas
 - déplacements accompagnés;
 - livraison à domicile des courses/ médicaments ;
 - la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques, la mise en température du chauffage du logement, le ménage, les courses (le montant des courses reste à charge).

- Des services d'assistance pour le proche « aidant »
 - formation au rôle d'aidant par un ergothérapeute ;
 - accès spécifique réservé au site Internet Formation des aidants, incluant des outils simples et pédagogiques ;
 - présence d'une auxiliaire de vie, aide-ménagère pour relayer l'aidant le temps d'un peu de répit... ;
 - prise en charge en France du déplacement aller - retour d'un proche (train 1ère classe ou avion classe économique) ;
 - hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence d'un plafond.

Annexe 3- Questionnaire relatif aux couvertures dépendance

Ce questionnaire sera très utile à la commission pour dresser un panorama actualisé des couvertures assurantielles. Les rapporteurs de la commission garantissent l'anonymat de chacune des institutions d'assurances.

Un retour du questionnaire est attendu pour le 21 avril. Une synthèse des questionnaires sera présentée aux membres de la commission à la réunion du 3 mai.

Pour toute question ou information, contactez Carole Bonnet : carole.bonnet@ined.fr ou au 01 40 56 47 47.

Merci de compléter le questionnaire ci-dessous pour chacune des garanties dépendance offertes (si vous avez plusieurs garanties dépendance, merci de remplir un questionnaire par garantie).

Nom de la garantie : _____

Caractéristiques générales de la garantie

1) La garantie dépendance est-elle la garantie principale du contrat ? Oui Non

Si non, elle est associée à : une assurance vie une complémentaire santé un contrat de prévoyance
 autre. Préciser : _____

Commentaires éventuels :

2) La souscription à ce contrat est : individuelle et facultative collective et obligatoire
 collective et facultative autre. Préciser : _____

Commentaires éventuels :

3) Age minimal de souscription : _____ ; Age maximal de souscription : _____

Commentaires éventuels :

4) La durée de la couverture est : annuelle viagère autre. Préciser : _____

Commentaires éventuels :

5) Niveau de dépendance couvert : totale uniquement totale et partielle

6) Quel outil est utilisé pour mesurer le niveau de dépendance : plusieurs réponses possibles

- Grille AGGIR (utilisée pour l'APA)
- AVQ, activités de la vie quotidienne (aussi appelé ADL)

Si AVQ : Combien d'AVQ sont pris en compte : _____ . Lesquels : 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____

Autre : préciser _____

7) A partir de quel niveau de dépendance (définition ci-dessus), l'assuré perçoit-il une rente ? :

- En dépendance totale : (préciser) _____

- En dépendance partielle: (préciser) _____

Commentaires éventuels : _____

8) Quel est le montant de la rente partielle (en % de la rente totale) : _____ %

Commentaires éventuels : _____

8a) Si une rente n'est pas prévue en cas de dépendance partielle, quel est le montant du capital versé ? _____ €

9) Les souscripteurs peuvent-ils choisir le montant de la rente : Oui Non

Si oui (i) Montant de la prime pour une souscription à **55 ans** et pour une rente de
500 €/mois : _____ € ; 1000 €/mois : _____ € ; 1500 €/mois : _____ €

(ii) Montant de la prime pour une souscription à **60 ans** et pour une rente de
500 €/mois : _____ € ; 1000 €/mois : _____ € ; 1500 €/mois : _____ €

(iii) Montant de la prime pour une souscription à **65 ans** et pour une rente de
500 €/mois : _____ € ; 1000 €/mois : _____ € ; 1500 €/mois : _____ €

Si non, quels sont les montants de la prime et de la rente ? Prime : _____ € ; Rente : _____ €

10a) Le cas échéant, comment est revalorisée la rente prévue par le contrat et sous quelles conditions ?

(compléter l'encadré ci-dessous en précisant entre autres les clauses/articles prévus par le contrat)

10b) Dans les faits, combien vaut aujourd'hui une rente de 500 € souscrite :

Il y a 5 ans : _____ € ; Il y a 10 ans : _____ € ; Il y a 20 ans : _____ € ?

11) Les primes sont-elles susceptibles d'évoluer ? Sous quelles conditions ?

(compléter l'encadré ci-dessous en précisant entre autres les clauses/articles prévus par le contrat)

11a) En particulier, un assuré peut-il :

i) Diminuer le montant de sa cotisation ? Oui Non

ii) La suspendre temporairement ? Oui Non

Avec quelles conséquences ? (compléter l'encadré ci-dessous)

12) Existe-t-il une portabilité des droits (individuelle ou si contrat d'entreprise, d'une entreprise à l'autre et lors du passage à la retraite) ? Si, oui, sous quelle condition ?

(compléter l'encadré ci-dessous en précisant entre autres les clauses/articles prévus par le contrat)

13) Que devient la garantie en cas d'arrêt des cotisations ? Est-il prévu une réduction du contrat ? Sous quelles conditions ?(compléter l'encadré ci-dessous en précisant les clauses/articles prévus par le contrat)

14) Ce contrat est-il labellisé GAD (Garantie Assurance Dépendance) ? Oui Non

Sélection médicale

Merci de transmettre la déclaration de santé et le questionnaire de santé que doivent remplir les souscripteurs

14) Les souscripteurs doivent-ils signer une déclaration de santé ? Oui, tout le monde Oui, uniquement ceux âgés de plus de _____ ans (compléter) Non

15) Les souscripteurs doivent-ils répondre à un questionnaire de santé ? Oui, tout le monde Oui, en fonction des réponses à la déclaration de santé et/ou de l'âge Non

15a) En fonction d'une pathologie déclarée existe-t-il :

i) Des demandes de pièces complémentaires ? Oui Non

ii) Une surprime ? Oui Non

16) Certains souscripteurs doivent-ils passer des visites médicales ? Oui Non

Commentaires éventuels sur la sélection médicale :

Délai de carence/franchise

17) Un délai de carence est-il prévu par le contrat ? Oui Non

Si oui, quelle est sa durée ? Sous quelles conditions ? (Compléter l'encadré ci-dessous suivant la nature des maladies ou accidents concernés)

18) Un délai de franchise est-il prévu par le contrat ? Oui Non

Si oui, quelle est sa durée ? Sous quelles conditions ? (Compléter l'encadré ci-dessous suivant la nature des maladies ou accidents concernés)

19) Existe-t-il des exclusions de garanties ? Oui Non

Si oui, merci de préciser (Compléter l'encadré ci-dessous)

Prestations complémentaires (en plus de la rente)

20) En dehors de la rente, le contrat prévoit-il d'autres garanties ou services : Oui Non

Si oui, il s'agit (cocher la case correspondante, en distinguant dépendance totale et dépendance partielle)

dép. dép.
lourde partielle

 d'un capital « 1er équipement »

Montant (préciser)

 aide/assistance à l'organisation du maintien à domicile

(préciser les types et modalités)

Aides au aidants

(préciser les types et modalités)

Autres

(préciser les types et modalités)

Description de la population couverte par le contrat

21) Combien d'individus sont aujourd'hui couverts par ce contrat :

- Total : _____
- Dépendance totale uniquement : _____
- Dépendance partielle et totale : _____

22) Age à la souscription de la population (sur le flux annuel) :

- Moyenne : _____ ans
- 1^{er} quartile : _____ ans
- Médiane : _____ ans
- 3^{ème} quartile : _____ ans

22a) Avez-vous des éléments sur l'évolution de l'âge moyen à la souscription ?

(préciser)

23) Proportion de femmes : _____ %

24) Combien d'individus perçoivent aujourd'hui une rente ?

- Nombre total : _____
- dont dépendance totale uniquement : _____
- dont dépendance partielle et totale : _____

25) Quel est le montant de la rente mensuelle effectivement versée aujourd'hui ?

- | | dépendance totale | dépendance partielle |
|-------------------------------|-------------------|----------------------|
| - Moyenne : | _____ € | _____ € |
| - 1 ^{er} quartile : | _____ € | _____ € |
| - Médiane : | _____ € | _____ € |
| - 3 ^{ème} quartile : | _____ € | _____ € |

26) Age de la population bénéficiant d'une rente :

- Moyenne : _____ ans
- 1^{er} quartile : _____ ans
- Médiane : _____ ans
- 3^{ème} quartile : _____ ans

27) Quelle est la durée moyenne de versement de l'indemnité ?

- Moyenne : _____ ans et _____ mois
- 1^{er} quartile : _____ ans et _____ mois
- Médiane : _____ ans et _____ mois
- 3^{ème} quartile : _____ ans et _____ mois

28) Combien d'individus paient une surprime du fait de leur état de santé ?

- Total : _____

- Dépendance totale uniquement : _____
- Dépendance partielle et totale : _____

29) Quelle est la valeur de la surprime ?

	dépendance totale	dépendance partielle
- Moyenne :	_____ €	_____ €
- 1 ^{er} quartile :	_____ €	_____ €
- Médiane:	_____ €	_____ €
- 3 ^{ème} quartile :	_____ €	_____ €

30) Quelle proportion d'individus s'est vu refuser une souscription du fait d'un mauvais état de santé ? _____ %

31) Quelle proportion d'individus résilie le contrat ou arrête de cotiser avant de décéder sans avoir fait jouer la garantie ? _____ %

Le questionnaire est terminé. Nous vous remercions d'y avoir répondu.

Si vous avez des remarques, questions ou commentaires, merci de les indiquer ci-dessous.

Annexe 4 - Label GAD

LES 9 POINTS CLÉS

Le label GAD ASSURANCE DÉPENDANCE® est accordé aux garanties d'assurance couvrant la dépendance lourde qui prévoient notamment :

- 1.** un vocabulaire commun permettant plus de clarté dans l'expression des garanties
- 2.** une définition commune de la dépendance lourde basée sur des Actes élémentaires de la Vie Quotidienne (AVQ)
- 3.** une garantie viagère, quelle que soit la date de survenance d'une situation définitive de dépendance lourde
- 4.** un niveau minimal de la rente servie en cas de dépendance lourde de 500 € par mois
- 5.** des modalités de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations définies contractuellement
- 6.** une absence de sélection médicale avant 50 ans (sauf invalidité ou ALD préexistante)
- 7.** des actions de prévention ou des prestations d'accompagnement pour l'assuré ou ses proches qui seront proposées dès la souscription/adhésion du contrat
- 8.** une information annuelle
- 9.** des conditions de maintien des droits en cas d'interruption de paiement des cotisations



LE LABEL GAD ASSURANCE DÉPENDANCE

SOCLE TECHNIQUE MINIMUM

Champ de la garantie minimale

Pour bénéficier du label GAD, la garantie dépendance doit a minima couvrir une situation dite de dépendance lourde dans laquelle l'assuré se trouve dans l'impossibilité de réaliser certains des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne définis dans le vocabulaire commun (transferts, déplacement à l'intérieur, alimentation, toilette et habillage) et/ou dont les fonctions cognitives sont altérées.

L'appréciation des critères de perte d'autonomie est fondée sur une analyse des capacités fonctionnelles et cognitives de la personne, permettant ou non la réalisation d'actes élémentaires de la vie quotidienne. Cette appréciation nécessite l'obtention d'informations médicales. Elle est faite en prenant en compte la capacité à réaliser seul un acte et l'éventuel recours à des aides techniques correspondant à un prolongement de la personne (lunettes, fauteuil roulant etc).

Au sens du label, l'assuré est reconnu en état de dépendance lourde s'il répond au moins à l'une des trois situations suivantes :

- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée, d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, quatre des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- en cas d'altération des fonctions cognitives, il a constamment besoin d'être surveillé ou incité pour la réalisation d'au moins deux des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 10 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein) ;



- il se trouve dans l'incapacité totale et définitive médicalement constatée d'accomplir seul, c'est-à-dire sans l'assistance physique d'un tiers, trois des cinq actes élémentaires de la vie quotidienne et le résultat au test cognitif MMS de Folstein est inférieur ou égal à 15 (le test peut être différent mais le niveau doit être équivalent à celui donné pour le test MMS de Folstein).

Montant minimal de la rente

La Garantie d'Assurance Dépendance prévoit le versement de prestations dès lors que la personne assurée est reconnue par l'assureur en état de dépendance.

La garantie est viagère et l'assureur ne peut résilier le contrat, sous réserve du paiement des cotisations.

La garantie comprend au minimum le versement d'une rente mensuelle tant que l'assuré est en état de dépendance et à partir de la date de reconnaissance de la dépendance par l'assureur : la franchise, si le contrat en prévoit une, ne peut excéder 3 mois et le montant ne peut être inférieur en cas de dépendance lourde à 500 €.

La garantie couvre la dépendance quelle que soit la forme juridique du contrat (contrat individuel ou collectif, à adhésion facultative ou obligatoire, que la garantie soit principale ou couplée à une autre garantie).

Formalités à l'adhésion/souscription

L'adhésion/souscription de la garantie dépendance est possible au moins jusqu'à l'âge de 70 ans. L'adhésion/souscription est soumise à l'acceptation de l'assureur qui peut, au vu d'un questionnaire de santé et le cas échéant de renseignements complémentaires, accepter la demande en l'état, faire une proposition adaptée à la situation de l'assuré ou, éventuellement, refuser tout ou partie des garanties demandées.

L'adhésion/souscription avant l'âge de 50 ans ne donne lieu à aucune formalité médicale sous réserve que la personne :

1. ne bénéficie pas de prestation de type invalidité telle que définie dans le vocabulaire commun ;
2. ne bénéficie pas de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée ;
3. n'ait pas de demande en cours pour les motifs 1 ou 2.

État de dépendance

Les trois conditions ci-après doivent être cumulativement remplies :

- l'état de santé est consolidé en l'état actuel des connaissances médicales ;
- l'état de santé justifie définitivement l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- l'état de dépendance est reconnu par le Médecin conseil de l'assureur.



Délai d'attente

Les garanties du contrat sont acquises immédiatement en cas de dépendance d'origine accidentelle postérieure à l'adhésion/souscription.

Dans les autres cas, un délai d'attente d'au plus un an à partir de la date de l'adhésion/souscription est appliqué. Ce délai est porté à trois ans au maximum en cas de perte d'autonomie consécutive à des affections neuro-dégénératives ou psychiatriques dont la première constatation médicale survient avant l'expiration de cette période.

Un état de dépendance survenant avant l'expiration du délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation. Dans ce cas, les cotisations versées au titre de la garantie seront remboursées.

Revalorisation des garanties

Les organismes d'assurance constituent des provisions destinées à couvrir les risques de fluctuation de sinistralité et à revaloriser les garanties et les prestations.

Ils établissent chaque année un compte de résultat technique et financier dont il est tenu compte dans la détermination des revalorisations des garanties et des prestations.

Les contrats prévoient les clauses de revalorisation des garanties, des prestations et des cotisations.

Maintien de droits à couverture

En cas d'interruption du paiement des cotisations en cours de contrat et sous réserve qu'il ait cotisé un minimum d'années, l'assuré bénéficie du maintien partiel de la garantie prévue en cas de dépendance lourde.

Les montants garantis sont réduits selon les modalités prévues au contrat.

Dans le cadre des contrats collectifs à adhésion obligatoire, il devra être prévu un contrat d'accueil à adhésion facultative permettant la poursuite de la garantie sans formalité médicale.

Information annuelle

Pour les contrats à adhésion individuelle, l'assureur communique chaque année à l'adhérent/souscripteur :

- le montant des cotisations ;
- le montant des garanties et leur revalorisation.



Accompagnement de l'assuré

À partir de l'adhésion/souscription du contrat, l'assuré bénéficie d'informations ou d'actions de prévention pour lui-même et éventuellement pour ses proches.

Dès lors que l'assuré est reconnu en état de dépendance lourde au sens du label, il bénéficie de services d'assistance.

Vocabulaire commun

La garantie labellisée s'appuie sur un vocabulaire commun joint en annexe de ce document.



Annexe 5 - 10 contrats d'assurances dépendance (souscription individuelle, garantie viagère)

Assureur <i>Nom du contrat</i>	Age limite de souscription	Rente minimale /rente maximale	Seuil de déclenchement de la rente à 100 % (dépendance totale)	Seuil de déclenchement de la rente partielle (dépendance partielle)	Montant mensuel de la rente partielle (en % de la rente totale)	Montant de la prime pour une souscription à 65 ans pour une rente de		
						500 €/mois	1000 €/mois	1500 €/mois
AG2R <i>Assurance autonomie</i>	74 ans	300 € / 4000 €	GIR 2 et 3 AVQ sur 4	GIR 4 et 2 AVQ sur 4	50 %	103,68 €	168,72 €	233,76 €
Allianz <i>Libre indépendance 2</i>	75 ans	500 € / 2000 €	4 AVQ sur 5	3 AVQ sur 5	50 %	89,96 €	135,70 €	181,55 €
Alptis <i>garantie dépendance</i>	75 ans	500 € / 2700 €	4 AVQ sur 5	4 AVQ sur 6	50 %	41,65 €	88,51 € (pour une rente de 1100€/mois)	119,75 €
April <i>Séréna sur rente</i>	75 ans	500 € / 2500 €	4 AVQ sur 5	3 AVQ sur 5	66 %	51,02 €	111,40 € (pour une rente de 1100€/mois)	151,66 €
AXA <i>Entour'âge</i>	75 ans	500 € / 3000 €	4 AVQ sur 5	GIR 3 et 3 AVQ sur 5	50 %	69,96 €	112,92	155,88 €
Crédit agricole <i>Vers l'autonomie</i>	75 ans	500 € / 3000 €	4 AVQ sur 5 2 AVQ sur 5 et test Folstein < à 10	2 AVQ sur 5 3 AVQ sur 5 et test Folstein < à 15	50 %	69,17 €	120,17 €	171,17 €
La banque postale <i>Assurance autonomie</i>	74 ans	500 € / 4000 €	4 AVQ sur 5	3 AVQ sur 5	60 %	81,78 €	130,54 €	179,29 €
Macif <i>Garantie autonomie</i>	70 ans	300 € / 1800 €	3 AVQ sur 5	2 AVQ sur 5	300 €	51,99 € (pour une rente de 450€/mois)	92,97 € (pour une rente de 1050€/mois)	123,69 €
Mutex <i>Edéo dépendance</i>	75 ans	300 € / 3000 €	GIR 2	GIR 3	75 %	52,09 €	97,07 €	142,05 €
Prévoir <i>Autonomie bien-être (Intégrale)</i>	75 ans	500 € / 1500 €	GIR 2 et 3 AVQ sur 5	GIR 3 et 2 AVQ sur 5	50 %	52,82 €	88,90 €	110,54 €

Source : Le particulier, n°1123, juillet-août 2016

Annexe 6 – Note Fédération Française de l'Assurance - Incitation fiscale à la souscription d'une assurance dépendance



30 mai 2017

DIRECTION VIE ET CAPITALISATION
DIRECTION DES ETUDES ECONOMIQUES ET DES STATISTIQUES

INCITATION FISCALE A LA SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT DEPENDANCE : CHIFFRAGE DU COUT ET DES BENEFICES POUR L'ETAT

En France, le risque dépendance est à ce stade peu assuré, en termes de couverture de la population et/ou de niveau de prestation. Les contrats labellisés GAD ASSURANCE DEPENDANCE, mis en place en mai 2013, constituent un premier outil pour remédier à ces difficultés. Un soutien de la part des pouvoirs publics au travers d'un dispositif d'incitation fiscale à la souscription de contrats labellisés permettrait une diffusion à plus grande échelle. Cette note rappelle les caractéristiques de ces contrats et présente les éléments de chiffrage de ce dispositif.

1. Description du contrat dépendance

Fin 2016, les entreprises d'assurance régies par le code des assurances couvrent 1,3 million de personnes contre le risque dépendance, lourde ou partielle, via un contrat à adhésion individuelle dont la garantie dépendance est la garantie principale et unique (cf. tableau 1 ; 143 700 personnes ont souscrit un contrat labellisé GAD).

Tableau 1 : Données Dépendance (lourde et partielle) des sociétés d'assurance -
année 2016

Couverture dépendance – Garantie principale et unique à adhésion individuelle	
Nombre de contrats en cours	1,3 million
Nouvelles souscriptions	57 200
Cotisations	547 Mn€
Âge moyen à la souscription	60 ans
Provisions constituées	4,8 Md€
Âge moyen d'entrée en dépendance	81 ans
Espérance de vie en état de dépendance lourde	3,7 ans

Source : FFA

Les principales caractéristiques des contrats entrant dans le cadre du nouveau dispositif seraient les suivantes :

- couverture uniquement en cas de **dépendance lourde** (AVQ¹²⁵) ;
- **cotisation** de 25 € par mois, d'après un contrat dépendance labellisé GAD existant sur le marché et sur la base d'une souscription à l'âge de 60 ans ;
- **rente viagère** d'un montant mensuel de 500 € ;
- absence de sélection médicale avant 50 ans.

Pour encourager les Français à souscrire un contrat dépendance, ce nouveau produit bénéficierait d'une **incitation fiscale** à l'image de celle des dispositifs Perp, « Madelin retraite » et « Madelin prévoyance » avec une déductibilité des cotisations du revenu imposable.

2. Nombre d'assurés et cotisations

Pour déterminer le nombre de nouveaux assurés et le montant des cotisations, les **hypothèses simplificatrices** suivantes ont été posées :

- la **population cible** correspond aux Français de 50 ans et plus qui paient l'impôt sur le revenu¹²⁶. Cette population évolue dans le temps selon les dernières projections disponibles¹²⁷ ;
- le **taux de souscription** est identique à celui du contrat Perp (H1), du contrat « Madelin retraite » (H2) ou du contrat « Madelin prévoyance » (H3, cf. annexe graphique) ;
- les montants de cotisations et de prestations sont inchangés sur la période de projection ;
- les assurés, qui possèdent déjà fin 2016 un contrat avec une garantie dépendance principale et unique à adhésion individuelle, seront éligibles à ce dispositif (1,3 million)¹²⁸ ;
- l'état de santé ne permet pas toujours de souscrire à un contrat d'assurance dépendance ; cette part est estimée à 15%, ce qui correspond au taux de refus hors surprimes.

Les chiffres sont présentés en euros constants 2017.

Sur les cinq prochaines années (2018-2022), le nombre de personnes couvertes par ce nouveau dispositif passerait de 1,3 million de personnes (les assurés actuels) à une fourchette comprise entre 2,5 et 4,5 millions de personnes (resp. hypothèse H2 et H3), ce

¹²⁵ Cf. définition du label GAD

¹²⁶ L'incitation se base sur une déductibilité des cotisations du revenu imposable.

¹²⁷ Cf. « *Projections de population à l'horizon 2070 : Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013* », Insee Première N°1619, novembre 2016.

¹²⁸ En 2015, 6,8 millions de personnes étaient couvertes par un contrat dépendance. Lorsque nous souhaitons effectuer un ciblage sur les contrats intégrant une couverture suffisante pour bénéficier du dispositif, cela nous amène à considérer les contrats avec une garantie dépendance principale et unique à adhésion individuelle souscrits auprès des sociétés d'assurance.

qui représente 9 % à 17 % de la population française âgée de 50 ans et plus. Le montant des cotisations serait compris entre 0,8 et 1,4 Md€ (cf. tableau 2).

À l'horizon 2038-2042, la montée en régime du dispositif serait presque finalisée. Entre 4,7 et 12,9 millions d'assurés (resp. sous H1 et H3), qui représentent 15 % à 41 % de la population des 50 ans et plus, verseraient entre 1,4 Md€ et 3,9 Md€ de cotisations (resp. sous H1 et H3).

En 2060, le supplément de cotisations attendues (pour H2 et H3) proviendrait essentiellement d'une population âgée plus nombreuse.

Tableau 2 : Nombre d'assurés, taux de souscription et cotisations

Période	Population française des 50 ans et plus (en millions)	Nombre d'assurés (en millions)			Taux de souscription			Cotisations annuelles (en Md€ 2017)		
		H1	H2	H3	H1	H2	H3	H1	H2	H3
2018-2022	26,7	3,3	2,5	4,5	12%	9%	17%	1,0	0,8	1,4
2028-2032	29,5	4,5	7,3	10,0	15%	25%	34%	1,4	2,2	3,0
2038-2042	31,6	4,7	9,1	12,9	15%	29%	41%	1,4	2,7	3,9
2060	34,0	4,7	10,1	14,3	14%	30%	42%	1,4	3,0	4,3

Sources : Insee, FFA, calculs FFA.

Notes : H1-Perp, H2-Madelin retraite et H3-Madelin Prévoyance. Il s'agit des nombres, taux et cotisations moyens par an.

Les hypothèses de souscription retenues sont sujettes à discussion. Ici, le scénario de montée en charge est allant. Le risque de dépendance souffre en effet d'un certain déni de la part de la population¹²⁹, ce qui signifie que les hypothèses de souscription pourraient être optimistes.

3. Nombre de rentes et prestations versées aux personnes ayant souscrit après la mise en place du dispositif

L'entrée en dépendance apparaît en moyenne 20 ans après la souscription. Les rentes versées aux personnes bénéficiant du dispositif seraient donc progressives, avec une période de montée en charge du dispositif qui s'étale jusqu'en 2060. Cette période est toutefois plus courte dans le cas de l'hypothèse de souscription H1 que dans H2 ou H3.

Sur les cinq prochaines années (2018-2022), le nombre de personnes dépendantes en GIR1 ou 2 est de 493 000 personnes en moyenne. Étant donné l'âge de la population cible et sachant que l'âge moyen d'entrée en dépendance est de 81 ans, les nouveaux assurés seraient encore jeunes à l'horizon 2022. Ainsi, les bénéficiaires servis dans le cadre du nouveau dispositif seraient à ce stade peu nombreux : entre 13 000 et 23 000 (selon les hypothèses H2 et H3 respectivement), soit 3 à 5 % de l'ensemble, pour un montant de rentes versées de l'ordre de 100 Mn€ chaque année (cf. tableau 3).

À l'horizon 2038-2042, la montée en régime du dispositif - côté prestations - serait bien avancée mais non finalisée. À cet horizon, le nombre de personnes dépendantes GIR1 ou 2

¹²⁹ Voir étude de la Fondation Médéric Alzheimer - Baromètre 2016 « Risque de perte d'autonomie et comportements des Français », mai 2016.

atteindrait 647 000. Entre 85 000 et 200 000 personnes bénéficieraient d'une rente provenant de l'assurance dépendance (soit entre 13 % et 31 % de l'ensemble), pour un montant annuel global compris entre 0,5 et 1,2 Md€.

En 2060, la montée en charge serait finalisée. 837 000 personnes seraient dépendantes en GIR 1 ou 2. Entre 118 000 et 361 000 personnes bénéficieraient d'une rente provenant de l'assurance dépendance (soit entre 14 % et 43 % de l'ensemble), pour un montant annuel global compris entre 0,7 et 2,2 Md€.

Tableau 3 : Nombre de rentes servies, taux de bénéficiaires servis et prestations

Période	Nombre de bénéficiaires de l'APA GIR 1 et 2 (en milliers de personnes)	Nombre de rentes servies (en milliers)			Taux de bénéficiaires servis			Rentés annuelles (en Md€ 2017)		
		H1	H2	H3	H1	H2	H3	H1	H2	H3
2018-2022	493	17	13	23	4%	3%	5%	0,1	0,1	0,1
2028-2032	536	47	56	89	9%	10%	17%	0,3	0,3	0,5
2038-2042	647	85	133	200	13%	21%	31%	0,5	0,8	1,2
2060	837	118	254	361	14%	30%	43%	0,7	1,5	2,2

Sources : Insee, FFA, calculs FFA.

Notes : H1-Perp, H2-Madelin retraite et H3-Madelin Prévoyance. Il s'agit des nombres, taux et rentes moyens par an.

4. Incidences pour les finances publiques et le reste à charge

La mise en place d'une incitation fiscale suppose un investissement des pouvoirs publics pour un bénéfice futur, tiré de moindres dépenses publiques au titre de l'APA notamment, allégeant donc la charge notamment des Départements. Pour estimer le coût pour les finances publiques de cet avantage fiscal, une **maquette ad hoc** a été construite afin de répliquer l'impôt sur le revenu selon les différentes classes d'âge et les différents niveaux de revenus. Selon cette maquette et les données détaillées de l'Insee, près de 2 personnes sur 3 âgées entre 50 et 74 ans payent l'impôt sur le revenu et leur taux d'imposition marginal moyen est de 22 %. La réduction d'impôt s'obtient par la multiplication de la prime annuelle par ce taux. Concrètement, le coût annuel de l'assurance pour les souscripteurs passerait de 300 € à 234 € soit une baisse de 66 € *via* la réduction d'impôt.

Les montants d'APA versés par les pouvoirs publics¹³⁰ varient en fonction du revenu. Plus le revenu augmente, plus l'APA diminue, un ticket modérateur étant instauré. En considérant que les rentes versées par les contrats d'assurance soient intégrées au revenu des ménages, alors ces montants d'APA diminueraient, ce qui induit une économie pour les pouvoirs publics (voir tableau 4, moindres dépenses de l'APA)¹³¹. Concrètement, l'APA en cas de dépendance lourde devrait diminuer pour les personnes imposables de l'ordre de 100 € par mois, passant de 494€ par mois avant intégration au revenu imposable à 395€ par mois après intégration.

¹³⁰ Le concours des départements représente 68 % des dépenses au titre de l'APA. Les 32 % restants proviennent de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

¹³¹ La rente n'est pas intégrée au revenu imposable.

Sur les cinq prochaines années (2018-2022), l'investissement annuel de l'État serait compris entre 160 et 300 M€¹³². En parallèle, les moindres dépenses au titre de l'APA seraient à ce stade faibles, entre 20 et 30 M€, tandis que les ressources des personnes assurées connaîtraient un accroissement compris entre 60 et 110 M€ (cf. tableau 4).

À l'horizon 2038-2042, l'investissement annuel de l'État atteindrait 300 à 850 M€. Les dépenses au titre de l'APA seraient réduites de 100 à 240 M€ tandis que les ressources additionnelles des personnes dépendantes seraient accrues de 410 à 960 M€.

En 2060, le coût annuel pour l'État serait compris entre 300 et 940 M€ par an. Les dépenses au titre de l'APA seraient réduites de 140 à 430 M€, ce qui viendrait minorer de moitié le coût pour l'ensemble des administrations publiques (État et départements). Enfin, les ressources additionnelles (nettes des moindres prestations d'APA) des ménages seraient accrues de 570 à 1 740 M€.

Afin de minimiser davantage encore les dépenses pour les départements, une modification du barème de l'APA pourrait être envisagée. Celle-ci viendrait recentrer les aides vers les personnes les plus en difficulté, ne bénéficiant pas des avantages fiscaux liés au nouveau dispositif (cf. graphique 1).

Tableau 4 : Investissement et moindres dépenses pour les administrations publiques et ressources additionnelles pour les personnes dépendantes

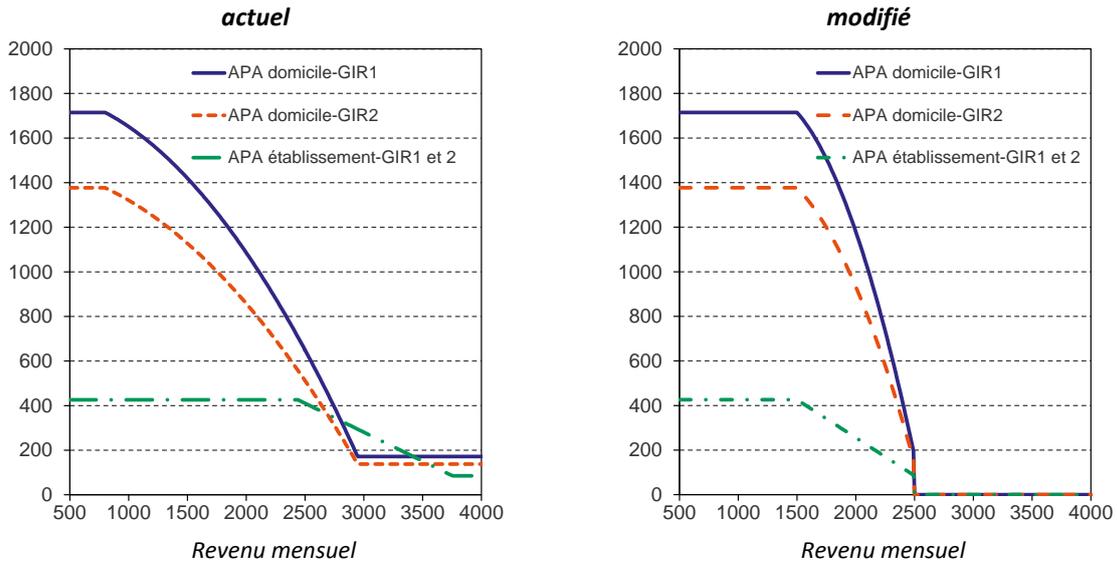
Période	Investissement brut (en Mn€ 2017)			Moindres dépenses d'APA (en Mn€ 2017)			Ressources additionnelles des personnes dépendantes (en Mn€ 2017)		
	H1	H2	H3	H1	H2	H3	H1	H2	H3
2018-2022	220	160	300	20	20	30	80	60	110
2028-2032	300	480	650	60	70	100	220	270	430
2038-2042	300	600	850	100	160	240	410	640	960
2060	300	660	940	140	300	430	570	1 220	1 740

Sources : Insee, FFA, calculs FFA.

Notes : H1-Perp, H2-Madelin retraite et H3-Madelin Prévoyance. Il s'agit des montants en moyenne par an sur la période.

¹³² À titre de comparaison, le coût en 2016 pour les finances publiques de la déduction des cotisations versées au titre de l'épargne individuelle et facultative (Perp et produits assimilés Prefon, Corem et Cgos) serait de 680 M€ pour 1 million de ménages bénéficiaires. Le coût de la déduction du revenu imposable des cotisations de retraite ou de prévoyance complémentaire versées à titre facultatif par les non-salariés serait de 1,33 Md€, soit un coût global de 2 milliards d'euros.

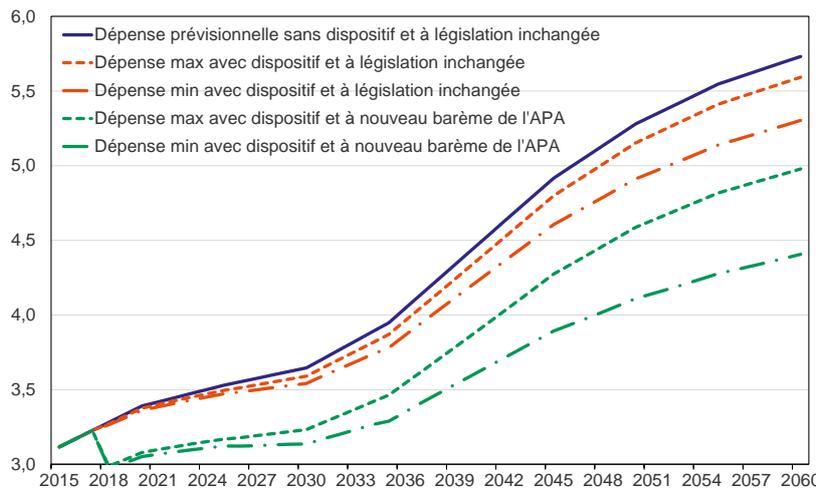
Graphique 1 : barème de l'APA (en Euros)



À titre d'illustration et selon ce nouveau barème, le montant annuel moyen de l'APA pour les personnes dépendantes lourdes serait de 4 730 € (dont 2 600 € pour les imposables et 8 860 € pour les non-imposables) contre 6 850 € (respectivement 5 930 € et 8 630 €) en l'absence de dispositif et de modification du barème. Cette évolution viendrait donc à la fois soulager les dépenses publiques et bénéficier davantage aux populations les plus en difficulté.

À l'horizon 2060, les dépenses au titre de l'APA continueraient de progresser du fait du vieillissement de la population. Pour autant, l'introduction de ce dispositif et de l'incitation fiscale qui l'accompagne conjuguée à une modification du barème permettrait d'annuler cet investissement budgétaire et de contenir la hausse à venir de la dépense publique au titre de l'APA (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Dépenses publiques au titre de l'APA - GIR1 et 2 (en Md€)



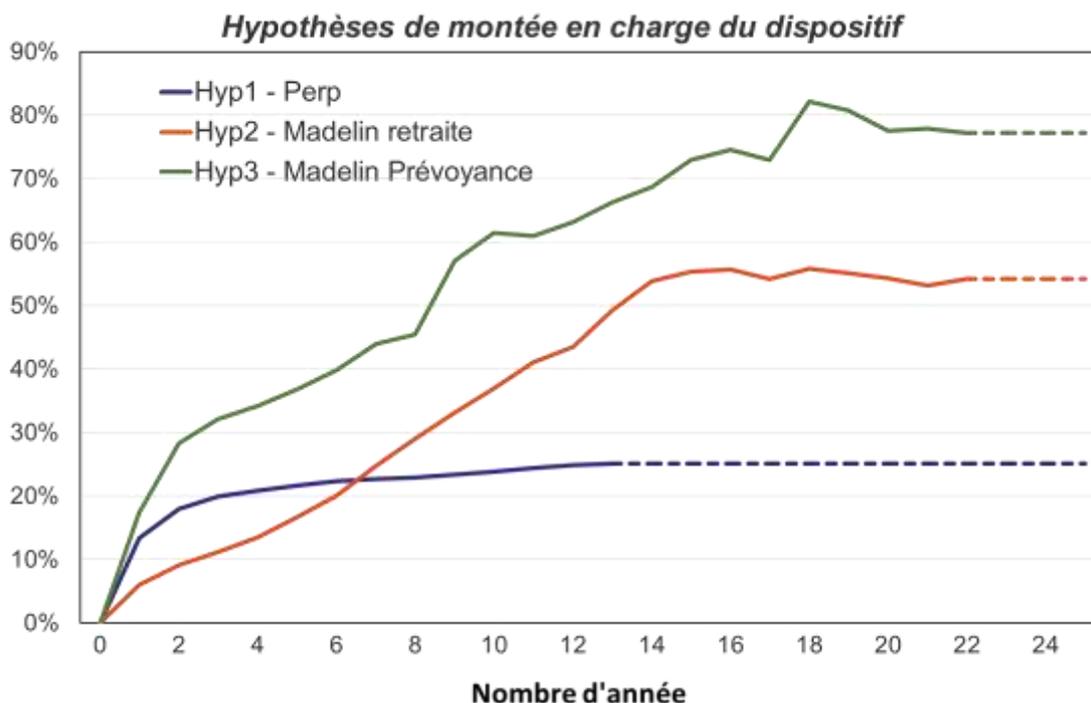
5. Conclusions et limites

Le dispositif envisagé prévoit une souscription facultative accompagnée d'une incitation fiscale du type Perp / Madelin. Après un investissement limité des pouvoirs publics sur les premières années de mise en œuvre, compris entre 140 et 270 M€ selon les hypothèses retenues (et net des moindres dépenses d'APA), les gains se matérialiseraient progressivement avec des ressources additionnelles pour les personnes dépendantes qui ont souscrit une assurance.

Notons également que les gains indiqués pour les administrations publiques (État, sécurité sociale et départements) sont ici minimisés. En effet, seule l'APA est modélisée, soit seulement 5,5 Md€ de prestations des 23,5 Md€ correspondant au coût de la dépendance à la charge des financeurs publics. D'autres aides sont fonctions des ressources des Français, comme par exemple l'aide sociale à l'hébergement. Les ressources additionnelles des personnes dépendantes assurées viendraient également limiter ces dépenses.

Enfin, la mise en place de ce dispositif pourrait opportunément conduire les pouvoirs publics à revoir le taux de participation financière du bénéficiaire au plan d'aide *via* une diminution de l'APA pour les personnes les plus aisées. Une modification du barème couplée à l'introduction de ce dispositif viserait un double objectif : limiter la dérive des dépenses liées à l'APA et mieux répartir la charge entre les Français.

Annexe graphique



Le pourcentage d'équipement PERP se calcule par le rapport entre le nombre de contrats PERP commercialisés sur le nombre de salariés imposés des secteurs marchands non agricole.

Les pourcentages d'équipement Madelin Retraite et Prévoyance se calculent par le rapport entre le nombre de contrats Madelin commercialisés sur le nombre d'emploi non salarié hors agricole.

Annexe 7– Note FFA - Propositions pour le développement de l'assurance-dépendance



30 mai 2017

PROPOSITIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE DEPENDANCE

Face au vieillissement de la population, la dépendance devient un sujet de société de plus en plus sensible, notamment du fait de la question complexe de son financement. Le vieillissement de la population ouvre par ailleurs de nouvelles perspectives économiques, un marché d'avenir - la « silver economy » - favorisant l'emploi, l'innovation et les nouvelles technologies. L'assurance dépendance doit jouer un rôle essentiel pour accompagner cette dynamique de progrès social et technique.

La France est le deuxième marché mondial d'assurance dépendance. Néanmoins, ce risque est loin d'être bien assuré, en termes de couverture de la population et/ou de niveau de prestation. Une volonté des pouvoirs publics associée à l'expertise de la profession permettrait une diffusion beaucoup plus forte. Cette note présente les recommandations de la FFA¹³³ à court et moyen terme.

1. Constats

Les assureurs se sont imposés comme des acteurs incontournables dans le domaine de la dépendance

6,8 millions de personnes sont couvertes en dépendance auprès d'un organisme d'assurance (50% par les entreprises d'assurance, 45% par les mutuelles, 5% par les Institutions de Prévoyance). Tous ces contrats ne présentent pas des garanties de niveau équivalent. Une restriction du périmètre aux contrats comportant les garanties les plus significatives nous conduit à estimer le nombre de personnes couvertes à 1,7 million¹³⁴. En 2015, les organismes d'assurance ont versé près de 225 millions d'euros aux personnes en situation de perte d'autonomie. La rente moyenne servie en 2015 aux assurés en état de dépendance s'élève à 582 euros par mois.

¹³³ Cette note se concentre sur les solutions assurantielles sans développer les alternatives intéressantes basées sur le patrimoine immobilier comme la vente en viager et recourant à la succession comme l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

¹³⁴ Dont 144 000 contrats bénéficiant du label « Garantie assurance dépendance » à fin 2016 (ce label a été lancé en 2013).

La profession suit une démarche active et a défini le label « GAD assurance dépendance » en 2013 qui instaure un vocabulaire commun et simple permettant plus de clarté dans l'expression des garanties. Il est destiné à harmoniser l'offre qui était jusque-là éparse et à fournir un socle de garanties solides. C'est une référence qui impose un vocabulaire et des définitions communes¹³⁵, le paiement d'une rente viagère d'au moins 500 euros par mois, des modalités de revalorisation des garanties définies contractuellement, de l'information, des conditions de maintien de l'assurance en cas d'interruption de paiement des cotisations. C'est ce type de contrats qu'il nous faut promouvoir.

Toutefois, la couverture du risque dépendance par l'assurance privée est insuffisante: l'incitation à la souscription de contrat d'assurance dépendance pourrait y remédier

Plusieurs enquêtes¹³⁶ nous révèlent une surestimation par nos concitoyens des niveaux de prestations des pouvoirs publics en cas de dépendance qui se combine avec une méconnaissance de l'offre assurantielle. De plus, 40 % des individus âgés de 50 à 79 ans déclarent ne pas envisager le risque dépendance, ce qui montre une réelle difficulté pour la population à appréhender pleinement son besoin de couverture.

Ces éléments concluent à la nécessité d'une mesure forte pour parvenir à une couverture significative de la population. Rappelons que la population susceptible de bénéficier de cette couverture est large, puisqu'il est possible de souscrire un contrat d'assurance dépendance de 18 à 75 ans. L'objectif est de faire souscrire les classes moyennes (la solidarité nationale jouant pour les plus démunis, les individus les plus aisés pouvant faire face grâce à leur patrimoine financier aux dépenses liées à la dépendance), dès l'âge de 40 ans.

2. Propositions de la FFA

2.1 Inciter fiscalement à la souscription d'une assurance dépendance

La solution envisagée par la profession consiste en une incitation publique par un avantage fiscal au versement de prime dans un contrat dépendance, sur le modèle du cadre actuel des réductions d'impôts PERP et Madelin. On pourrait ainsi déduire complètement du revenu imposable les cotisations à un contrat dépendance.

En supposant que le taux d'imposition marginal moyen soit de 20 %, la réduction d'impôt s'obtient par la multiplication de la prime annuelle par ce taux. Concrètement, le coût annuel de l'assurance pour les souscripteurs passera de 300€ à 240€ soit une baisse de 60€ via la réduction d'impôt.

¹³⁵ Les expériences menées au Québec ont servi de modèle pour utiliser un langage simple.

¹³⁶ Etudes de la Fondation Médéric Alzheimer (Baromètre 2016 « Risque de perte d'autonomie et comportements des Français », mai 2016 et le module ELDERS), l'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), le baromètre dépendance 2012 ORCIP-France Info-Le Monde et l'enquête SPS (Santé et protection sociale)

Ce mécanisme pourrait aussi amener à créer des produits « packagés » combinant à la fois retraite et dépendance.

Les conditions de réussite sont :

- ✓ Une dimension « prévention » essentielle à l'offre dépendance,
- ✓ Un mécanisme d'incitation qui porte ses fruits dès les âges jeunes (milieu de carrière) et propose une absence de formalités médicales,
- ✓ Une définition commune pour les pouvoirs publics et la profession de l'état de dépendance (chantier à engager en amont de la réforme selon une approche opérationnelle intégrant les avantages des méthodes GIR et AVQ),
- ✓ Un socle technique qui conserve des degrés de souplesse significatifs au niveau du contrat¹³⁷ pour une gestion efficiente du risque dépendance sous l'angle assurantiel.

Comme pour toute réforme d'ampleur, les effets positifs ne seront pas immédiats. Un moyen d'obtenir des résultats à court terme consiste à faciliter l'utilisation des encours d'assurance-vie pour le financement du risque dépendance, tout particulièrement en cas de dépendance lourde.

Pour accélérer la diffusion d'une assurance dépendance il pourrait être envisagé de rendre le dispositif obligatoire. Cette piste a été recommandée par le Conseil d'Analyse Economique en octobre 2016. Elle a pour mérite d'être simple et d'avoir un effet massif puisque par définition l'ensemble de la population serait couverte. A l'inverse, elle pourrait être perçue comme un impôt supplémentaire venant amoindrir le pouvoir d'achat de nos concitoyens. L'arbitrage relève d'un choix politique.

2.2 Permettre aux détenteurs d'assurance vie d'utiliser leur épargne dans des conditions aménagées en cas de perte d'autonomie

L'assurance vie concerne 37 millions de bénéficiaires et a un encours de 1 650 Md€. Toutefois, les contraintes réglementaires et fiscales définissent strictement l'utilisation de ce capital.

La FFA propose de faire évoluer la réglementation actuelle afin de faciliter la transformation des contrats d'assurance vie en incluant une faculté de sortie spécifique en cas de dépendance lourde. Cela conduirait à transformer partiellement le contrat sans que cette modification n'apporte une novation fiscale avec ses conséquences négatives en termes d'imposition des produits et de date à retenir pour la souscription du contrat.

La FFA propose donc **que lorsqu'un détenteur d'un contrat devient dépendant lourd au sens des critères définis au 2.1, il soit possible de puiser dans son assurance vie pour faire face aux dépenses liées à cet état sans qu'aucune fiscalité ne s'applique au service de la rente** mise en place et qui serait calculée à partir d'une table spécifique.

Cette mesure représenterait une dépense fiscale extrêmement faible, de l'ordre de quelques millions d'euros chaque année¹³⁸.

¹³⁷ Evolution du tarif, définition et application des garanties.

Ajoutons que des dispositions d'exonérations fiscales existent déjà en cas d'invalidité et de licenciement.

Cette table spécifique devra être construite à partir de l'expérience de la profession. En effet, en l'état actuel des textes, la réglementation impose un calcul des provisions mathématiques de rentes viagères basé sur des tables de l'INSEE. Alors qu'une entrée en dépendance se produit en moyenne à 81 ans et pour une durée de 4 ans, ces tables réglementaires prévoient une espérance de vie environ égale à 11 ans pour cet âge. **Ces contraintes conduiraient les assureurs en l'absence d'une table adaptée à provisionner un montant presque trois fois supérieur au risque réel et à ne pas verser à l'assuré ce dont il a besoin.**

Cette solution suppose également une exonération d'impôt sur le revenu sur les produits lors d'un rachat ou d'un dénouement d'un contrat d'assurance vie conduisant au paiement d'une prestation au bénéfice de la personne dépendante associée à une exonération de fiscalité de la rente dépendance¹³⁹.

Conclusion :

La réforme structurelle est « rentable » pour les finances publiques à long terme (voir note jointe spécifique) et des solutions existent pour faire face au financement de la dépendance dans l'immédiat pour les personnes concernées, en facilitant l'utilisation de l'assurance vie dans ce but.

¹³⁸ Explication du calcul : il y a 1,25 millions de personnes dépendantes dont 0,44 en état de dépendance lourde, ce qui représente près de 3 % de la population française âgée de 60 ans et plus. En 2016, les rachats et les capitaux échus représentent 77 Md€, dont on estime à 2,7 Md€ les intérêts versés et touchés par le prélèvement libératoire au taux de 7,5 %. Sur ces 2,7 Md€, 60 % proviennent de personnes âgées de 60 ans et plus. Au total, la mesure représenterait une dépense fiscale annuelle de l'ordre de 3 millions d'euros.

¹³⁹ En l'état ces rentes, sans mise en place d'un régime fiscal spécifique dépendance, seraient soumises aux prélèvements sociaux et à l'impôt sur le revenu (IRPP) pour une fraction de leur montant. Le tableau ci-dessous illustre l'impact de cette imposition sur une rente dépendance d'un montant de 12K€ annuel et issue de la conversion d'un capital d'assurance-vie par un assuré déclarant un revenu de 40 K€.

Rente	Rente après prélèvements sociaux	Rente après impôt	Impôt	Prélèvement sociaux	Total imposition
12 000 €	11 442 €	10 417 €	1 025 €	558 €	1 583 €

La liquéfaction du patrimoine immobilier comme financement complémentaire de la perte d’autonomie

André Masson

Cnrs-Ehess-PSE

Mai 2017

Résumé

Le patrimoine immobilier des plus de 60 ans atteint près de 3 800 milliards d’euros et près des trois quarts des épargnants seniors français sont propriétaires de leur logement. Tout en restant chez eux, ces derniers pourraient rendre liquide ou mobiliser leur patrimoine immobilier pour financer les coûts d’une perte d’autonomie éventuelle. Deux produits, gagés ainsi sur le logement et acquis au cours de la retraite, répondent à cet objectif : la vente en viager et le prêt viager hypothécaire. Sous leur forme traditionnelle, ils sont cependant peu diffusés et fortement inégalitaires, ce qui milite pour des formes rénovées de ces produits, déjà en partie à l’œuvre.

Le viager mutualisé ou le *viage*, où l’acheteur est un institutionnel soumis à des règles et même à des impératifs sociaux, remédie à nombre d’inconvénients du viager traditionnel, mais il n’est pas ciblé sur le financement de la dépendance : les sommes reçues peuvent être affectées à d’autres usages, comme la consommation des vieux jours ou la transmission précoce aux enfants. Le prêt viager-dépendance, accordé en cas de dépendance dûment constatée, pallie le caractère antifamilial et peu rentable du prêt viager traditionnel ; selon les cas, il pourrait constituer une alternative crédible ou un complément bienvenu à l’assurance dépendance.

Le développement de ces nouveaux produits à une échelle significative reste cependant subordonné à une intervention forte – mais peu onéreuse – de l’État pour réguler et structurer ces marchés, qui passe par une meilleure connaissance de ces derniers et une plus grande transparence de l’offre, mais également par une protection spécifique des catégories modestes.

Remerciements

Cette note a beaucoup bénéficié des encouragements prodigués par Carole Bonnet et Roméo Fontaine ; j’espère notamment avoir répondu pour une large part aux suggestions pertinentes de Roméo. Les précisions habituelles s’appliquent tout particulièrement : je suis seul responsable des opinions et jugements émis dans cette note.

L'allongement inédit de l'espérance de vie, qui concerne surtout les âges élevés depuis la fin des années 1970 dans nos pays, a longtemps été sous-estimé. Ses conséquences majeures – sur l'épargne de cycle de vie et la composition du patrimoine, le financement de l'État-providence, les relations familiales entre générations, etc. – sont encore renforcées par deux évolutions concomitantes depuis les années 1980 : une « patrimonialisation » accrue de nos sociétés – un poids de plus en plus important du patrimoine et de l'héritage par rapport au revenu du travail ou au produit intérieur brut ; et le ralentissement de la croissance pendant les « Trente Piteuses » (1978-2007 ?) et surtout depuis la crise de 2008.

Ses effets portent plus spécifiquement sur le *risque de longévité*, soit le fait de se retrouver vieux et démuné. Après avoir sensiblement diminué après la guerre, avec l'essor de la protection sociale, ce risque augmente à nouveau pour de multiples raisons :

- les besoins à couvrir augmentent sur des vieux jours devenus plus nombreux et marqués par la hausse du risque de dépendance, qui s'accroît aux âges élevés et dont les coûts, particulièrement importants et aléatoires, suivent les salaires plutôt que les prix dans un secteur très utilisateur de main d'œuvre ;

- le recul de la mortalité et une croissance atone, qui pénalise les rémunérations du travail, mettent en péril la soutenabilité financière de notre État-providence en soumettant les pensions futures à un risque spécifique nouveau ;

- la couverture assurée par la famille est moins efficace : les enfants ne prennent plus guère leurs parents âgés à la maison, peuvent (ou veulent) rarement les aider financièrement, et l'éloignement familial rend les aides en temps plus difficiles.

Ces évolutions renforceraient chez les épargnants âgés les motifs de précaution à long terme et de couverture des besoins de consommation sur les vieux jours. Le motif de transmission demeure souvent présent mais il ne viendrait qu'en second et se manifesterait aujourd'hui tout autant par le souci d'éviter de se retrouver à la charge de leurs enfants ou de recourir à leur aide financière que par le désir de leur laisser un héritage conséquent.

Dans ce contexte, la propriété du logement revêt de nouveaux attraits. Elle paraît constituer une couverture idéale contre l'allongement de la durée de vie et les inquiétudes suscitées par l'avenir de l'État-providence (on a au moins l'assurance d'un toit). Près des trois quarts des seniors sont propriétaires d'un logement et les plus de 60 ans détiennent quelque 3 773 milliards d'euros en patrimoine immobilier : en cas de besoin, ce patrimoine pourrait, à la retraite et tout en restant chez soi, être liquéfié – *vente en viager* – ou mobilisé comme collatéral à l'emprunt – *prêt viager hypothécaire*.

Cette note étudie comment ces deux produits viagers, qui permettent de « monétiser » un patrimoine immobilier illiquide, peuvent permettre un financement complémentaire des coûts de la perte d'autonomie.

1. PROLEGOMENES

Avant d'étudier ces formes de produits viagers « immédiats » – à la différence des produits viagers « différés », tels le Perp ou le Perco –, quelques rappels sont nécessaires sur l'assurance dépendance et sur l'usage des sommes récoltées par cette liquidation.

1.1. La mutualisation est particulièrement justifiée pour le risque de dépendance

Le risque de dépendance lourde présente une double particularité :

- il est assez peu diffusé (du moins avant les âges élevés) et fortement inégalitaire au plan social : il est évalué entre 15 et 20% à l'âge de 65 ans, mais il est plus élevé dans les classes modestes et chez les femmes ;

- ses conséquences, financières et autres, sont dramatiques pour la famille et la société.

Ces traits spécifiques militent, en théorie, pour une forte mutualisation de ce risque avec une composante de redistribution vers les classes modestes et les femmes. Une couverture *obligatoire* va dans ce sens et doit dans l'idéal concerner directement le coût des soins requis : le versement d'une rente nominale est mal adapté, et ce d'autant plus que l'évolution sur le long terme du coût des soins est mal connue. Dans ces conditions, la préférence va pour l'instant, dans notre pays, à une assurance de base publique, qui pose cependant des problèmes aigus de maîtrise des dépenses.

L'assurance privée facultative va s'inscrire dans les « pannes » de la couverture obligatoire et ne peut donc véritablement fonctionner que si cette couverture est bien définie et stable, ce qui n'est pas vraiment le cas aujourd'hui : l'assureur ne sait pas exactement ce qu'il a intérêt à assurer à long terme ; certains clients potentiels peuvent attendre une amélioration de la couverture obligatoire ; à l'inverse, certains assurés privés pourraient vouloir d'opposer à une couverture obligatoire élargie qui rendrait leur contrat moins intéressant, etc.

1.2. Les produits viagers gagés sur le logement peuvent servir à de multiples usages autres que la perte d'autonomie

L'autre question préalable concerne l'affectation du capital perçu (outre une rente éventuelle) lors de la vente en viager ou de l'emprunt (prêt viager). Le vendeur ou l'emprunteur peut « arbitrer » entre différents usages concurrents de ce capital :

- le paiement imposé de dettes contractées auparavant, notamment en cas de surendettement (une part significative des prêts viagers servirait à cet usage) ;

- une amélioration de son niveau de vie, surtout s'il est encore un retraité « robuste » (voyages, loisirs, etc.) ;

- la prévention de la dépendance ou des premiers ennuis de santé s'il est un retraité déjà « fragilisé » (encore « autonome » mais connaissant les premiers signes de « glissement » ou de « rétrécissement », lorsque les coûts du maintien à domicile peuvent devenir significatifs) : adaptation en conséquence du logement, par exemple ;

- la transmission précoce aux enfants d'un part de son actif immobilier, autrement illiquide ;

- le financement des coûts et des soins de la dépendance proprement dite.

Lorsque l'on affirme que les produits viagers en question permettent d'utiliser le patrimoine (immobilier) comme une auto-assurance face au risque de dépendance, et constituent un substitut bienvenu à une assurance dépendance privée peu diffusée, il faut déjà garder en mémoire que ces produits peuvent servir à d'autres usages – que la puissance publique peut désirer ou non encourager. Cette dernière peut inciter (fiscalement) à la prévention, qui est susceptible de diminuer le risque d'occurrence de la dépendance (lourde), ou à la transmission précoce du patrimoine des parents, objectif tout à fait souhaitable dans une société de plus en plus patrimoniale¹⁴⁰. Mais on ne peut pas tout faire : favoriser la transmission se ferait au détriment du financement de la prévention ou de la dépendance proprement dite.

Quoi qu'il en soit, l'expérience montre que les produits viagers immédiats *traditionnels* constituent des produits de niche, mal connus et mal régulés : en outre, plus l'espérance de vie augmente et plus ces produits, censés offrir une couverture adaptée contre cette évolution, voient leur rendement diminuer. Enfin, ils sont fortement inégalitaires : l'offre relative au viager ou prêt viager se limite souvent aux beaux appartements, bien situés, à fortes plus-values potentielles, dans ce que l'on appelle la Zone 1 (Paris et couronne) et la Zone 2 des grandes métropoles (Lyon, Aix en Provence, Marseille, Nice, Lille, Bordeaux).

Confronté au vieillissement de la population et à ses conséquences inédites (risque de longévité, pression sur l'État-providence, rapports entre générations), le marché est néanmoins en train de réagir : des formes *renovées* de produits viagers émergent ou sont proposées qui pallient certains inconvénients des formes traditionnelles. Mais elles ne pourront se développer à une échelle significative sans une forte implication de l'État pour structurer et réguler l'offre, introduire plus de transparence et d'information sur des produits complexes, et instaurer éventuellement une dimension sociale grâce à des labels.

¹⁴⁰ La patrimonialisation de nos sociétés ne se traduit pas seulement par un rapport actuel du patrimoine des ménages au revenu national à un niveau inédit depuis la Belle Époque et par une remontée des inégalités patrimoniales (Piketty, 2013). Elle passe aussi par une concentration croissante de ce patrimoine aux mains des 60 ans ou plus, sous forme dominante d'une réserve de valeur peu risquée – *i.e.* une « suraccumulation improductive des seniors » – et par un retour de l'héritage : en France, le flux annuel des transmissions a plus que doublé en pourcentage du produit intérieur brut sur les trente dernières années (et devrait encore augmenter avec le décès des générations nombreuses du *baby-boom* bien dotées en patrimoine). Cet héritage est cependant reçu en pleine propriété par les enfants à un âge de plus en plus tardif (à 60 ans en moyenne aujourd'hui), si bien que les jeunes générations sont, pour cette raison et d'autres, de plus en plus contraintes dans leurs projets patrimoniaux : logement, entreprise, épargne retraite, etc. (voir Arrondel et Masson, 2016).

2. LA VENTE EN VIAGER

La vente *en viager* (occupé) permet de disposer d'un capital (« bouquet ») et éventuellement de rentes (normalement indexées sur l'inflation) tout en restant chez soi jusqu'à son décès ou le départ en institution : le vendeur perd la nue-propriété mais garde l'usufruit. C'est un produit d'assurance vie : plus le vendeur vit longtemps, plus il gagne. À sa mort, le bien revient en pleine propriété à l'acheteur.

2.1. Le viager traditionnel a peu d'avenir

Le viager traditionnel sur les marchés de gré à gré où l'acheteur est un particulier, a vu sa diffusion diminuer depuis 1990 jusqu'aux années récentes avec 5 000 à 8 000 ventes par an. Il pâtit d'une mauvaise réputation : c'est un pari sur la date de décès du vendeur entre les deux parties qui se retrouvent dans des relations personnelles et psychologiques délicates – quand bien même ces relations sont médiatisées par le notaire (ou les agences immobilières). Pourtant, ce produit peut s'avérer utile pour des parents propriétaires qui manquent de liquidités (*house rich, cash poor*), mais aussi pour des enfants qui seraient à la peine d'aider financièrement leurs parents.

Le marché apparaît très déséquilibré, avec un acheteur pour dix vendeurs et un délai de vente de plus de 18 mois. Le rapport de force est clairement du côté de l'acheteur, avec quelque 20 000 vendeurs de viager en attente¹⁴¹. Le manque d'offre des particuliers s'explique aisément : à moins d'avoir du temps devant lui, l'acheteur, pour lequel le bouquet est une sorte d'apport personnel, supporte une série de risques : il paie un montant inconnu dès qu'il y a des rentes versées, sur une durée inconnue, pour recevoir un montant aléatoire, soit la valeur du logement à cette date inconnue ; à moins d'avoir des moyens considérables, cet acheteur ne peut diversifier ces divers risques sur un nombre suffisant d'opérations.

La faiblesse de l'offre d'achat est aujourd'hui le principal défi au développement du marché du viager. Ce déséquilibre aigu a en effet des conséquences majeures : le vendeur propose (un logement, un partage bouquet-rentes) mais *l'acheteur dispose* à sa guise dans la manne des biens proposés. Ce dernier s'intéresse de près à la « qualité » du bien qu'il pourrait acquérir (type de logement, emplacement, plus-values potentielles...) et doit tenir compte de ses moyens financiers dans le partage bouquet-rentes : les viagers à 100% bouquet (sans rente), que préfèrent souvent les vendeurs, seront délaissés.

Du côté des vendeurs, les obstacles sont en partie les mêmes que ceux de la rente viagère immédiate (acquise à la retraite) : risque de perte sèche en cas de mort précoce ; enfants dépossédés de l'héritage ; rendement limité de l'opération du fait de la table de mortalité utilisée, celle des rentiers-vie (*cf. infra*) ; s'y ajoute la perte de propriété du bien.

¹⁴¹ Ces données sont incertaines en l'absence d'une centralisation fiable de l'information.

2.2. Pour un viager mutualisé ou *viage*

Les formes rénovées du viager remédient à certains des inconvénients mentionnés dans la mesure où l'acheteur est un institutionnel ou un professionnel agréé – qui peut être soumis à des règles ou même à des impératifs sociaux. Ce dernier est censé disposer d'un portefeuille de logements suffisamment large pour opérer une double mutualisation efficace, sur le risque de survie et la valeur du logement au décès de l'assuré¹⁴² – dans l'idéal, il est généralement admis qu'un portefeuille d'au moins 500 logements, correspondant à quelque 100 millions d'euros, est nécessaire. En outre, la relation directe entre vendeur et acheteur est évitée. Enfin, la multiplication de ces acheteurs professionnels, qui délaissent trop aujourd'hui l'immobilier résidentiel pour les investissements en immobiliers de bureaux, contribuerait à rééquilibrer et à mieux organiser le marché du viager.

J'ai proposé d'appeler ces formes de viager, où l'acheteur est un professionnel, du nom plus flatteur de *viage* tiré de l'ancien français (condensé de « vie » et « âge »). Ce viage souffre encore de trois handicaps pour le vendeur potentiel :

- le risque de perte en cas de mort prématurée (d'autant plus important que la part des rentes est importante), souvent magnifié par l'épargnant ;¹⁴³
- l'aliénation de la propriété du bien, dont il ne conserve que l'usufruit ;
- le risque, dans les familles, de voir la vente en viager du logement être interprétée par les enfants comme une spoliation de l'héritage attendu.

Comment atténuer ces trois inconvénients ? Une voie possible est de ne proposer que des viages à 100% bouquet – ce qui diminue le montant des pertes en cas de mort prématurée – et d'avantager (fiscalement) la transmission immédiate de ce bouquet aux enfants (en totalité ou en partie), au risque, encore une fois, de pénaliser la prévention ou la couverture de la dépendance. Ce type de produit a été baptisé « viager mutualisé » par Éric Guillaume : il correspond à une opération, relativement simple et connue, de démembrement de la propriété entre nue-propriété et usufruit.

Une solution plus originale mais plus contestée serait le *viage partiel* (de préférence sans rentes), ou VIP, qui ne porterait que sur une part *fixée* du logement – un tiers par exemple : la perte en cas de mort précoce serait plus limitée ; l'aliénation du bien ne serait que partielle ; surtout, au plan familial, dans le cas où j'ai deux enfants, chacun hérite d'un tiers, la banque devenant comme le « troisième cohéritier ».¹⁴⁴

¹⁴² Ces produits commencent à se développer : fonds Certivia (Caisse des dépôts), Virage-Viager (Éric Guillaume).

¹⁴³ *Point technique*. Le fait pour l'épargnant de *magnifier* ce risque d'investissement à fonds perdus – par rapport au cas où il maximiserait l'espérance de son utilité en ayant recours aux probabilités mathématiques de survie –, est souvent dénoncé par les assureurs-vie qui invoquent la rançon inhérente à la mutualisation des risques de survie. Mais, du point de vue de l'épargnant, cette « surestimation » peut être parfaitement rationnelle du fait de son aversion à la perte, de l'aversion à l'ambiguïté relative à ses probabilités personnelles de survie, ou encore de son rapport subjectif à la mort (voir Masson, 2010).

¹⁴⁴ Sur les problèmes, de copropriété ou autres, que soulève le VIP, voir Masson (2015).

2.3. Le rendement du viager pour le vendeur : l'enjeu du choix de la table de mortalité

Reste un problème clef, qui concerne le rendement du viager pour l'épargnant vendeur. Ce dernier peut être mesuré par le rapport k entre la valeur du logement occupé (*i.e.* le montant du bouquet plein, sans rentes) et sa valeur de vente actuelle, la valeur occupée étant la différence entre la valeur de vente et la valeur d'usage du bien jusqu'au décès :

$$k = \text{valeur du logement occupée} / \text{valeur de vente actuelle du logement} = VO / L$$

$$VO = L - \text{valeur d'usage jusqu'au décès (ou le départ en institution)} = L - VU$$

Le rapport $(1-k)$ correspond ainsi à ce qui est appelé la décote DUH (pour droit d'usage et d'habitation). Le taux k augmente avec le taux d'intérêt, décroît éventuellement avec la croissance du prix du logement attendue (ces plus- ou moins-values anticipées sont rarement intégrées dans le calcul de k) ; mais surtout, il diminue avec l'espérance de vie prêtée au vendeur (puisque la valeur d'usage VU augmente avec cette espérance de vie). C'est là que le bât blesse, d'autant plus que l'on sait peu de choses sur l'espérance de vie des vendeurs en viager.

Certains professionnels (Virage-Viager) utilisent les tables de mortalité particulièrement « longues » des *rentiers-vie* (FFA), qu'ils peuvent en outre différencier selon le genre, au détriment donc des femmes (contrairement au cas du Perp depuis 2007 où une table commune est appliquée). Voltaire savait déjà que les assurés-vie en rente viagère vivaient en moyenne plus longtemps que les autres – un assureur qui ne tiendrait pas compte de ce biais d'anti-sélection ferait faillite. Ce choix engendre donc des valeurs d'usage plus élevées et donc des taux k relativement bas, notamment pour *les femmes et les couples*, qui déçoivent les vendeurs potentiels – phénomène nommé « atterrissage » par les professionnels. Reste que la conversion d'un patrimoine en rentes viagères ne se confond précisément pas avec une vente en viager, où le vendeur « choisit » un cocktail bouquet-rentes, ou même un bouquet seulement.¹⁴⁵

D'autres (Certivia) utilisent les tables de mortalité Daubry, plus courtes et donc plus avantageuses pour le vendeur, mais appliqueraient une première décote, dite décote d'occupation (de 12,5% ?), avant d'appliquer la décote DUH.

Le « loup » du viager réside bien dans le choix de la table de mortalité utilisée qui impacte directement la valeur du coefficient k . Une difficulté supplémentaire réside dans l'opacité relative entourant la formule d'obtention de ce coefficient, qui semble gardée jalousement par chaque opérateur. Pour un taux d'intérêt r , qui dépend de la valeur locative des biens équivalents dans la région considérée (et sur lequel il n'y a guère de contestation), le ratio de conversion k vaudrait dans le cas le plus simple, pour un logement dont la valeur ne bougerait pas et pour un vendeur censé vivre encore T années exactement :

¹⁴⁵ *Point technique.* Le choix entre la rente ou le capital dépend de multiples facteurs en plus du taux d'intérêt : contraintes de liquidité subies ou anticipées par l'épargnant, préférence temporelle pour le présent, aversion à la perte (en cas de mort précoce), mais aussi de ses probabilités subjectives de survie. Phénomène d'anti-sélection bien connu des assureurs, le fait de choisir un bouquet plein sans rente est plutôt le signe, toutes choses égales d'ailleurs, d'une espérance de vie inférieure à la moyenne sur l'ensemble de la population, alors que la table des rentiers-vie conduit à des valeurs de l'espérance de vie bien supérieures à cette moyenne (Masson, 2015).

$$k = 1 / (1+r)^T ; \quad (1)$$

plus généralement, si p_t désigne la probabilité que le vendeur survive exactement t périodes, la valeur de k sera, pour une espérance de vie notée encore T , théoriquement égale à :

$$k = \sum_0^{\infty} [p_t / (1+r)]^t \quad \text{avec : } T = \sum_0^{\infty} t p_t. \quad (2)$$

Pour avoir un ordre d'idée des coefficients de conversion pratiqués, donnons quelques illustrations communiquées aimablement par Virage-Viager : le logement, situé dans la région parisienne, a une valeur L égale à 370 000 euros (le taux d'intérêt r vaut 3% dans les deux premiers cas, 3,5% dans le dernier) et l'espérance de vie affectée est notée T :

1) Homme de 75 ans : $T = 15,9$ ans (table de mortalité générale, $T \approx 12$ ans !)

Bouquet plein = 210 000 euros ; si bouquet = 100 000 euros, rente mensuelle de 653 euros

$k = 0,568$: la décote DUH est de 43%. La formule (1) donne $k = 0,625$.

2) Couple de 75 ans : $T = 22,3$ ans (pour le couple)

Bouquet plein = 151 000 euros ; si bouquet = 80 000 euros, rente mensuelle de 309 euros

$k = 0,409$: la décote DUH est de 59%. La formule (1) donne $k = 0,517$

3) Homme de 81 ans, femme de 86 ans : $T = 14$ ans (pour le couple) !

$k = 0,568$: la décote DUH est de 43%. La formule (1) donne $k = 0,661$.

« L'atterrissage » est donc particulièrement douloureux pour les femmes ou les couples, même âgés : la décote pour le couple d'octogénaires âgé de 81 et 86 ans est dans des conditions voisines la même que pour l'homme seul de 75 ans... Quoi qu'il en soit, et sauf situation particulière, la vente en viager n'est guère à envisager avant 75 ans, surtout dans le cas des couples ou des femmes seules.

On notera aussi que la formule approchée (1), la seule accessible pour un vendeur (déjà averti) surestime la valeur de k , dans des proportions qui plus est variables : la formule d'obtention du coefficient k ou de la décote (DUH) demeure peu transparente et devrait être relativement standardisée. Enfin, le partage entre un bouquet partiel et une rente mensuelle est difficile à interpréter pour le vendeur.

Un besoin urgent de transparence sur le mode de calcul et la valeur de ce paramètre clef qu'est le coefficient de conversion k s'impose donc, ne serait-ce que pour améliorer la compétitivité de l'offre. Bien sûr, les décotes $(1-k)$ proposées d'un professionnel à l'autre peuvent varier en raison des services spécifiques offerts par ailleurs au vendeur : entretien du logement, information sur les maisons de retraite en cas de besoin, réseau de dépendance, etc.

2.4. La nécessité d'une implication forte de l'État

L'intervention de la puissance publique sur le marché du viager apparaît donc indispensable. Sans volonté politique, même les formes rénovés comme le viage n'ont qu'une espérance de développement limitée, bien que les acteurs soient de plus en plus conscients de la « révolution » à venir consécutive à l'allongement de l'espérance de vie, y compris de ses

implication en matière d'inégalités sociales. Voici quelques propositions qui supposent un effort public vigoureux et constant mais n'engendrent pas un coût financier important.

Tout d'abord et de manière générale, l'information statistique sur l'ensemble des produits viagers, différés (Perp, Perco) ou immédiats (rente viagère, viager, prêt viager) demeure trop lacunaire et trop peu fiable : le cas du viager est seulement l'un des plus criants. Créer un observatoire sur tous les produits viagers serait ici le bienvenu, concernant les caractéristiques et les comportements des épargnants concernés, les taux de rendement et les gisements de clientèle pour les différents produits offerts, les tables de mortalité utilisées, etc.

S'agissant du viager, il serait nécessaire d'améliorer l'information des vendeurs potentiels et d'introduire plus de transparence sur le niveau et les déterminants des taux k offerts, en avertissant les candidats qu'une vente trop précoce n'est pas rentable. La transmission directe du bouquet pourrait être fiscalement avantageuse, surtout dans le cas où il n'y a pas d'héritiers directs, mais cela se ferait au détriment de la prévention ou du financement de la dépendance.

Une réforme plus ambitieuse serait la création pour les viages d'un *label* à dimension sociale qui accorderait des avantages fiscaux et autres (frais de notaire) aux institutionnels agréés : le portefeuille de biens de ces derniers devrait comporter une proportion minimale de logements modestes et/ou détenus par des catégories aux ressources limitées, pour lesquels serait accordé soit un taux d'intérêt plus faible, soit une table de mortalité plus avantageuse, débouchant sur une majoration du coefficient k . L'institutionnel pourrait se « rattraper » sur d'autres logements à plus fort potentiel et sur d'autres catégories plus aisées de la population.

L'État pourrait également intervenir directement en créant, par exemple sous l'égide de la Caisse des Dépôts, un fonds pour l'achat de viages sur des logements sociaux.

3. LE PRET VIAGER HYPOTHECAIRE

Les défauts du viager et la désaffection qu'il a subi dans les années 90 en France ont conduit à l'instauration en 2006 d'un prêt viager à la française inspiré par le *reverse mortgage* anglo-saxon. On peut parler d'une « importation » d'un produit qui correspond mieux *a priori* à l'idéologie dominante outre Atlantique : en l'absence d'une couverture généreuse des besoins des vieux jours, les retraités y sont incités à consommer leur patrimoine et, au besoin, encouragés à s'endetter sur ce dernier, quand bien même cela les transformerait en *Skiers*, pour *Spend your Kids Inheritance* ; le droit à l'héritage de l'enfant vient en second par rapport au libre choix des parents épargnants, pour lesquels le recours au crédit constitue un substitut légitime à l'absence d'une redistribution sociale aussi importante que dans notre pays.

3.1. Le prêt viager standard : un produit antifamilial et de coût élevé

Ce produit permet d'emprunter à la retraite sur son logement – dont on reste propriétaire occupant – en recevant un capital gagé sur la valeur du bien, utilisé donc comme collatéral. Au décès, la succession est amputée de la dette capitalisée à un taux d'intérêt

relativement élevé. C'est un prêt : plus on vit longtemps, et plus la dette cumulée augmente, et plus l'héritage des enfants est réduit.

Le prêt viager remédie à nombre de défauts du viager : la mort précoce diminue d'autant la dette à rembourser, et il n'y a pas d'aliénation de la propriété. Mais le produit souffre de deux handicaps majeurs.

Du côté de la demande, il constitue souvent un placement honteux, parfois caché aux enfants du fait de son caractère *antifamilial* : ces derniers ne toucheront de l'héritage attendu qu'un solde aléatoire, amputé par une dette qui augmente rapidement avec la durée de vie des parents¹⁴⁶. Il convient donc mieux à des ménages sans enfants.

Surtout, le produit n'a connu qu'un faible succès depuis une dizaine d'années : le stock actuel n'est que de 6 000 à 7000 prêts viagers, essentiellement au Crédit Foncier. Cette diffusion limitée est due à des coûts d'entrée importants et plus encore à un *taux d'intérêt élevé* (de près de 8 % jusqu'à récemment), qui s'explique lui-même par la nécessité pour la banque de se couvrir contre le risque que la dette accumulée dépasse la valeur du logement lors de la succession. La banque se couvre également contre ce risque en limitant la part que représente le montant de l'emprunt en fonction de la valeur du bien immobilier, part qui augmente avec l'âge.¹⁴⁷

Selon une récente communication privée, le taux d'intérêt pratiqué par le Crédit Foncier, qui exerce un monopole de fait, aurait été abaissé à 4,8%, ce qui changerait en partie la donne. Mais ceci prouve aussi, comme pour la vente en viager, la difficulté de disposer d'une information claire et transparente sur ces produits viagers, dont l'État devrait être le garant (tout en évitant de « fausser » la concurrence sur le marché).

3.2. Pour un prêt viager-dépendance rapide et réversible

Le prêt viager actuel pâtit pour l'emprunteur de deux maux : son caractère antifamilial et un taux d'intérêt trop élevé. Il ne peut se développer que dans les cas, idéalement, où d'une part, les enfants participent au choix d'une opération qui leur paraît acceptable, loin d'être une spoliation de l'héritage, et où d'autre part la durée de vie de l'emprunteur est limitée – ce qui diminue le risque pour la banque que la dette cumulée dépasse le prix de vente du bien et lui permet en retour d'offrir des taux moins élevés.

Le *prêt viager-dépendance* serait une solution possible, qui conviendrait notamment aux personnes âgées dotées d'un patrimoine immobilier significatif mais ne disposant que de revenus modestes. Il ne serait accordé qu'à une personne en dépendance avérée et certifiée (GIR 1 à 3 ?) pour financer les coûts élevés de cette dernière, soit que l'emprunteur désire rester chez lui, soit qu'il parte en institution : dans le premier cas, l'espérance de vie, beaucoup plus courte et mieux contrôlée, permettrait à la banque d'abaisser ses taux à moins de 4 % (communication là encore privée...) ; dans le second, le prêt viager pourrait servir de

¹⁴⁶ Gotman, 2010

¹⁴⁷ Il est vrai que pour une femme (ou un couple) de 65 ans, dont l'espérance de vie est d'une trentaine d'années ou plus, la dette cumulée, au bout de 30 ans, vaut en gros $(1,08)^{30}$ fois, soit déjà *dix* fois le montant du prêt...

prêt relai avant la vente du logement par la famille, selon un délai fixé à l'avance autorisant des taux d'intérêt encore plus bas.

Le produit tiendrait aussi compte du fait que l'emprunteur n'a le plus souvent qu'une propriété *partielle* du bien, qu'il partage avec son conjoint ou ses enfants : ajoutée au fait que la personne dépendante n'est plus vraiment en état de choisir seule, cette copropriété justifie d'autant plus que la décision difficile d'emprunter s'effectue elle-même de manière collective au sein de la famille – en évitant ainsi le caractère antifamilial du prêt viager traditionnel :

- Lorsque le dépendant est le conjoint survivant, la décision s'effectue entre lui-même et ses enfants, copropriétaires du bien : en cas de maintien à domicile, il peut être décidé que le prêt sera remboursé lors de la disparition du dépendant *ou* de son départ en institution, notamment dans le cas où la perte d'autonomie, trop lourde, rendrait prohibitif le coût du maintien à domicile (cette condition peut réduire le taux du prêt) ;

- Lorsque le dépendant est en couple, avec un conjoint en relative bonne santé, les choses sont un peu plus compliquées. Il n'est pas indiqué de faire porter le prêt viager sur le logement et le couple, puisque la banque n'offrira plus un taux d'intérêt avantageux (même si le conjoint est âgé) : le prêt ne doit porter que sur le parent dépendant et être plutôt gagé sur une résidence secondaire ou un bien à usage locatif, ou encore sur le logement... si jamais le conjoint a les moyens de quitter le logement commun au décès de l'emprunteur.

Au vu du certificat de santé produit, attestant la dépendance du parent âgé – présumée irréversible –, le prêt devrait pouvoir être accordé très rapidement par la banque, ce qui suppose que le produit soit suffisamment standardisé. Ce « PVH-dépendance » serait en outre réversible, permettant à la famille d'anticiper le remboursement de la dette accumulée au moment de la disparition du parent âgé (ou de son départ en EPHAD) si elle veut garder le bien immobilier.¹⁴⁸

N'intervenant qu'une fois le « sinistre » déclaré, ce prêt constituerait un excellent substitut à l'assurance privée dépendance pour les ménages peu séduits par ce produit, puisqu'il ne se heurterait pas aux mêmes problèmes de déni de la dépendance ou d'indexation de la rente offerte. Dans d'autres cas, il aurait plutôt un rôle complémentaire à cette assurance privée, dans la mesure où cette dernière ne couvre en général qu'une partie du reste à charge, notamment en institution.

Enfin, dans le cas où il finance les coûts de prise en charge en institution, ce prêt-dépendance peut être directement comparé à l'actuelle ASH. Sorte de « prêt-dépendance public », l'ASH prévoit, elle, une récupération de ces coûts *ex post* sur la succession ; elle n'est de ce fait pas très populaire auprès des familles, peut-être aussi parce qu'elle implique une mise à contribution des obligés alimentaires du vivant du bénéficiaire – ce qui n'est pas le cas du prêt-dépendance. Plus généralement, ce prêt est un choix actif de la famille, qui lui permet de garder la main (y compris dans l'usage au jour le jour du capital reçu) et de voir venir dans une situation de forte incertitude sur la durée et le coût de la dépendance du parent

¹⁴⁸ Les simulations de Bonnet *et al.* (2016) sur les données de l'enquête internationale SHARE montrent que le prêt viager peut bien aider les individus qui sont '*asset rich and cash poor*' à financer leur dépendance éventuelle mais n'apporte rien à une part significative de la population qui est '*asset and cash poor*'.

âgé, plutôt que de se voir imposer un paiement lors de son décès, comme une double peine simultanée. Bref, le prêt-dépendance permet de préserver l'avenir : d'ailleurs, rien n'empêche en théorie, si le montant emprunté ne suffit pas à payer le coût d'une dépendance particulièrement longue, de demander ultérieurement l'ASH...¹⁴⁹

Mentionnons ici que le nouveau prêt autonomie SOFIPAD, encore à l'état de projet, se rapprocherait beaucoup plus de l'ASH (sans obligation alimentaire). Il est examiné rapidement en annexe.

4. CONCLUSIONS

Les caractéristiques du risque de dépendance (lourde), soit une probabilité encore limitée à 65 ans mais des conséquences financières dramatiques, militent pour sa mutualisation, que celle-ci soit publique ou privée, obligatoire ou facultative dans des proportions variables. Les choix à effectuer dans ce domaine doivent cependant tenir compte d'un phénomène historique qui a des implications majeures en terme de croissance économique, d'égalité des chances et de rapports entre générations.

Le « circuit » des transferts intergénérationnels financiers, publics ascendants, et privés descendants, a vu en effet son importance *doubler en pourcentage du PIB* depuis une trentaine d'années dans notre pays : les transferts sociaux aux plus âgés (retraite, santé, dépendance) représentent ainsi une masse de près de 20% du PIB aujourd'hui, alors que le flux annuel des transmissions patrimoniales dépasse les 10% du PIB. Souvent sous-estimé, ce processus peut recevoir des réponses très différentes : diminuer fortement les prélèvements obligatoires tout en facilitant l'épargne (des jeunes générations) pour les vieux jours ; faire davantage contribuer le patrimoine des ménages (âgés) au financement de notre modèle social, trop assis sur le travail (Piketty) ; augmenter, mais de manière sélective, les droits de succession tout en offrant les « bonnes incitations » permettant éviter cette surtaxe successorale (Arrondel et Masson), etc.

Quoi qu'il en soit, ce gonflement considérable du circuit des transferts financiers par rapport à l'activité nationale doit être gardé à l'esprit lorsque l'on aborde le financement de la dépendance. Dans le cadre de cette note, qui traite de la contribution possible des produits viagers gagés sur le logement (vente en viager, prêt viager), c'est notamment à cette aune que doit être déterminé si l'objectif d'une diffusion à large échelle de ces produits est *souhaitable ou non*.

Nous nous sommes situés en aval de cette question en montrant que les formes traditionnelles de ces produits n'ont pas d'avenir prometteur et que les formes rénovées que nous avons proposées ne pourraient véritablement se développer sans des interventions fortes

¹⁴⁹ Cet argument, fondé sur la « préférence pour la flexibilité », n'a certes ici qu'une portée relative, puisqu'il dépend notamment de l'entente au sein de la famille et des rapports au parent dépendant. Mais il vaut beaucoup plus contre la vente du logement pour financer la dépendance en institution, qui constitue un choix irréversible, fait perdre au dépendant et aux siens tout espoir, même ténu et chimérique, de rémission, et ignore l'attachement symbolique au « bien de famille ».

(mais peu onéreuses) de la puissance publique pour structurer et réguler les marchés concernés. La codification des tables de mortalité dans le cas du viager constitue ainsi, sans surprise, un enjeu crucial. La complexité des produits ne doit pas non plus empêcher que les choix de l'épargnant, mieux informé, restent fondés sur des critères simples et compréhensibles. Enfin, le manque de connaissances statistiques et de transparence sur ces marchés viagers est patent : leur importance est mal connue, et l'information sur les caractéristiques des vendeurs en viager (existence et nombre d'enfants, revenus, catégorie sociale, niveau et composition du patrimoine, etc.), par exemple, demeure trop fragmentaire et dispersée pour permettre de cerner les gisements de clientèle.

Nous avons souligné que les fruits de la vente en viager et du prêt viager traditionnel, pouvaient être affectés à différents usages (remboursements de dettes, consommation des vieux jours, transmission précoce, etc.) autres que le financement complémentaire de la dépendance. Nous avons néanmoins proposé un nouveau prêt viager, ciblé sur la perte d'autonomie : ce dernier pourrait constituer soit un substitut efficace à l'assurance dépendance, dans la mesure où il n'intervient qu'une fois la dépendance (lourde) déclarée et dûment constatée, soit un complément bienvenu à cette assurance pour le financement du reste à charge dans le cas fréquent où l'assurance n'en offre qu'une couverture partielle.

Reste qu'une disponibilité accrue de ces produits viagers ne réduirait guère le rôle de l'État dans le cadre de la protection sociale. La perte d'autonomie frappe ainsi davantage les catégories modestes, moins souvent propriétaires ou détentrices de logement de moindre valeur, et donc peu concernées, *a priori*, par les produits proposés.

Références (* : non cité dans le texte)

Arrondel L. et A. Masson (2016), *Épargne et espérance de vie. Quels produits, quelle fiscalité ?*, Opinions & Débats, n° 14, Institut Louis Bachelier, 112 p.

Associés en Finance (2017), « Projet de création d'une Société de Financement pour l'Autonomie et la Dépendance (SOFIPAD). Système de garantie de financement de la dépendance », slides, sous embargo.

Bonnet C., Juin S. et A. Laferrère (2016), "Financing Long-Term Care Through Housing in Europe", mimeo, Ined.

* Bozio A., Gramain A. et C. Martin (avec A. Masson) (2016), « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Les notes du conseil d'analyse économique*, n° 35, 12 p.

* Drosso F. (2002), « La vente en viager, outil de gestion du risque vieillesse », *Revue française de sociologie*, 108, p. 24-32.

Gotman A. (2010), « Vers la fin de la transmission ? De l'usage du logement pour assurer ses vieux jours : le prêt à hypothèque inversée », *Sociologie*, 1, p. 141-159.

* Griffon C. (2008), *Les viagers immobiliers en France*, Les éditions des Journaux Officiels, Paris.

Masson A. (2010), « La vie pour l'épargnant ne se réduit pas à un exercice de calcul : 1. Les impasses des approches du cycle de vie standard et psycho-économiques », *Revue française d'économie*, XXV (1), p. 117-173 ; et : « La vie pour l'épargnant ne se réduit pas à un exercice de calcul : 2. Les apports d'une approche existentielle du cycle de vie », *Revue française d'économie*, XXV (2), p. 3-57.

Masson A. (2015), « L'épargnant propriétaire face à ses vieux jours : améliorer l'offre de produits viagers gagés sur le logement », *Revue française d'économie*, XXX (2), p. 129-177.

Masson A. (2016), « Vivre (très) vieux avec les moyens requis : quels produits viagers ? », *Revue d'économie financière*, 122, p. 193-204.

* Ogg J. (2012), « Le prêt viager hypothécaire », *Retraite et société*, n° 62, p. 167-173.

Piketty T. (2013), *Le capital au 21^e siècle*, Seuil, Paris.

Annexe à la contribution d'André Masson : le prêt autonomie SOFIPAD

Le prêt autonomie en question, qui repose sur la création de la SOFIPAD (pour Société de Financement pour l'Autonomie et la Dépendance) est encore à l'état d'ébauche et sous embargo. Son mécanisme, relativement complexe, suit néanmoins un processus proche de celui du prêt viager-dépendance. Ce prêt autonomie veut assurer « au dépendant un revenu complémentaire garanti par son bien immobilier et assuré jusqu'à la fin de sa vie ». Il repose sur un partenariat public privé (PPP) adossé sur les institutions locales concernées (APA) : la banque supporte le risque immobilier, la SOFIPAD le risque de longévité, en particulier si la vente du bien au décès de l'assuré est inférieure à la valeur du prêt ; l'un des objectifs explicites est de diminuer ou contenir les dépenses de l'APA, en forte hausse, en promouvant un financement privé de la dépendance qui couvre en même temps les restes à charge.

La philosophie est bien différente de celle du PVH-dépendance. Ce dernier s'inscrit dans une logique « libérale » et s'appuie sur un produit déjà estampillé sur les marchés : le dépendant et sa famille gardent une certaine liberté dans l'affectation du *capital* reçu. Le prêt SOFIPAD a une dimension publique plus affirmée, mais surtout il est complètement « verrouillé » : le dépendant « perçoit » (indirectement) un *revenu* contrôlé tout du long par son état de dépendance, les sommes prêtées par la banque étant intégralement fléchées. Bref, le dépendant et sa famille perdent la main – y compris peut-être dans le choix entre maintien à domicile et départ en établissement –, et les enfants ou le conjoint copropriétaires n'ont plus de prise sur l'évolution de l'actif net immobilier. En revanche, hors le montant de l'emprunt, la famille bénéficie d'une « assurance tout risque ».

Le prêt SOFIPAD s'apparente donc davantage à un recours sur succession dans le cadre d'une solidarité publique locale et propose finalement une sorte d'extension de l'ASH au cas du maintien à domicile, dont le prolongement est fortement encouragé dans ce projet.

Un des enjeux est de savoir quel produit aurait la meilleure diffusion. Quelle demande potentielle des ménages dans chaque cas ? S'agissant de la banque, les taux d'intérêt proposés sont comparables pour les deux prêts (de l'ordre de 3,5% ?), même si, pour le PVH-dépendance, la banque doit prendre à sa charge le risque de dépassement (quand la dette cumulée est supérieure à la valeur de vente du bien immobilier). Il faudrait aussi avoir une idée des coûts d'entrée de chaque prêt, qui peuvent être élevés.

Il est difficile d'aller plus loin dans l'analyse du projet SOFIPAD sans disposer de précisions supplémentaires concernant, par exemple, les conditions de financement de la SOFIPAD et, plus encore, le partage des décisions et des responsabilités entre cet organisme et la banque prêteuse.

Annexe 9 – Contribution Associés en Finance : le Prêt immobilier dépendance



Le Prêt Immobilier Dépendance

Ce dispositif vise à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie un prêt (*Prêt Immobilier Dépendance*) au moment de leur entrée en dépendance, sans besoin d'anticiper cette situation, afin de leur assurer un revenu complémentaire pour financer les besoins liés à cette dépendance. Le prêt est garanti par le bien immobilier dont est propriétaire le souscripteur et est calibré en fonction du niveau de dépendance et de l'espérance de vie correspondante. La banque qui octroie le prêt gère le risque immobilier et un fonds de garantie dédié (la SOFIPAD) prend à sa charge le risque de longévité, géré par mutualisation.

L'objectif du Prêt Immobilier Dépendance est de compléter les dispositifs existants d'aide à la dépendance. Il permet de :

- Couvrir tout ou partie du reste à charge en favorisant le maintien à domicile (une première mensualité significative permet la réalisation des travaux d'aménagement), mais également en cas de passage en établissement ;
- Assurer le maintien du conjoint survivant dans sa résidence principale ;
- Contenir la progression du coût de l'APA pour les collectivités locales ;
- Créer un mécanisme de solidarité pour ceux qui ne disposent pas d'un bien immobilier suffisant et mutualiser le risque de longévité entre les souscripteurs ;
- S'assurer du développement d'une offre bancaire à un taux attractif pour le souscripteur grâce à l'intermédiation de la SOFIPAD.

Le dispositif a l'avantage de la simplicité pour l'entrant en dépendance et sa famille, puisqu'il se met en place conjointement à la demande d'APA et évolue automatiquement avec le niveau de dépendance. En pratique, le Prêt Immobilier Dépendance est distribué par les banques : le bénéficiaire, muni de son dossier « APA », fait sa demande de prêt auprès d'une banque qui évalue le risque immobilier et estime le pourcentage de la valeur du bien qui servira à dimensionner le prêt. Après avoir analysé la situation du dépendant (espérance de vie, perspective d'évolution de la dépendance, plan d'aide, montant d'APA, etc.), la banque sollicite la garantie SOFIPAD qui prend en charge le risque de longévité sur la base de l'ensemble des éléments transmis par la banque, certifiés conformes par le conseil départemental. On pourrait ainsi envisager que le dossier APA du bénéficiaire contienne un feuillet Prêt Immobilier Dépendance afin de faciliter le processus administratif. Une somme initiale permettant d'effectuer des aménagements du logement peut être débloquée à la mise en place du prêt et le versement des mensualités, assuré par la banque, se poursuit jusqu'au décès du dépendant.

Différentes options sont envisageables pour la fixation du montant de la mensualité : une première option serait d'attribuer un montant forfaitaire dépendant uniquement du GIR du souscripteur (évalué par exemple dans la cadre de l'APA) et de la valeur de son bien immobilier. Une seconde option consisterait à accorder un prêt personnalisé, négocié entre la banque et le souscripteur, fonction des besoins de prise en charge, des ressources du dépendant et du reste à charge. Dans les deux cas, les mensualités s'ajustent selon un schéma prédéterminé, en fonction de l'évolution de la dépendance, qui est évaluée par une équipe médico-sociale départementale. Au décès, seuls les montants effectivement versés sont à rembourser. Cette souplesse bénéficie non seulement à la personne dépendante mais également à son conjoint et à ses héritiers, qui remboursent un montant

moindre en cas de décès prématuré. Il est à noter que le dépendant conserve l'usufruit et la nue-propriété du logement.

Au décès, le remboursement de la somme empruntée s'effectue par l'intermédiaire de la vente du bien immobilier ou par les héritiers si ceux-ci souhaitent conserver la propriété du logement. Si la valeur du prêt n'est pas intégralement couverte par la vente du bien, la SOFIPAD prend en charge l'intégralité des pertes au-dessus du seuil de risque immobilier défini par la banque, en remboursant en lieu et place du souscripteur et de ses héritiers.

Le dispositif est adaptable aux couples, le conjoint étant assuré de pouvoir rester à son domicile lorsque / si le dépendant part en établissement, mais également jusqu'à son décès s'il est dans une situation de conjoint survivant. Au décès du dépendant, les mensualités s'arrêtent et les montants déjà versés sont capitalisés jusqu'au décès de son conjoint. Notons qu'il est également possible pour le conjoint survivant de rembourser le prêt au décès du dépendant.

La garantie apportée sur le Prêt Immobilier Dépendance repose sur la création d'un fonds de garantie, dont les principaux actionnaires seraient les collectivités territoriales et certains acteurs institutionnels (la Caisse des Dépôt, par exemple). Cette société de financement pour l'autonomie et la dépendance (SOFIPAD sur le modèle BDPME / OSEO) sera financée par un pourcentage des prêts : la banque lui reverse un pourcentage de la valeur de l'emprunt en échange de sa garantie, égal à 0,2 % du montant du prêt par année de vie du dépendant dans sa conception actuelle. Ces sommes permettront au fonds de garantie de financer les remboursements en compensation du risque de longévité. Dotée au départ de 50 millions d'euros, la SOFIPAD sera ensuite non seulement autofinancée, mais l'accumulation d'un pourcentage des prêts lui permettra de garantir plus largement les moins favorisés.

Notons que le mécanisme ne s'apparente pas à une aide sociale avec recours sur succession, la SOFIPAD n'ayant aucun droit sur les actifs du souscripteur : la garantie qu'elle octroie est financée par un prélèvement sur le prêt, qui lui est versé au débouclage de chaque opération.

Afin d'illustrer ce mécanisme, nous pouvons prendre l'exemple d'une femme âgée de 84 ans vivant seule, qui devient dépendante de niveau GIR 4, avec une résidence principale d'une valeur de 150 000 €. Cet exemple est représentatif des personnes ciblées par le dispositif, puisque 75% des bénéficiaires de l'APA sont des femmes et 89% des femmes bénéficiaires de l'APA vivent seules. Son espérance de vie lors de l'entrée en dépendance est dans notre exemple estimé à 5 ans.

La banque accorde un prêt à un taux d'intérêt de 3,5% et calibre le seuil de risque bancaire à 70% de la valeur du bien immobilier, soit 105 000 €. Lors de sa demande de prêt, cette personne émet le souhait d'obtenir un déblocage initial de 8 000 € afin de réaliser certains travaux dans son logement.

A partir de ces différents paramètres (valeur du bien immobilier mis en garantie, sexe de la personne dépendante, déblocage initial, etc.) et des besoins associés à chaque niveau de GIR, les mensualités reçues par la dépendante sont déterminées : elle recevra 203 € par mois en GIR 4, 471 € en GIR 3, 914 € en GIR 2 et 1 392 € en GIR 1. Ces versements seront effectués mensuellement par la banque.

Au décès de la dépendante, le bilan de la valeur de l'emprunt et de la valeur du bien immobilier est effectué. Supposons que la dépendante décède au bout de 5 ans, avec une valeur de l'emprunt à échéance de 60 976 € et un bien immobilier qui vaut toujours 150 000 €. La valeur du bien immobilier étant supérieur à la valeur du prêt, l'emprunt est remboursé par les héritiers ou par la vente du bien. Aucune perte n'est supportée ni par la banque ni par la SOFIPAD. La banque reverse le coût de la garantie à la SOFIPAD, soit 610 € dans ce cas précis (0,2% de la valeur du prêt à échéance multiplié par le nombre d'années de vie du dépendant).

L'exemple ci-dessus correspond selon notre modèle à 97% des cas. La garantie SOFIPAD n'est actionnée que dans moins de 3% des cas. Ainsi, dans un cas extrême où la personne dépendante

vivrait 13 ans et où le bien immobilier perdrait 30% de sa valeur, la SOFIPAD compenserait la banque à hauteur de 42 000 €.

Enfin, nous pouvons anticiper que si les progrès de la médecine permettaient aux personnes dépendantes de vivre plus longtemps, le taux de prélèvement par la SOFIPAD serait légèrement augmenté, par exemple de 0,2% à 0,3% de la valeur du prêt par année de vie du dépendant, sans que cela n'influence l'efficacité du dispositif.

Annexe 10– Scénario n°3 : Un système fondé sur une assurance privée universelle de haut niveau réduisant très significativement à terme la dépense publique

Dans le rapport de 2001¹⁵⁰ a été étudié un schéma d'assurance dépendance universelle au premier euro à partir d'une analyse de la politique adoptée à Singapour et d'éléments sur la transposition d'un schéma de ce type en France.

Nous reprenons ci-dessous la partie correspondante du rapport.

4.1. Un système d'assurance universelle, obligatoire et en capitalisation peut en théorie se substituer à la dépense publique

Le système étudié repose sur plusieurs principes :

- l'assurance a vocation à se substituer aux prestations publiques destinées aux personnes âgées dépendantes (ou à une partie très substantielle de ces prestations). Ces personnes seraient à l'avenir protégées par une rente, servie par leur assureur, qui serait d'un montant suffisant pour garantir des prestations de qualité. Le système étudié se place donc **dans une logique de substitution de l'assurance à la dépense publique, et non de complément à l'aide publique**, comme c'est le cas avec les contrats actuels ;
- le système venant en substitution des prestations publiques, il a pour vocation de couvrir l'ensemble de la population. **Il s'agit donc un système universel** (et, dans certaines hypothèses, obligatoire), à la différence des couvertures actuelles. Tout le monde est ainsi appelé à cotiser entre un âge plancher de souscription (l'âge de 40 ou 50 ans est fréquemment évoqué), et un âge maximal à l'adhésion (souvent 70 ans) ;
- il repose sur des mécanismes d'assurance, permettant à la fois de jouer sur le facteur temps (avec des règles de provisionnement) et sur la mutualisation des risques sans mettre à l'épreuve la solidarité inter-générationnelle comme dans les régimes par répartition.

Il pourrait s'articuler de la façon suivante :

- les personnes rentrant dans le système assurantiel (les 50-69 ans par exemple, ou les 40-69 ans) sont couvertes immédiatement avec une rente garantie quelle que soit leur durée effective de cotisation ;
- la cotisation dépend de l'âge d'entrée dans le système assurantiel ; elle est viagère (jusqu'à l'entrée en dépendance ou le décès) ;
- comme la cotisation ne tient normalement pas compte du revenu, il est possible – sans qu'il s'agisse toutefois d'une contrainte catégorique – d'aider les ménages les plus modestes par un système d'aide à la souscription avec l'attribution d'un « voucher » (comme c'est le cas pour les complémentaires-maladie avec l'ACS) ;
- les personnes ayant lors de la mise en route du système plus de 70 ans, et qui deviendront dépendantes, ainsi que les personnes déjà dépendantes qui n'ont pas cotisé¹⁵¹ continueront à bénéficier des prestations publiques actuelles. Celles-ci resteraient en effet en vigueur pour ces deux populations.

Ce système emporte trois conséquences :

¹⁵⁰ Fragonard, 2011

¹⁵¹ En effet, ces personnes auront au lancement du système soit un âge supérieur à l'âge plafond d'adhésion, soit auront déjà commencé à bénéficier de ces prestations.

- une couverture universelle pérenne, qui commence avec la génération de transition¹⁵², est créée. À terme, l'ensemble de la population sera couvert par le système ;
- une montée en charge de l'assurance privée permettra de diminuer progressivement les dépenses publiques de dépendance. Cependant, l'économie maximale pour les finances publiques n'est obtenue qu'au terme de la montée en charge du système ; la date de basculement est celle où l'économie d'aides publiques dépasse les aides à la souscription, que l'on estime à environ 10 ans après la mise en place du système ;
- à terme, les dépenses publiques consacrées à la dépendance doivent largement diminuer ; celles-ci ne seraient plus sollicitées, à l'exception des aides à la souscription. La valeur actualisée nette des économies générées à long terme, ainsi que la « charge évitée⁹⁹¹⁵³ » atteindrait plusieurs dizaines de milliards d'euros, et l'éviction des dépenses publiques de dépendance conduirait à une baisse des prélèvements obligatoires. On peut estimer que le nouveau système, s'il était lancé maintenant, permettrait d'absorber le choc financier que représentera l'entrée en dépendance des générations « baby-boom ».

4.2. Un dispositif s'inspirant de ce modèle a été étudié pour la France

Le dispositif étudié par le groupe est bâti sur des hypothèses conventionnelles, et ne constitue pas un schéma « clés en mains » dans la mesure où bon nombre de paramètres (âge d'entrée, montants des garanties, montants des aides à la souscription et plafond de revenus pour en bénéficier...) peuvent être modifiés sans affecter la cohérence du système.

4.2.1. L'assurance-dépendance a une vocation universelle

Un ensemble de contraintes doit contribuer à un très haut degré d'adhésion :

- les personnes modestes sont aidées pour la souscription du contrat ;
- les personnes qui ne souscrivent pas dans le délai ouvert (par exemple trois mois après l'âge d'adhésion) sont pénalisées ;
 - o elles seront soumises à une sélection médicale avec le risque de payer une cotisation supérieure (surprime si présence d'un risque aggravé), voire d'être refusées ;
 - o plus leur âge d'entrée sera élevé, plus leur cotisation sera élevée ;
 - o elles n'auront pas droit à l'aide au paiement des cotisations ;
 - o le moment venu, l'aide publique qui leur sera attribuée pourrait faire l'objet d'une récupération sur succession.

Toutefois, on peut noter les éléments suivants :

- le taux de non adhésion à Singapour a constamment diminué pour s'établir actuellement à 6% d'une classe d'âge (les nouvelles générations de 40 ans entrant dans le système) ;
- si la généralisation (quasi) totale de l'assurance est au rendez-vous, le système permet de supprimer la sélection médicale et les délais de carence, ce qui est un élément positif.

Des membres du groupe ont considéré que dans la logique d'un système qui se substitue au dispositif public actuel, l'assurance devrait être obligatoire. Il conviendrait alors déterminer les sanctions et les voies de recouvrement qui viendraient concrétiser le principe de l'obligation.

4.2.2. Dans le scénario central, une cotisation de 33 € par mois souscrite à 50 ans ouvrirait droit à une rente comprise entre 300 et 700 €

Le champ des cotisants est défini par deux âges :

¹⁵² Initialement les 40-69 ans ou les 50-69, puis l'entrée d'une nouvelle génération chaque année.

¹⁵³ La « charge évitée » est le supplément de garanties par rapport au système public actuel

- l'âge d'entrée dans le régime universel :
 - o plus il est bas, plus la cotisation est faible, ce qui peut faciliter la diffusion du produit ;
 - o à l'inverse, une cotisation à un âge plus avancé correspondrait à une époque de la vie où le risque de dépendance est mieux perçu. La cotisation est certes plus forte, mais sans être trop lourde, et la « proximité du risque » faciliterait l'adhésion ;
 - o dans le scénario « central » étudié, l'âge de 50 ans a été retenu. Mais on peut également simuler une entrée plus précoce (à 40 voire 30 ans).
- l'âge maximum de souscription, qui est souvent présenté comme consubstantiel au projet d'assurance universelle :
 - o d'une part, il permet de limiter le risque de couverture de personnes qui seraient déjà dépendantes ou proches de l'état de dépendance
 - o d'autre part, il permet de limiter le niveau des cotisations (il serait en effet plus élevé en raison de l'âge élevé de souscription) ;
 - o dans le scénario central, l'âge de 69 ans a été retenu¹⁵⁴.

Pour sa part, la cotisation :

- est librement fixée par l'assureur ;
- dépend de l'âge à la souscription du cotisant, et croît selon l'âge à la souscription ;
- pourrait augmenter au fil des années pour équilibrer le risque, mais un système de pilotage avec différents types de provisions est systématiquement mis en place sur chaque contrat afin d'anticiper toute déviation du risque et afin de constituer des réserves suffisantes pour faire face aux engagements futurs ;
- est indépendante du revenu ;
- est proportionnelle au montant de la rente payée en cas de dépendance.

Dans le scénario central étudié¹⁵⁵, la cotisation pour une personne souscrivant à l'âge de 50 ans pourrait s'élever à 33 € par mois.

4.2.3. Le taux d'effort des ménages pourrait être réduit par une aide publique

Le niveau de cotisation pour un cotisant âgé de 50 ans est, dans le scénario central, assez significatif pour les personnes les plus modestes. Celles-ci pourraient alors soit renoncer à l'assurance (ce qui est contraire à l'objectif d'universalisation recherchée), soit supporter un taux d'effort abusivement élevé.

De ce fait, une aide à la souscription pourrait se justifier ; elle varierait, pour un niveau de rente donné, avec le revenu et, le cas échéant, serait croissante selon l'âge à la souscription. Il faut donc définir :

- l'ampleur de la population couverte par l'aide ;
- le profil de l'aide (un montant uniforme au dessous d'un plafond de revenu ou un montant diminuant de façon linéaire avec le revenu) et croissant selon l'âge de souscription.

Dans le scénario central étudié, on a envisagé une aide accordée aux cotisants ayant moins de 1500 € par mois de revenu, soit 45% de la population cotisante, dont le montant varierait avec l'âge à la souscription. L'aide serait par exemple de 210 € à 50 ans (+6 € par année supplémentaire). Dans une hypothèse plus basse, on garderait les mêmes choix pour une valeur de départ de 105 € (progressant de 3 € par année supplémentaire).

Selon le membre du groupe qui a porté ce schéma, la dépense publique serait respectivement de 1,5 Md€, et de 750 M€ dans l'hypothèse basse. Elle couvrirait 29% et 19% des cotisations (estimées à 7,8 Md€).

Dans un tel schéma, il convient de relever :

¹⁵⁴ Cet âge pourrait très bien être fixé à 75 ans sans que le projet soit dénaturé.

¹⁵⁵ Les bornes d'âge retenues sont donc 50-69 ans, avec une rente moyenne de l'ordre de :

- 700 € par mois en GIR 1 ou 2 ;
- 475 € par mois en GIR 3 ;
- 300 € par mois en GIR 4.

- qu'il s'agit d'une aide pérenne, qui a vocation à subsister même en régime de croisière ;
- **que dans la phase de montée en charge de la réforme, les dépenses publiques sont donc également dans une première phase en augmentation par rapport au système actuel**, puisqu'il faut à la fois supporter les dépenses pour les seniors non couverts par l'assurance et l'aide à la souscription des contrats, mais en très nette décroissance à peine dix ans après la mise en place. Les économies générées en termes de finances publiques sont très significatives (plusieurs dizaines de milliards d'euros).
Elles permettent de maintenir et d'assurer la pérennité du système pour toutes les générations, et notamment de maintenir les prestations actuelles pour les plus de 70 ans.

4.3. Le système conduit les assureurs à verser des rentes libératoires, dont le niveau doit être conséquent

4.3.1. Dans les schémas les plus couramment analysés, l'assureur octroie une rente de caractère libératoire, que le rentier utilise comme il souhaite

Dans le système étudié, la rente possède un caractère libératoire, ce qui assure une liberté de choix à la personne dépendante ou à sa famille :

- choix de rester à domicile ou aller en institution (rente identique) ;
- choix de percevoir une partie (ou la totalité en numéraire) et une partie sous forme de services (ou la totalité de la rente peut être convertie en services).

Pour sa part, le groupe a marqué à plusieurs reprises son attachement à une prestation affectée, qui dans les faits est si souvent « fléchée » vers des opérateurs prescrits qu'on pourrait parler de prestation en nature. Certes, il est possible d'envisager que les assureurs associent des services au versement de la rente pour accompagner les personnes dépendantes (définition et suivi d'un plan d'aide, assistance et conseil...). Il faudrait cependant mesurer la crédibilité d'une telle implication, les contraintes qu'elle impliquerait, les coûts qu'elle engendrerait et les procédures de contrôle de son effectivité.

4.3.2. Comme l'assurance a vocation à se substituer aux aides publiques, la rente servie doit être d'un montant conséquent

Dans le scénario central, on a choisi une rente :

- couvrant tous les GIR 1 à 4 (alors que dans les contrats actuels on est plutôt en GIR 1 et 2) ;
- variant avec le GIR ;
- supérieure à l'APA moyenne actuelle (700 € en GIR 1 et 2 ; 475 € en GIR 3 et 300 € en GIR 4) ; on ne pourrait pas souscrire pour des montants de rente plus faibles.

Ce scénario est en revanche contestable, dans la mesure où le niveau de rente serait inférieur à l'aide publique actuellement accordée aux dépendants les plus modestes (qui peut, par exemple, atteindre le niveau du plafond actuel¹⁵⁶ de l'APA à domicile, et quelques centaines d'euros par mois au titre de l'ASH en sus de l'APA). Une telle option aurait pour conséquence :

- soit une régression de l'aide ;
- soit l'octroi d'une prestation publique sous condition de revenu, en sus de la rente.

Certes, le montant des rentes pourrait être augmenté, et atteindre notamment les plafonds actuels (et envisagés) de l'APA à domicile (soit 1 200 € en GIR 1 et 2, 800 € en GIR 3 et 500 € en GIR 4). Toutefois, cela impliquerait bien entendu un accroissement très marqué de la cotisation, car on généraliserait alors à l'ensemble des personnes dépendantes le niveau actuel de l'aide attribuée aux plus modestes¹⁵⁷. Un tel scénario correspondrait ainsi à une hausse des garanties de 70% par rapport au scénario central retenu ici ; les dépenses publiques s'élèveraient alors à 2,5 Md€.

¹⁵⁶ On a indiqué dans le premier scénario qu'on pouvait envisager une augmentation des plafonds actuels.

¹⁵⁷ Ce scénario permettrait ainsi d'offrir une rente supérieure à celle existant actuellement à l'ensemble des Français

4.3.3. Des méthodes permettraient de garantir en partie la valeur des rentes

Il s'écoule plusieurs dizaines d'années entre la souscription (40 ou 50 ans dans les scénarios les plus souvent évoqués) et l'entrée en dépendance (près de 85 ans).

Certains membres du groupe considèrent qu'il s'agit d'une faiblesse des systèmes d'assurance de n'afficher comme indications de long terme que le montant nominal de la rente et souvent le principe d'une revalorisation « en fonction des résultats du risque », assez peu explicite.

Les tenants du système d'assurance ici étudié objectent les éléments suivants :

_ alors qu'une rente privée offre, au moins, la garantie nominale de la rente, l'État peut, pour sa part, modifier les paramètres de l'aide publique avec pour conséquence une baisse de la prestation¹⁵⁸, comme cela a été le cas en mars 2002. Le système public n'offrirait ainsi aucune sécurité de long terme ;

_ les contrats prévoient tous une revalorisation des rentes, le plus souvent « en fonction des résultats de la gestion du risque ». Par le passé, les revalorisations servies ont été proches de l'inflation.

Pour les contrats facultatifs et complétifs qui prévoient des revalorisations des rentes, les niveaux de revalorisation se sont en effet révélés *ex post* proches de l'inflation. Néanmoins, il convient de s'interroger sur le caractère satisfaisant d'une telle situation pour un dispositif substitutif et (quasi) obligatoire, d'autant plus qu'en matière de dépendance le prix des prestations évolue comme les salaires, et non comme l'inflation. Certes la personne dépendante n'a actuellement aucune garantie sur la valeur de l'aide publique. Mais il se trouve que l'État a toujours eu, y compris sur des dossiers difficiles comme la gestion des retraites, le souci d'une grande continuité dans la protection sociale et que les gens qui ont une vraie confiance dans le « pacte social » sont fondés à le faire.

Quoi qu'il en soit, si on veut fonder, sur un sujet aussi sensible, une nouvelle politique sur un schéma aussi novateur – et « perturbateur » - que celui étudié ici, il conviendra vraisemblablement d'améliorer la visibilité et la crédibilité de certaines de ses options. De ce fait, une variante du précédent scénario a été étudiée, avec l'hypothèse que la rente serait indexée sur un taux de 1,8% par an, progression qui pourrait venir en sus de la revalorisation « en fonction des résultats du risque ». Cette indexation se traduit bien évidemment par une augmentation très sensible de la cotisation (+40 % pour une personne souscrivant à 50 ans), mais elle offre une sécurité appréciable puisque la valeur de la rente évoluera plus vite que l'inflation¹⁵⁹.

D'autres mesures de protection de la valeur des rentes sont envisageables, comme l'enseigne le cas de Singapour ; dans cet État, qui a mis en place un système proche de celui étudié, il a été convenu d'organiser un « rendez-vous » tous les cinq ans, afin de recalibrer les paramètres du régime d'assurance. Cette piste mériterait d'être étudiée dans le cas français.

¹⁵⁸ Par exemple, un gel des plafonds de l'APA, un durcissement de la condition de ressources, une modification du ticket modérateur etc...

¹⁵⁹ Sous hypothèse que les niveaux d'inflation actuels se maintiennent.

Annexe 11– Contribution de la Mutualité Française - Capacité de financement des ménages

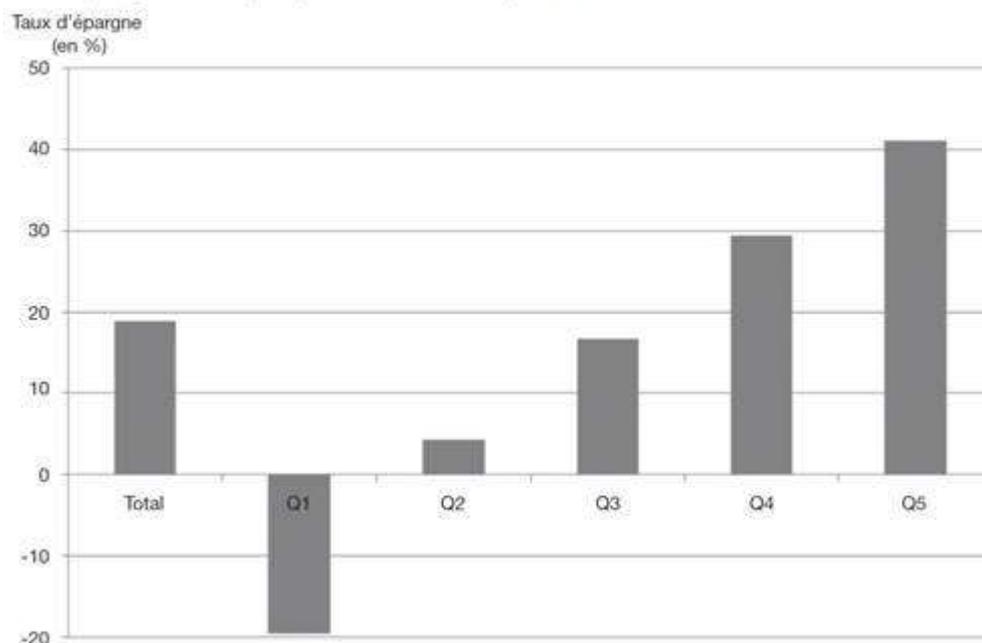
Les RAC importants sont régulièrement soulignés comme une motivation au développement d'une offre assurantielle en matière de dépendance.

Toutefois, une analyse succincte de la capacité financière de la population à épargner en vue de financer, de façon privée, une telle couverture, apporte un éclairage important et nécessaire pour éviter de s'orienter vers de fausses « bonnes pistes ».

Il s'avère que selon les derniers chiffres disponibles de l'INSEE (étude 2014¹⁶⁰), les 40% de la population aux plus faibles revenus (médiane inférieure à 23700€ annuel) ont une très faible capacité d'épargne (voire négative pour le premier quintile) :

- Selon le graphique ci-dessous, la moitié des ménages appartenant au premier quintile de revenu ont désépargné plus de 19,5 % de leurs revenus annuels.
- Selon le graphique ci-dessous, la moitié des ménages appartenant aux deux premiers quintiles de revenu ont épargné moins de 4.3 % de leurs revenus annuels (soit un maximum de 1020€ annuel)
-

Graphique II
Taux d'épargne médian par quintile de revenu disponible



Note : revenu disponible (euros) : p20 = 16 600, p40 = 23 700, p60 = 32 800, p80 = 45 700.

Source : Garbinti et Lamarche (2014), « Les hauts revenus épargnent-ils davantage ? », Economie et Statistique 472-473 : 49-64.

De façon évidente, les personnes appartenant à ces deux premiers quintiles ne seront pas à même de financer leur situation de dépendance, ni par leur épargne, ni par leurs revenus (ils auront déjà des difficultés à financer un complément de retraite probablement nécessaire) : le

¹⁶⁰ Garbinti et Lamarche (2014), « Les hauts revenus épargnent-ils davantage ? », Economie et Statistique 472-473 : 49-64.

coût d'un contrat d'assurance dépendance, souscrit sur base individuelle pour une rente de 1000€ par mois (à comparer au RAC probable après aide publique), représente a priori, en garantie viagère, un effort financier de l'ordre de [800,1100]€ par an à mettre en face de leur capacité d'épargne et de revenu....

A l'inverse, les personnes du quintile supérieur disposent d'une forte capacité d'épargne et de patrimoine qui les mettent à l'abri de tout besoin. Pour eux l'utilité d'une couverture sous forme de rente viagère est discutable (ils sont plus intéressés, a priori, à disposer le moment venu d'une offre de service permettant notamment de libérer leurs proches, potentiels aidants).

Le projet de rapport mentionne : « Dans ce cadre de contrats suffisamment « protecteurs », on pourrait envisager des incitations fiscales, permettant de favoriser le développement des contrats d'assurance-vie, par analogie avec les dispositifs d'épargne retraite, type PERP ou Madelin ». Lorsqu'environ 50% des français (dont les plus fragiles financièrement) ne paient pas d'impôts sur le revenu, est-il pertinent d'avoir recours à un instrument fiscal qui favorise surtout les populations les plus aisées (Cf. développement du PERP par rapport à la cible initiale « populaire ») ? N'y a-t-il pas, comme pour le PERP, risque de mévente ?

C'est pourquoi, dans le projet de rapport, il semblerait judicieux de préciser que l'offre d'assurance en garantie viagère, en l'état, n'a a priori pour cible qu'un quartile de la population... (entre le troisième et quatrième quintile), ce qui explique aussi son faible développement... Il conviendrait sans doute de développer l'argumentaire au regard de cet écueil fondamental...

Annexe 12 - Contribution de la CFDT sur le rapport provisoire de la commission chargée d'examiner le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie



Paris, le 28 juin 2017

En qualité de membre du HCFEA, la CFDT Retraités a participé à cette commission sous la présidence de M. Bertrand Fragonard, Président de la formation Age.

La CFDT Retraités considère que des financements publics complémentaires sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des plans d'accompagnement individualisés mis en œuvre par l'APA. Dans ce cadre, la CFDT rappelle que le financement de la perte d'autonomie pourrait être couverte par la CSG afin d'en assurer une prise en charge universelle et solidaire.

Les propositions de liquéfaction du patrimoine immobilier comme financement complémentaire de la perte d'autonomie, tout comme le prêt viager dépendance. Elles posent la question des inégalités déjà effectives entre les personnes concernées par le risque dépendance.

Comme l'indique le rapport, la mobilisation du patrimoine immobilier dans le financement du coût de la prise en charge de la perte d'autonomie peut être une source de financement supplémentaire pour les personnes concernées. Mais elle ne peut en aucun cas être une alternative au modèle assurantiel public ou privé ou à l'aide sociale.

Envisager une assurance complémentaire

Le sujet de l'assurance complémentaire ne peut s'envisager que si l'ensemble des propositions faites dans un cadre de solidarité sont appliquées afin de consolider le financement public comme l'élargissement de la CSA aux professionnels non-salariés.

L'intervention d'organismes complémentaires n'est cependant pas forcément à exclure à terme, dès lors que se développerait un partenariat entre eux et le régime public en vue de réguler ce nouveau champ de protection sociale.

Il faut, en effet, éviter de reproduire les mêmes inégalités qu'en santé complémentaire. C'est pourquoi un cadre interprofessionnel doit être mis en place. Il doit permettre la mutualisation du financement, la portabilité des droits au cours du parcours professionnel, quels que soient ses aléas. Il doit proposer un panier de services qui contribue aux objectifs de prévention, de qualité des prestations et de coordination des acteurs.

L'intervention éventuelle de compléments assurantiels doit se faire en conformité avec les objectifs de solidarité, de non sélection des risques, de qualité des prestations, de maîtrise des coûts et d'accès universel.

Annexe 13 – Commentaires des fédérations et associations représentant les retraités et personnes âgées

Les choix de financement de la perte d'autonomie Prendre en compte les attentes des usagers

HCFEA, collègue âge : Projet de rapport de la Commission spécialisée sur les financements privés

Le rapport qui nous est soumis (version 19 juin) exprime les travaux de la Commission qui s'est réunie avec les membres volontaires durant le 2^{ème} trimestre 2017. Il fait le point sur l'état de l'offre d'assurance dépendance et examine les raisons de sa faible diffusion. Une deuxième partie très nourrie fait le point sur les scénarios envisageables de recours aux financements privés, qu'il s'agisse de la meilleure régulation des assurances privées ou d'autres modalités de mobilisation de l'épargne.

Concernant le diagnostic, les fédérations et associations représentatives des personnes âgées et retraitées ne peuvent que faire le constat du faible développement dans notre système des produits d'assurances dédiés au financement des restes à charge des personnes dépendantes après intervention des aides publiques. Les raisons « techniques » déjà longuement exposées dans des articles, rapports et enquêtes précédentes sont à nouveau rapportées avec acuité et pertinence : absence de transparence sur les modalités contractuelles, conditions de revalorisation des cotisations et des rentes au détriment des souscripteurs, fort taux d'abandon, conditions de sélection médicale, délais de carence et de franchise, pas de transférabilité et des financements « à fonds perdus » ; enfin, pour couronner le tout, des conditions d'admission aux prestations variables, revendiquées par les opérateurs, le plus souvent différentes des celles des aides publiques. Toute la panoplie de la méfiance, de l'aversion, de l'incompréhension semble concentrée dans ces offres.

Pourtant cette analyse du faible développement du marché s'appuie aussi sur un faisceau d'indices « du côté de la demande individuelle » : il y aurait myopie, déni, aversion au risque, manque d'intérêt etc... Cette analyse, confortée d'années en années par les meilleurs experts de l'économie de l'assurance gagnerait à s'intéresser aux paroles et aux attentes des usagers. Les quelques baromètres disponibles (DREES d'une part, OCIRP/LCP/Le Monde d'autre part) montrent avec constance que :

- Pour 77% des personnes interrogées, la perte d'autonomie est perçue comme un sujet important ou primordial (OCIRP) et cette tendance est stable ; même si le risque peut sembler lointain, les aidants, à travers des proches en ont souvent une connaissance intime.
- Près de 80% également estime important de se prémunir financièrement, mais une même proportion n'est pas protégée ; (OCIRP)

- Malgré une attente forte à l'égard des pouvoirs publics, 63% des français sont prêts à épargner davantage en prévision d'une situation de dépendance les concernant (DREES).
- Mais plus de 50% sont favorables à une cotisation « obligatoire » (DREES)
- Tandis que 59% seraient favorables à une couverture « complémentaire » à la solidarité nationale (OCIRP).

Les représentants des usagers âgés rappellent que les assurances et financements privés ne peuvent venir qu'en complément d'un système public équitable. Nous demandons donc pour le rapport général qui s'intéressera à l'ensemble des financements publics et privés de la perte d'autonomie :

- 1) **Que soit infléchi ce diagnostic de myopie et de déni,**
- 2) **Que le constat de faible développement du marché soit avant tout rapporté aux échecs de l'offre d'assurance elle-même.**
- 3) **Que les propositions :**
 - a. **Actent ce constat d'échec,**
 - b. **S'attachent à promouvoir des solutions de financements privés diversifiés.**
 - c. **Explicitent les enjeux de complémentarité avec les aides publiques : les définitions du risque, les paramètres de gestion du risque long, les conditions d'accès aux prestations, les évolutions relatives des couvertures par la solidarité, l'assurance ou l'épargne doivent être proposés avec cohérence et transparence.**

Paris le 30 juin 2017

Sylvain Denis : Confédération française des retraités

Pierre Erbs : Générations Mouvement – fédération nationale.

Christine Meyer-Meuret : Fédération Nationale des Associations de retraités

Bernard Nicolas : Confédération nationale des retraités

Christiane Visconti : Union fédérale des retraités

Annexe 14 – Remarques de l'UNSA sur le rapport provisoire de la commission chargée d'examiner le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie

Bagnolet, le 22 juin 2017



L'UNSA a participé à la commission du Conseil de l'Age chargée d'examiner le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie.

Nous avons participé car nous souhaitons y voir clair dans les propositions actuelles de contrat dépendance. Depuis une quinzaine d'années, les mutuelles, les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance ont mis en place des propositions de contrat dépendance. 6,8 millions de nos concitoyens sont aujourd'hui couverts par ce type de contrat mais seulement 2 millions avec une couverture viagère.

Le travail qui a été mené par la commission a permis d'avoir une bonne information sur les contrats existants et sur les évolutions possibles.

L'UNSA est très attachée à notre système de protection sociale qui repose sur le principe de solidarité entre tous les citoyens : contribuer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins. Pour l'UNSA, ce principe de solidarité doit s'appliquer à la prise en charge de la perte d'autonomie. C'est au regard de ce principe que l'UNSA a examiné les préconisations développées dans ce rapport.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les restes à charge sont très élevés en particulier pour ceux résidant en établissement. L'UNSA conçoit que les mutuelles et sociétés d'assurance proposent des contrats perte d'autonomie pour diminuer les restes à charge et conçoit qu'une partie de nos concitoyens adhèrent à ces propositions. Mais pour l'UNSA, ce reste à charge doit diminuer par l'amélioration des aides publiques actuelles (APA, ASH, ...).

C'est pourquoi, l'UNSA est opposée à la création d'une assurance privée obligatoire, d'ailleurs peu évoquée et peu défendue en commission.

Aujourd'hui, une part importante des aides provient de l'assurance maladie (assurance publique obligatoire) et pour l'UNSA, il n'est pas question de remettre en cause ce socle public. Les assurances privées peuvent intervenir en tant qu'assurance complémentaire. Le rapport s'interroge sur le renforcement de l'attractivité de ces produits d'assurance soit par des incitations fiscales ou sociales soit par l'inclusion dans les contrats de complémentaire santé.

Pour l'UNSA, le développement de cette attractivité ne doit pas se faire au détriment du renforcement de l'aide publique.

Le rapport s'interroge également sur deux autres types de financements privés :

- Les exemples d'utilisation du patrimoine immobilier (le viager mutualisé et le prêt viager hypothécaire) relèvent à nos yeux de choix personnels et ne peuvent pas ou ne doivent pas être généralisés.
- La mobilisation de l'assurance vie en cas de perte d'autonomie relève également de choix personnels. Il paraît judicieux de mettre en place les conditions fiscales permettant l'utilisation de cette épargne en cas de perte d'autonomie.

Annexe 15– Liste des membres de la Commission

M. Bertrand Fragonard, Président du Conseil de l'Âge du HCFEA
Mme Carole Bonnet (rapporteur), Secrétariat Général du HCFEA, Ined
M. Roméo Fontaine (rapporteur), Secrétariat Général du HCFEA, Ined
Mme Lucie Gonzalez, Secrétariat Général du HCFEA

M. Louis Albisson, Direction générale du Trésor
M. Alexandre André, Fabrique d'assurance
Mme Christiane Basset, Union nationale des associations familiales
M. Bertrand Boivin-Champeaux, Centre technique des institutions de prévoyance
Mme Virginie Bonnier, Groupama
Mme Amina Bouras, Pro BTP
Mme Véronique Cazals, Fédération française des sociétés d'assurance
M. Ilan Cohen, SCOR
M. Pierre-Yves Cusset, France Stratégie
M. Xavier Debras, SWISS RE
Mme Sandrine Delbergue, MGEN
M. Sylvain Denis, Confédération française des retraités :
Dominique Fabre, Confédération française démocratique du travail :
M. Mathieu Escot, UFC Que choisir
Mme Françoise Forette, personnalité qualifiée au Conseil de l'âge
M. Romain Gizolme, Association des directeurs au service des personnes âgées Association ADPA
M. Didier Halimi
M. Jean Manuel Kupiec, OCIRP (Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance)
M. André Masson, CNRS et EHESS, personnalité qualifiée au Conseil de l'âge
M. Gérard Meneroud, Mouvement des entreprises de France
Mme Christine Meyer-Meuret, Fédération nationale des associations de retraités
Mme Laura Nirello, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Drees,
Mission Recherche (MIRE)
M. Christophe Ollivier, Fédération nationale de la Mutualité Française
M. Florian Piolain, Fédération française des sociétés d'assurance
M. Manuel Plisson, Fondation Médéric Alzheimer
Mme Dominique Renard, Direction générale de la cohésion sociale
Mme Sylvie Revol, Crédit Agricole
Mme Lucie Taleyson, AXA
M. Sylvain Turgis, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
M. Jean Paul Tripogney, Union nationale des syndicats autonomes
M. Henri Walbert, Caisse nationale du régime social des indépendants