



Conseil de l'âge – 14.04.2022

Note d'information

Note d'information sur le livre blanc de France Assureurs, en partenariat avec la Fédération nationale de la Mutualité Française : « Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge » ¹

A. Généralités

Le récent livre Blanc publié par France Assureurs (FA), auquel la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) est associée, propose de consolider la place des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) dans le financement de l'aide à l'autonomie par la création d'un nouveau contrat de complémentaire santé responsable auquel serait adossé automatiquement une garantie socle dépendance.

Il s'agit ici d'en présenter les principales caractéristiques et de positionner cette proposition vis-à-vis des précédents travaux du Conseil de l'âge sur les couvertures dépendances, en particulier ceux réalisés en 2017 dans le cadre du « Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie ».

Encadré - Rappel des travaux du Conseil de l'âge

1° Le Secrétariat du Conseil avait animé à l'automne 2017 un groupe de travail sur « les financements privés de la perte d'autonomie ». Il avait conclu ses travaux en adoptant les conclusions suivantes

- Des assurances privées facultatives ne sont pas dans les conditions actuelles de nature à occuper une place importante dans le risque de perte d'autonomie. Les produits actuels sont mal adaptés aux besoins ; la montée en charge de ce qui est, de fait, un système de capitalisation serait longue
- Les assureurs ont entrepris de réexaminer les produits actuels sur les points les plus critiques analysés dans le rapport (définition de la perte d'autonomie, diminution de la sélection médicale, règle de revalorisation des rentes, ouverture sur une option de perte d'autonomie partielle, redéfinition de la mesure fiscale proposée pour faciliter la souscription des contrats, etc.)
- L'inclusion d'une garantie dépendance dans les contrats de complémentaire santé couvrirait une très large partie de la population. Elle mérite réflexion.

2° Le Conseil avait pris note des analyses du rapport de la « mission Vachey »

« Concernant l'assurance dépendance, la mission Vachey ne fait pas état d'un modèle d'assurance privé obligatoire. ... La mission écarte en revanche la mise en place d'un dispositif d'assurance complémentaire couvrant la dépendance en GIR 1 et 2, généralisé et adossé à

¹ https://www.franceassureurs.fr/wp-content/uploads/1.3_VF_LIVRE-BLANC-dependance-V3.pdf

une couverture santé...Aux yeux de la mission, un tel dispositif aurait pour effet d'accroître les transferts des actifs vers les retraités âgés et d'augmenter le prix de la complémentaire santé (+15 à 25% selon les hypothèses). La mission Vachey souligne en revanche que les assurances volontaires pourraient être rendues plus lisibles à l'image des contrats santé responsables et bénéficier d'une taxation plus favorable »

Le système d'assurance dépendance proposé par la profession :

* institue une assurance « cogérée » avec les pouvoirs publics (les paramètres essentiels de l'assurance - les niveaux de la rente et de la cotisation - sont fixés d'un commun accord entre le pool des assureurs et l'Etat sur la base d'une analyse partagée du risque).

* prend en charge immédiatement l'ensemble des personnes dépendantes en GIR 1 et 2 grâce au mécanisme de couverture annuelle du risque (à la différence d'un système de capitalisation).

* prévoit un socle de garanties d'un niveau conséquent pour les personnes classées en GIR 1 et 2 avec le versement d'une rente (a priori libre d'emploi) et l'accès à des services et d'accompagnement.

* est adossé aux contrats de complémentaire santé dont la diffusion est très générale.

B. Principales caractéristiques du système d'assurance proposé

1) Une solution assurantielle qui repose sur une couverture annuelle plutôt que viagère

Les OCAM proposent aujourd'hui des garanties annuelles et viagères.

Dans le cas d'une couverture annuelle, l'assurance ne couvre que le risque survenu l'année en cours. L'assureur n'a aucun engagement au-delà de l'année (hors paiement des rentes résultant d'une survenance d'un sinistre avec le déclenchement de la garantie), et l'assuré n'est plus couvert si sa garantie n'est pas renouvelée au terme de la période.

Dans le cas d'une couverture viagère, l'individu est assuré jusqu'à son décès (sous réserve de paiement des primes dues). Une partie de la prime est donc mise en réserve pour couvrir les risques futurs dont la probabilité augmente 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 et de l'incertitude quant à l'évolution du risque et de son environnement durant ladite période.

La proposition de FA et de la FNMF repose sur le développement d'une garantie socle annuelle de couverture de la dépendance. Au regard des travaux précédents du Conseil de l'âge, ce choix présente trois avantages :

- le pilotage du risque est plus aisé pour les « co-gérants », assureurs et pouvoirs publics. Il permet de ne pas faire peser sur les cotisations l'incertitude sur l'évolution future de la prévalence de la dépendance et de l'évolution de l'environnement.

- le risque est mutualisé dans le cadre d'un financement par répartition, le système permet la prise en charge immédiate des personnes dépendantes (GIR 1 et 2, cf. *infra*), offrant ainsi une réponse immédiate au besoin de financement des aides à l'autonomie des personnes âgées.

- il n'y a pas de sélection médicale au moment de la souscription grâce à la forte mutualisation induite qui permet d'intégrer le coût de l'antisélection. Les personnes les plus à risque (en particulier celles en ALD) ont ainsi accès aux garanties dépendance.

En théorie elle présente cependant une fragilité : la garantie étant annuelle, les souscripteurs n'ont pas la garantie d'être couverts au-delà de l'année en cours et n'ont pas de garantie sur l'évolution du montant de la rente. Mais la co-gestion de l'assurance avec les pouvoirs publics et la mutualisation de l'assurance au sein d'un unique pool d'assurance permet de fait de garantir la pérennité du système.

2) Une mutualisation s'appuyant sur l'inclusion de la garantie socle dépendance dans un nouveau contrat de complémentaire santé responsable

Le Livre blanc précise que « *la mutualisation rapide d'une telle assurance au plus grand nombre constitue la condition de pouvoir l'offrir à moindre coût et de la gérer en partie par répartition* ». Pour assurer cette mutualisation, il propose d'adosser la garantie socle dépendance aux contrats d'assurance complémentaire santé (dont dispose près de 96 % de la population²). Il propose pour cela de renforcer le caractère « responsable » des garanties complémentaires santé en y adossant la garantie socle dépendance.

Ainsi, dans le schéma présenté, les nouveaux contrats de complémentaire santé/dépendance responsables pourraient en outre bénéficier d'une suppression de la taxe de solidarité additionnelle, ou d'une réduction de son taux à 6,27 % (taux actuel pour les contrats responsables de complémentaire santé). Le contrat de complémentaire santé responsable existant serait maintenu pour les personnes n'ayant pas l'âge plancher de souscription. Il serait possible, pour les souscripteurs au-delà de l'âge plancher de refuser la souscription de la dépendance par « opt out » et les conditions de fiscalisation de ces contrats devraient donc en tenir compte.

Comme il ne semble pas envisagé de rendre obligatoire la souscription d'un tel contrat (pas plus qu'il n'y a d'obligation à souscrire un contrat de complémentaire santé), « l'autonomie » juridique du contrat dépendance peut, notamment en l'absence d'incitation, limiter la capacité du système à mutualiser le risque entre générations.

Commentaire du Secrétariat général du Conseil

Une alternative serait de prévoir que les contrats de complémentaire santé actuels prévoient obligatoirement le volet dépendance pour garder le statut de contrat responsable avec le bénéfice du taux réduit de taxe de solidarité additionnelle.

3) Une mutualisation du risque assurée au sein d'un pool de coassurance

Les sociétés d'assurance et mutuelles ne feraient que distribuer la couverture, l'assurance étant portée et pilotée par un pool de coassurance, en lien avec les pouvoirs publics. La garantie socle proposée par le pool serait identique pour tous les distributeurs (adosée au nouveau contrat responsable), offrant ainsi une visibilité forte aux souscripteurs potentiels. Les sociétés d'assurance et mutuelles pourraient se différencier en proposant des garanties ou couvertures additionnelles.

La mutualisation du risque au sein d'un pool de coassurance permet par ailleurs d'assurer la totale portabilité de la garantie dépendance en cas de changement d'assurance santé. La non-portabilité était considérée en 2017 par le Conseil de l'âge comme un frein important au développement du marché.

² Il serait logique que l'Etat prenne en charge la cotisation pour les bénéficiaires de la couverture santé solidaire

4) Une garantie ne couvrant que la dépendance lourde (GIR 1 et 2)

La garantie socle dépendance incluse dans les contrats de complémentaire santé responsable ne couvrirait que la dépendance lourde sur la base des critères AGGIR – i.e. les GIR 1 et GIR 2 (soit 475 000 allocataires actuellement). Des offres complémentaires (en garantie supplémentaire au nouveau contrat responsable) pourraient couvrir la dépendance dite partielle (GIR 3 ou 4 par exemple).

Encadré 2. Mesure de la dépendance basée sur la grille AGGIR

Dans son rapport de 2017, le Conseil soulignait la grande hétérogénéité au sein des assurances des outils permettant d'évaluer l'état de dépendance et le fait qu'une majorité d'organismes utilisait une grille différente de celle utilisée par les pouvoirs publics (grille AGGIR dans le cadre de l'APA). Cette variabilité des pratiques apparaissait comme l'un des principaux obstacles à la lisibilité et à la comparabilité des garanties par les assurés.

Le choix de développer une solution assurantielle autour d'une mesure de la dépendance basée sur la grille AGGIR apparaît comme une réelle amélioration des couvertures dépendance proposées par les OCAM.

Les assureurs s'appuieront sur l'évaluation faite par l'équipe médico-sociale du département qui leur sera ainsi opposable.

L'utilisation des critères publics, qui impliquent une prise en charge à partir de 60 ans fait que le risque a une probabilité nulle de se produire avant 60 ans. La couverture assurantielle pourrait fonctionner sous ce seuil mais il faudrait alors s'appuyer sur une évaluation par une équipe médico-sociale interne au pool.

Le choix de restreindre la couverture au risque de dépendance lourde (GIR 1 et 2) offre plus de lisibilité aux assureurs, les incertitudes sur l'évolution de la prévalence de la dépendance partielle étant, semble-t-il, plus importante que pour la dépendance totale. La mesure de la dépendance lourde est également moins sensible que la dépendance partielle au choix de la grille d'évaluation et moins sujette aux variabilités de pratiques des évaluateurs³.

Surtout, n'assurer que la dépendance lourde permet de limiter la hausse des cotisations associées à l'inclusion de la garantie dépendance dans le contrat responsable, tout en offrant une rente en cas de dépendance d'un montant significatif pour celles et ceux qui sont le plus à risque d'être exposés à un RAC important, en particulier en cas de prise en charge en EHPAD.

5) Montants de la rente et de la cotisation

a) la garantie socle dépendance

Elle prendrait la forme d'une rente mensuelle forfaitaire. Trois niveaux de rente sont évoqués (300€, 400€ et 500€/mois) sans qu'on prévoie dans la rédaction actuelle du livre blanc qu'elles diffèrent selon que la personne vit à domicile ou est résidente en EHPAD.

³ Il est probable que les OCAM ne s'aligneraient pas sur la grille AGGIR dans le cadre d'une couverture couvrant la dépendance les GIR 3 et plus, les assureurs soulignant en 2017 que le choix de s'appuyer sur une échelle basée sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) plutôt que sur la grille AGGIR reposait sur son manque de robustesse sur ces GIR.

Ces niveaux de rente sont à mettre en relation avec les restes-à-charge des GIR 1 et 2⁴ :

- 1 025 €/mois en moyenne en **EHPAD** (après déduction des dépenses de gîte et de couvert). La rente dépendance viendrait réduire le montant de l'ASH (diminuant l'éventuel apport des obligés alimentaires et la récupération sur la succession)⁵.

- 85 €/mois en moyenne **à domicile** sur la base des plans d'aide actuels. Pour la plupart des bénéficiaires, la rente effacerait le reste à charge et permettrait d'améliorer l'aide apportée par l'APA, parfois de façon très substantielle.

Mais comme la réussite du virage domiciliaire passe par une augmentation substantielle du plan APA et du coût horaire de l'aide, le Reste à charge est appelé à croître. Ainsi si les plans exécutés sont égaux aux nouveaux plafonds (ce qui est une hypothèse haute), le RAC (après crédit d'impôt) pour les allocataires les plus aisés (ceux dont les ressources sont supérieures à 3 007€/mois et dont la participation au plan APA nette du crédit est de 45%) se comparerait comme suit aux montants de rente envisagé (300€ à 500€/mois).

Tableau : reste à charge à domicile après crédit d'impôt, pour les allocataires de l'APA se situant dans des tranches de revenus aisées

Montant du plan	50% du plafond	75% du plafond	plafond
GIR 1	407	610	814
GIR 2	329	493	658

b) les cotisations

- Les niveaux de rente sont associés à des cotisations dont le montant moyen varie selon l'âge de début de souscription. La proposition actuelle de FA et de la FNMF repose sur une grille tarifaire identique pour tous les distributeurs. Plus l'âge à partir duquel la cotisation est prélevée est faible, plus le niveau de cotisation moyen garantissant l'équilibre du système est faible.

NIVEAU DES COTISATIONS MENSUELLES UNIQUES (HT Y COMPRIS CHARGEMENTS) SELON L'ÂGE À PARTIR DUQUEL LA GARANTIE DÉPENDANCE EST PRÉLEVÉE (EN €)			
Âge de début	Rentes mensuelles		
	300 €	400 €	500 €
22 ans	5,7	7,6	9,5
42 ans	8,2	10,9	13,7
52 ans	10,5	14,0	17,6
62 ans	14,6	19,4	24,2

Note : pour un âge de début de cotisation de 22 ans et pour une rente de 500 € par mois, les cotisations mensuelles s'établissent pour tous à 9,5 € par mois (tarif unique). Ces niveaux de cotisation reposent sur l'hypothèse d'une mutualisation maximale du dispositif.
Source > Étude France Assureurs-FNMF.

Tiré du livre blanc de France Assureurs « Construire une nouvelle solution solidaire et transparente face à la dépendance liée à l'âge »

Il s'agit ici de montants moyens de cotisations sur l'ensemble des souscripteurs. Un financement reposant sur des cotisations variables selon l'âge des assurés est envisageable⁶.

⁴ RAC tirés de PLFSS 2022, RAPPORT D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE AUTONOMIE

⁵ Et non augmenter le minimum de ressources laissé à disposition des bénéficiaires.

⁶ La tarification à l'âge est de plus en plus fréquente dans les contrats individuels de complémentaire santé.

L'attractivité pour les plus jeunes pourraient ainsi passer par une cotisation plus faible, de l'ordre de quelques euros par mois, au prix cependant d'une augmentation de la cotisation pour les plus âgés.

- la cotisation envisagée est indépendante du revenu du cotisant (à la différence des cotisations de sécurité sociale)⁷.

6) Offre additionnelle dans la garantie socle d'une large palette de services

FA et la FNMF proposent d'inclure dans la garantie socle du nouveau contrat responsable une *« large palette de services dont disposent les entreprises d'assurance, facilitant ainsi l'orientation et la personnalisation des prestations pour les personnes dépendantes et leurs aidants. »*

Dans son rapport de 2017, le conseil avait en particulier identifié des prestations de conseil et de prévention (avec des sites internet dédiés) ; des prestations de conseil, d'information et d'orientation en cas de dépendance ; des prestations d'assistance (exemple : téléassistance, aide ménagères, portage de repas ou de médicaments...) ; un capital équipement, souvent conçu comme une aide à l'aménagement du domicile.

⁷ Rappelons qu'une partie (minoritaire) des contrats santé responsables tiennent compte du revenu