

Focus

Octobre 2012

Assurance
Dépendance

SCOR
Global Life



Table des matières

Préface	7
1 • La définition de la prestation dans l'assurance Dépendance privée	8
1.1 Perte d'autonomie sévère et perte d'autonomie modérée	8
1.2 Paiement d'une rente ou remboursement des coûts	9
1.3 Délai de carence	9
2 • L'assurance Dépendance privée et publique : une comparaison internationale	10
2.1 France	10
2.1.1 Le système de protection sociale	10
2.1.2 Les couvertures d'assurance privées	12
2.1.3 Un marché en évolution constante	13
2.1.4 Sélection et maîtrise des risques	15
2.2 États-Unis	15
2.2.1 Le changement démographique aux États-Unis	16
2.2.2 Principale cause de faillite personnelle chez les seniors	17
2.2.3 Offre publique d'une assurance Dépendance aux États-Unis	17
2.2.4 Partenariats public-privé : de bonnes intentions mais des résultats limités	18
2.2.5 Couverture d'assurance Dépendance privée : problématique des tarifications antérieures	19
2.2.6 Assurance Dépendance privée : des garanties toutes différentes	19
2.2.7 Évolutions récentes : produits combinés	20
2.2.8 À propos des contrats collectifs d'assurance Dépendance	20
2.2.9 Perspectives	21
2.3 Allemagne	22
2.3.1 L'assurance Dépendance obligatoire	22
2.3.2 L'assurance Dépendance (complémentaire) privée	25
2.3.3 La distribution des assurances Dépendance en Allemagne	26
2.4 Espagne	27
2.4.1 Passage en revue de la définition espagnole	28
2.4.2 Comparaison des définitions espagnole et française	29
2.4.3 Produits d'assurance en Espagne	30
2.4.4 Distribution en Espagne	30
2.5 Autres pays européens	31
2.5.1 Suisse	31
2.5.2 Italie	35
2.5.3 Angleterre et Pays de Galles	35

Table des matières

2.6 Israël	37
2.6.1 Réglementation des produits Dépendance en Israël	37
2.6.2 Institut national d'assurance	38
2.6.3 Réglementation en matière d'assurance	38
2.6.4 Assurance privée	39
2.6.5 Réforme de l'assurance privée	40
2.7 Singapour	40
2.7.1 Contexte	40
2.7.2 Réforme du plan ElderShield et appel d'offres public	41
2.7.3 ElderShield – situation actuelle	42
2.8 Japon	44
3 • Causes de la perte d'autonomie et conséquences sociales	45
3.1 Statistiques des causes de cas de dépendance	45
3.2 Démence	46
3.2.1 Le Minimental State Examination (MMSE)	46
3.3 Taux de rejet	46
3.4 Risques psychosociaux et dépendance	46
3.4.1 Les coûts cachés de l'aide informelle	46
3.4.2 L'impact sur la santé des « aidants naturels »	47
3.4.3 Les actions de prévention	48
Conclusion	49

Préface

Le vieillissement croissant des populations des pays industrialisés occidentaux met en lumière les risques et les besoins en matière de dépendance, directement liés à l'allongement de l'espérance de vie dans ces pays. L'assurance Dépendance consiste en une assistance aux personnes incapables de vivre de manière autonome, dont la vie quotidienne est ainsi suspendue à l'aide fournie par de tierces personnes. L'assistance requise peut aller de l'aide aux déplacements, aux courses, à la préparation de repas et autres tâches ménagères jusqu'à une prise en charge totale pour la toilette et les repas dans les cas les plus extrêmes. Le coût de prise en charge de la dépendance est souvent supérieur aux revenus de la personne dépendante et peut rapidement entraîner la dilapidation de son patrimoine.

L'assurance Dépendance consiste en une garantie (à vie) à capital différé dont les prestations sont versées en cas de dépendance totale ou partielle de l'assuré. En ce sens, elle est comparable à une assurance Invalidité (assurance Invalidité professionnelle) alors que l'événement déclencheur des prestations Invalidité et Dépendance ainsi que la période de paiement diffèrent considérablement, selon le marché et selon le produit.

En comparaison des produits classiques d'assurance vie, d'assurance vie temporaire et d'assurance de rente viagère, l'assurance Dépendance peut être considérée comme une nouveauté même si les premières polices ont fait leur apparition sur certains marchés dès les années 1970. Pour différentes raisons, elles ne se sont imposées sur la majorité des marchés que des années, voire des décennies, plus tard et chaque pays a apporté des réponses variées aux besoins croissants en matière de dépendance, à travers une série de systèmes de financement. En général, les systèmes de santé sont des systèmes mixtes, comprenant un financement public et une part de financement privé. La plupart d'entre eux, mais pas la totalité, incluent une assurance Maladie (obligatoire) et presque tous sont financés en partie directement par l'imposition.

Ce Focus a pour objectif de présenter un état des lieux général de l'assurance Dépendance étatique et privée dans un certain nombre de pays. Il fait également le point sur les aspects fondamentaux de la conception des produits Dépendance.



1

La définition de la prestation dans l'assurance Dépendance privée

Lorsque l'on compare les différentes formules d'assurance Dépendance, la variété reflète à elle seule combien les définitions de l'événement déclencheur des prestations peuvent changer, selon le marché ou le produit. La définition de la perte d'autonomie la plus largement utilisée au monde s'appuie sur ce que l'on appelle les activités de la vie quotidienne (AVQ)¹. Le degré de perte d'autonomie de l'assuré est ainsi évalué sur la base des activités spécifiques du quotidien de cette personne et son incapacité à les effectuer. Selon le marché, de 4 à 6 AVQ sont prises en compte.

Aux États-Unis, le plus grand marché d'assurance Dépendance au monde, la classification suivante comportant 6 AVQ s'est imposée :

- Se nourrir
- Aller aux toilettes
- Se laver
- Se déplacer (se lever et se coucher)
- S'habiller
- Effectuer des déplacements (intérieurs)

Sur la plupart des marchés européens, notamment en France, les produits d'assurance Dépendance incluent une évaluation fondée sur 4 AVQ. Ces 4 AVQ sont les suivantes :

- Se laver
- Se nourrir
- S'habiller
- Se déplacer (se lever et se coucher)

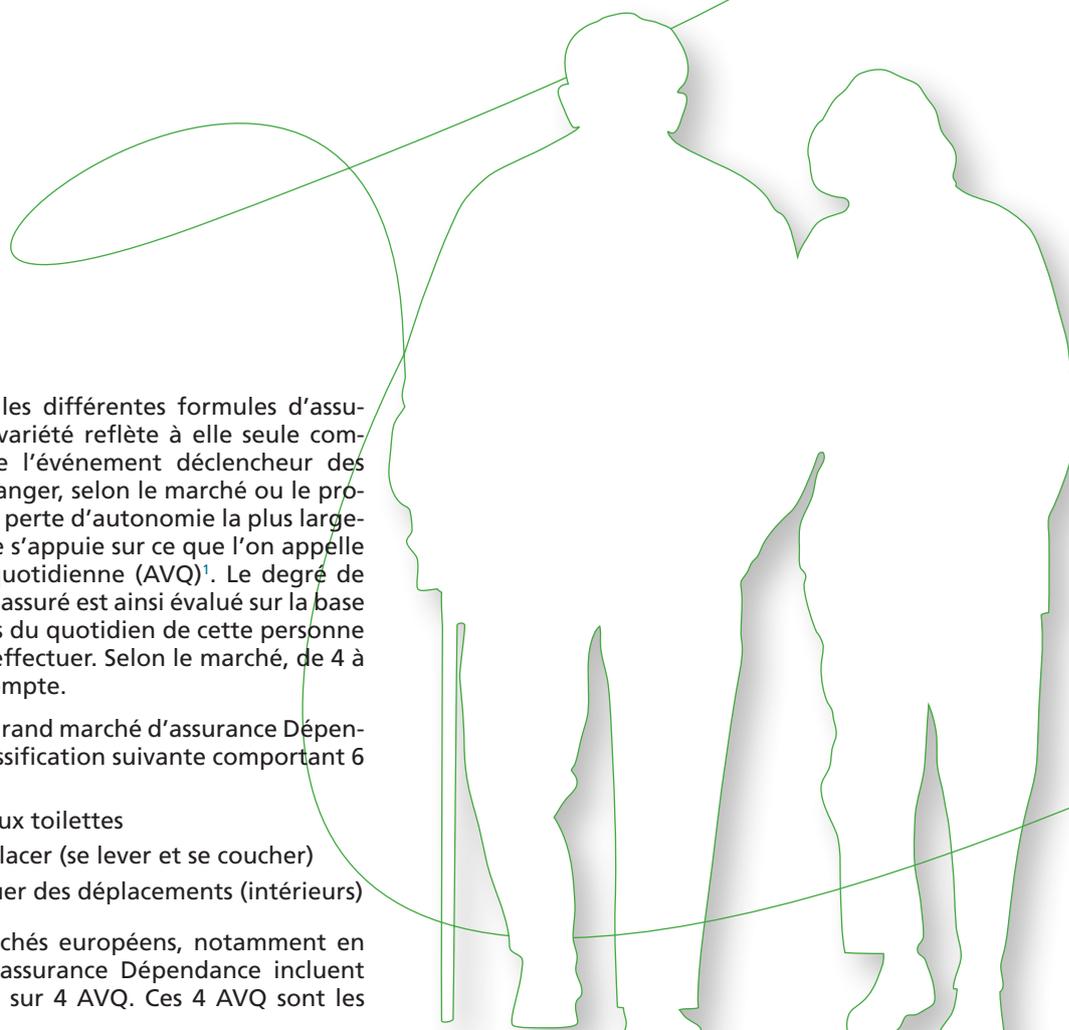
En plus des définitions utilisées par les compagnies d'assurance pour la perte d'autonomie, d'autres méthodes de classification ont été établies, dans de nombreux cas par la sécurité sociale. On utilise ici ce que l'on appelle les « activités instrumentales de la vie quotidienne » (AIVQ)², qui concernent essentiellement des activités domestiques ou des compétences sociales.

Les activités suivantes constituent des exemples d'AIVQ :

- Prendre ses médicaments
- Téléphoner
- Utiliser les transports en commun
- Faire ses courses
- Manipuler de l'argent

1 • Classification AVQ par Sidney Katz.

2 • Définition AIVQ par Lawton.



1-1

Perte d'autonomie sévère et perte d'autonomie modérée

La plupart des produits Dépendance distinguent deux degrés de perte d'autonomie :

- La perte d'autonomie sévère (totale)
- La perte d'autonomie modérée (partielle)

En conséquence, les produits graduent leurs versements en fonction du risque réalisé. En cas de perte d'autonomie modérée, de nombreux produits ne versent qu'un pourcentage défini du paiement à l'assuré, tandis qu'en cas de perte d'autonomie sévère, les prestations sont allouées en totalité.

Conformément à la plupart des conditions de police, la perte d'autonomie est modérée lorsque l'assuré ne peut plus exercer 2 des 4 AVQ (ou 3 des 6 AVQ) à long terme. Selon le produit, on peut donc estimer que la perte d'autonomie est sévère lorsque l'assuré ne peut plus exercer au moins 3 des 4 AVQ (ou 5 des 6 AVQ).

La démence constitue une exception dans la définition des risques car la personne concernée a besoin de soins permanents à titre définitif mais n'est pas nécessairement incapable d'exercer une ou plusieurs AVQ. Par conséquent, la plupart des assurances Dépendance comprennent une clause spéciale concernant l'apparition de la démence ou de maladies dégénératives (par exemple : maladie d'Alzheimer), qui sont alors assimilées à une perte d'autonomie sévère.

1-2

Paiement d'une rente ou remboursement des coûts

L'une des principales caractéristiques des assurances vie réside de manière générale dans le montant garanti, c'est-à-dire la prestation d'assurance prédéterminée versée lors de l'évènement assuré. Ainsi, la prestation n'est pas fondée sur les coûts effectivement engagés du fait de la réalisation du risque et en conséquence, n'est pas exposée à la menace d'une augmentation de ces coûts.

Pour l'assurance dépendance, il n'existe pas de moyen fiable d'anticiper les coûts liés à la réalisation effective du risque. Elle tient compte aussi bien de la notion de mortalité que de celle de morbidité (nombre de personnes souffrant d'une maladie pendant un temps donné), et son coût est donc compliqué à déterminer. En conséquence, les compagnies d'assurance vie proposant des produits Dépendance ont privilégié des prestations forfaitaires, capital ou rente. Si l'assuré est en situation de dépendance (conformément aux conditions de sa police), la compagnie d'assurance vie lui verse un capital ou une rente à long terme fixe et prédéterminée, indépendamment des coûts effectivement requis et engagés pour les soins.

Pour la compagnie d'assurance vie, le versement de prestation forfaitaire présente l'avantage de ne pas être lié à l'inflation des coûts côté assuré. Pour l'assuré, l'avantage de la pension à long terme réside dans la libre disponibilité de la prestation d'assurance et dans les versements garantis, l'augmentation des coûts engagés n'affectant pas le montant des prestations.

1-3

Délai de carence

Le délai de carence correspond à la période pendant laquelle si le risque se réalise, il ne donne pas droit à prestation.

Le délai de carence constitue une caractéristique significative des produits d'assurance Dépendance français. Si les soins requis sont liés à une maladie, le délai de carence est d'une année à compter du début de la période d'assurance.

Toutefois, dans le cas de soins liés à un accident, aucun délai de carence n'est prévu : ainsi, la situation de dépendance entraîne le versement immédiat de la prestation sous réserve que la perte d'autonomie résulte d'un accident. Si les soins sont liés à la démence, le délai de carence est nettement plus long et atteint trois ans, dans la plupart des cas, afin de réduire l'anti sélection.



2

L'assurance Dépendance privée et publique : une comparaison internationale

2-1

France

2-1-1

Le système de protection sociale

2-1-1-1

La Prestation Spécifique Dépendance (1997-2002)

Dans les années 1990 les problématiques de financement des dépenses relatives au risque de dépendance des personnes âgées ont conduit la France à se doter d'un système spécifique de prise en charge. Mise en place au milieu des années 70, l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) visait à fournir une prestation en espèce aux personnes dont le taux d'incapacité était supérieur à 80 % et nécessitant l'aide d'une tierce personne. Cette allocation était fournie sans contrainte d'âge. Avec le vieillissement de la population cette prestation originellement prévue pour les personnes handicapées s'est avérée majoritairement versée aux personnes âgées conduisant à une explosion des budgets et du nombre d'allocataires.

C'est pourquoi a été instituée en 1997 la prestation spécifique dépendance (PSD). Elle se caractérisait ainsi :

- Prestation dédiée aux personnes de plus de 60 ans (qui ne relevaient plus de l'ACTP).
- Une prestation fournie en fonction du niveau d'autonomie du bénéficiaire défini par un instrument unique : la grille AGGIR.
- Une prestation uniquement dédiée aux dépendances les plus sévères (GIR 1 à 3).
- La mise en place d'un mécanisme de recours sur succession ayant à la fois un effet vertueux d'un point de vue budgétaire mais aussi dissuasif vis-à-vis de l'utilisation de la prestation, de nombreux bénéficiaires potentiels étant attachés à l'idée de pouvoir transmettre leur patrimoine même modeste.
- Un niveau d'aide fixé au niveau départemental pouvant conduire à des disparités régionales.

2-1-1-2

L'allocation Personnalisée d'Autonomie (depuis 2002)

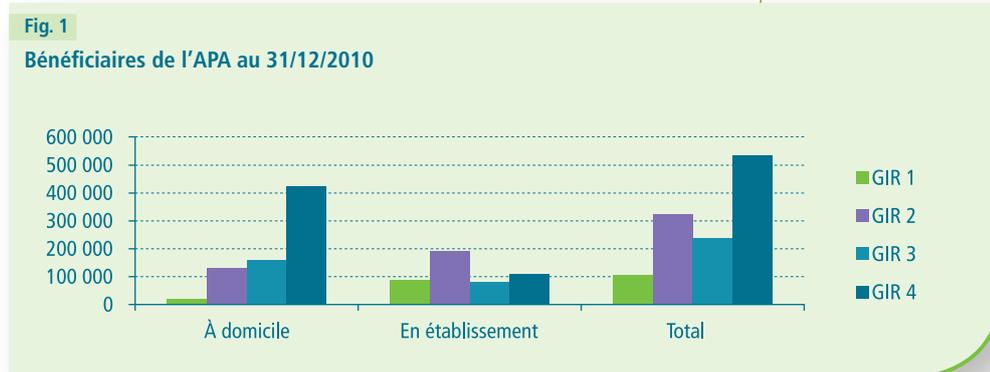
Afin de limiter les effets négatifs observés pour la PSD, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est mise en place en 2002.

Cette révision du dispositif permet entre autre :

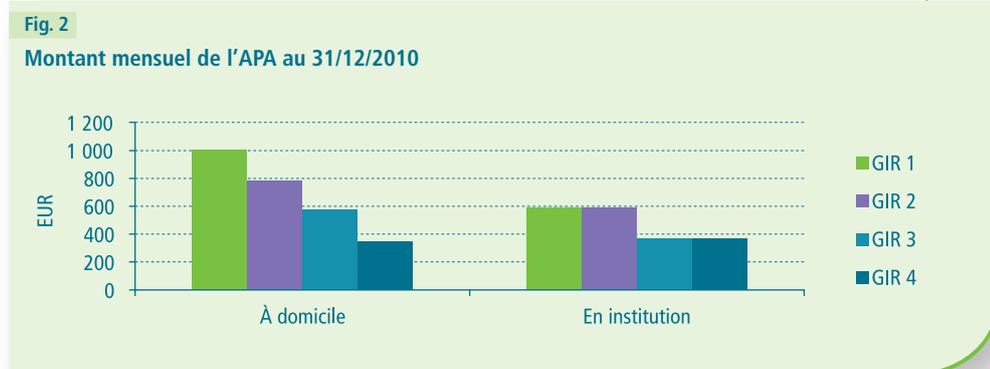
- La prise en charge de certains états de dépendance partielle (GIR 4) conduisant à un élargissement du nombre de bénéficiaires.
- L'abandon du recours sur succession.
- La mise en place d'un barème national des prestations.



En décembre 2010³, on comptait 1,2 million de bénéficiaires, répartis comme suit :



Le montant de la prestation mensuelle moyenne allouée s'élevait au 31/12/2010 à 495 €. La prestation effective mensuelle moyenne payée est ramenée à 372 € après déduction d'une éventuelle participation financière de la personne dépendante définie en fonction de ses revenus (ticket modérateur). Sans surprise, la prestation croît avec le niveau de dépendance.



2-1-1-3

Et après...

Le coût croissant de cette allocation et l'explosion du nombre de bénéficiaires ont rapidement conduit les pouvoirs publics à vouloir repenser l'architecture globale de la protection sociale des personnes âgées en état de dépendance. À présent l'objectif est à la fois de fournir une prestation suffisante pour faire face aux dépenses de fin de vie tout en s'assurant du financement de cette prestation et sans abandonner le principe de solidarité.

Il convient de rappeler de plus, que malgré les avancées qu'ont constituées la PSD et l'APA, un reste à charge important peut subsister pour la personne dépendante.

Si on considère que le niveau moyen des retraites s'établit autour de 1 200 € et que les frais liés à l'état de dépendance peuvent facilement excéder 2 000 € par mois, voire 3 000 € dans les cas les plus lourds, un problème de couverture du besoin subsiste.

Cette réforme n'est toujours pas sur le point de voir le jour au moment où nous écrivons. Il est à noter, cependant, qu'un travail important de concertation et de synthèse a été effectué donnant lieu à quatre rapports remis à la Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale en juin 2011.

3 • Source : DREES - APA - Résultats de l'enquête trimestrielle - statistiques au 4^e trimestre 2010 (N° 1-2011).

2-1-2

Les couvertures d'assurance privées

2-1-2-1

Le marché de l'assurance dépendance en quelques chiffres

Le marché de l'assurance dépendance représente un montant d'encaissement annuel de 500 millions d'euros pour une population de plus de 5,5 millions d'assurés. Si les primes sont collectées à part presque égale entre Assureurs⁴ (55 % du total), et acteurs de l'Économie Sociale⁵ (45 % du total), 75 % des assurés le sont auprès d'un acteur de l'économie sociale. Corrélativement, on note une prédominance des primes relatives aux produits individuels (75 %), alors que la majorité des assurés relèvent de contrats collectifs (75 %).

2-1-2-2

Des assureurs privés majoritairement distributeurs de solutions individuelles de couverture dépendance...

La majorité des produits individuels est proposée par des Assureurs. Le mode de distribution principal est devenu le guichet bancaire, avec la montée en puissance des Bancassureurs plus particulièrement sur les générations les plus récentes de produits. Le volume annuel de prime s'élève à 300 millions d'euros, pour 22 sociétés et actuellement 40 contrats actifs. Le marché est très concentré puisque cinq sociétés se partagent 70 % des assurés et de la collecte annuelle.

Exception faite des 10 % assurés par l'intermédiaire d'un contrat obligatoire collectif (soit un encaissement

de 14 millions d'euros ou 5 % des primes), la quasi-intégralité des assurés ont souscrit un contrat Dépendance à adhésion individuelle. La cotisation annuelle moyenne par tête s'élève à 345 euros (pour la garantie de la dépendance totale) pour les contrats individuels et à 70 euros pour les garanties offertes à travers un contrat de prévoyance collective. Les prestations versées étaient de 113 millions d'euros en 2009.

2-1-2-3

... et des modèles de développement différents au sein de l'Économie Sociale

Avec environ 3,6 millions d'assurés, le secteur des Mutuelles est celui qui couvre le plus grand nombre de personnes. On notera dans ce secteur la prédominance des contrats collectifs statutaires destinés aux fonctionnaires (75 % des primes), en revanche une partie minoritaire mais significative des 123 millions d'euros collectés par les organismes soumis au code de la mutualité concerne cependant des contrats individuels (31 millions d'euros).

Les cotisations collectées par les Institutions de Prévoyance représentent quant à elles 117 millions d'euros, pour 600 000 assurés. Les contrats proposés le sont principalement sous forme individuelle, et seulement 10 % des primes (12 millions d'euros) proviennent de contrats de prévoyance collective souscrits par les entreprises au profit de leurs salariés. À noter enfin que le secteur est extrêmement concentré, le premier acteur représentant plus de 50 % des primes.

Fig. 3

Portefeuille à fin 2010 (Cotisations)⁶

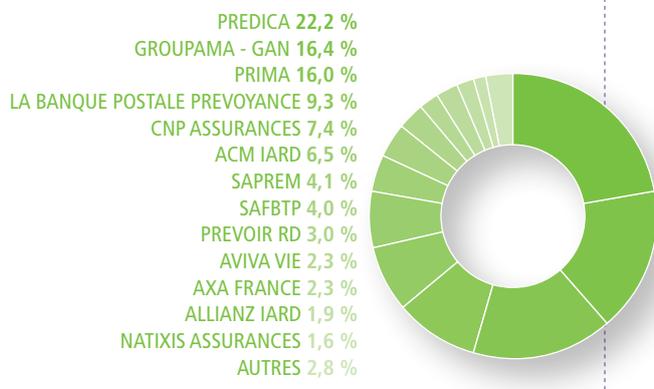
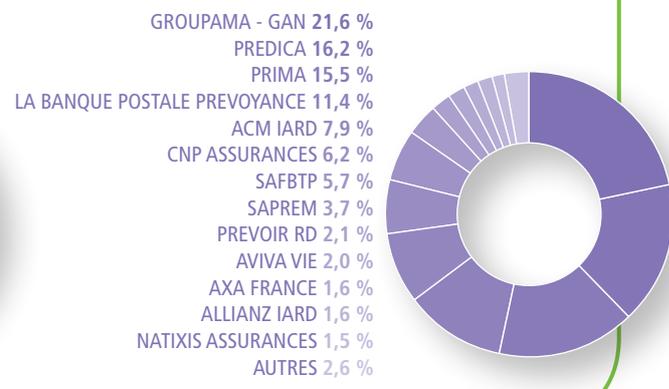


Fig. 4

Portefeuille à fin 2010 (Nombre d'assurés)⁷



4 • La frontière entre Assureurs « Code des Assurances » et Economie Sociale peut être floue, dans la mesure où des compagnies adhérentes de la FFSA peuvent être contrôlées par des groupes Mutualistes ou Paritaires par exemple.
5 • Mutuelles et Institutions de Prévoyance.

6 • Source : FFSA-GEMA - L'assurance dépendance en 2010 – Aspects quantitatifs et qualitatifs – Avril 2010.
7 • Source : FFSA-GEMA - L'assurance dépendance en 2010 – Aspects quantitatifs et qualitatifs – Avril 2010.

2-1-3

Un marché en évolution constante

L'offre Dépendance s'est fortement diversifiée depuis le lancement des premiers produits. On peut distinguer plusieurs générations de produits :

- **Années 80 - Première génération**

Le contrat est plutôt individuel à primes nivelées (et souvent garanties contractuellement), seule la dépendance totale est couverte sous forme de rente viagère et basée sur les Actes de la Vie Quotidienne. L'âge maximum de souscription est de 70 ans.

- **Années 90 – Deuxième génération**

Apparition du capital équipement et des couvertures de dépendance partielle. L'âge maximum à la souscription peut atteindre 75 ans. Apparition de la grille AGGIR dans la définition de la dépendance (souvent combinée aux AVQ). Lancement des premiers contrats collectifs et des services d'assistance.

- **Années 2000 – Troisième génération**

Multiplication du nombre des garanties complémentaires (prise en charge de l'aide ou repos des aidants, capital fracture, capital décès de l'aidant...). Développement des offres collectives.

2-1-3-1

Définitions et produits

Une grande variété de produits et d'offres

Comme nous venons de le voir les produits commercialisés aujourd'hui sont devenus de plus en plus complets voire compliqués. Paradoxalement, cette sophistication vise souvent à réduire les difficultés de commercialisation observées. En effet, le passage à l'acte d'achat de la couverture reste difficile tant pour des raisons psychologiques (appréhension de l'état de santé en fin de vie, caractère aléatoire de la prestation) que financières (coût parfois élevé). Plutôt qu'un catalogue de garanties nous fournissons ci-dessous quelques caractéristiques principales des couvertures proposées.

Structure de la prime et la promesse d'assurance

On distingue deux grandes familles de produits coexistant actuellement sur le marché français ; d'une part les produits dits « à la prime nivelée viagère » et d'autre part les produits « à la prime de risque ».

Produits à la prime nivelée viagère

L'assuré est couvert viagèrement moyennant le paiement d'une cotisation constante dans le temps et pourra bénéficier d'une couverture réduite en cas d'arrêt de paiement de ses cotisations au-delà d'une durée minimum d'assurance de 8 ans (garantie proposée depuis les années 2000). La cotisation par assuré, si elle est fixée à la date de souscription, est cependant révisable annuellement en fonction des résultats techniques du contrat pondérés par l'évolution du risque dépendance.

La cotisation de première année est généralement plus élevée que pour un produit à la prime de risque, dans la mesure où une partie de la cotisation versée en début de contrat permettra de faire face au risque dans le futur, c'est-à-dire quand la cotisation annuelle sera inférieure au coût réel de l'année.

Produits à la prime de risque

Il s'agit souvent ici de contrats statutaires mutualistes où l'adhérent est en général couvert tant qu'il bénéficie de la couverture santé fournie par sa mutuelle. En cas de résiliation de son adhésion, la couverture cesse, quel que soit le nombre d'années cotisées. La cotisation par assuré est révisable annuellement en fonction de la démographie du groupe et des résultats techniques du contrat. Si le contrat est résilié, seules les rentes en cours continuent à être payées. Il y a néanmoins parfois possibilité de maintien de la garantie à titre facultatif, sans sélection médicale ni délai de carence.

La cotisation est généralement moins élevée que pour un produit à prime nivelée viagère, dans la mesure où la cotisation versée ne couvre que le risque de survenance de dépendance dans l'année. Le contrat est régi par un principe de mutualisation inter-générationnel.

2-1-3-2

Différentes approches dans les définitions de la Dépendance

Il existe deux méthodes principales d'évaluation de la dépendance, les Actes de la Vie Quotidienne et les Groupes Iso-Ressources, ces deux méthodes pouvant être parfois combinées.

Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)

La perte d'autonomie est admise après évaluation du nombre d'Actes de la Vie Quotidienne qui nécessite de façon permanente et irréversible l'assistance d'une tierce personne pour sa réalisation.

Les définitions généralement utilisées sont basées sur 4, 5 ou 6 AVQ :

- Se laver
- Se nourrir
- S'habiller
- Se déplacer
- La continence
- Les transferts lit-fauteuil

Bien souvent cette approche est accompagnée d'un test visant à déterminer dans quelle mesure la perte d'autonomie résulte de troubles neuropsychiatriques (le Fols-tein Mini-Mental State Examination par exemple).

L'incapacité à réaliser 3 des 5 Actes de la vie quotidienne peut constituer la définition d'une perte d'autonomie totale (score de 3AVQ5). En fonction du nombre d'actes considérés, d'autres définitions pourraient inclure : 3AVQ4, 4AVQ6, 4AVQ5 ou 5AVQ6. Dans les cas de dépendance partielle, les définitions peuvent être 2AVQ6, 2AVQ5, 2AVQ4 ou 3AVQ6.

Les Groupes Iso-Ressources

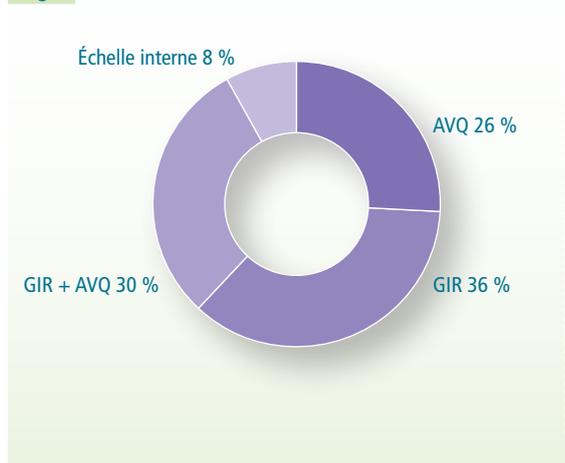
Ce système, mis en place lors de la création de la PSD, permet la classification des personnes dépendantes en fonction de leur besoin en termes d'assistance. Chaque personne est classée par GIR (Groupes Iso-Ressources) selon le degré de perte d'autonomie. Il existe 6 GIR :

- **GIR 1** Personnes alitées ou confinées dans un fauteuil roulant, ayant perdu toute autonomie mentale, physique, motrice et sociale, et qui nécessitent une présence et des soins constants.
- **GIR 2** Personnes alitées ou confinées dans un fauteuil roulant dont les fonctions cognitives ne sont pas totalement altérées mais qui ont besoin d'être assistées dans l'accomplissement de la plupart des actes de la vie quotidienne, ou celles en situation de perte d'autonomie cognitive mais qui sont encore capables de se déplacer.
- **GIR 3** Personnes possédant leurs capacités cognitives et une partie de leur capacité à se déplacer mais qui ont besoin d'aide quotidienne, dans la réalisation des fonctions corporelles.
- **GIR 4** Personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur lit, mais qui une fois hors du lit, peuvent se déplacer dans leur habitation. Elles ont besoin d'aide également pour se laver et s'habiller.
- **GIR 5** Personnes pouvant encore se déplacer dans leur maison sans assistance mais qui ont besoin d'aide occasionnelle pour se laver, pour la préparation des repas et pour effectuer les tâches ménagères.
- **GIR 6** Correspond aux personnes qui peuvent encore accomplir les actes de la vie quotidienne de façon autonome.

Correspondance GIR / AVQ

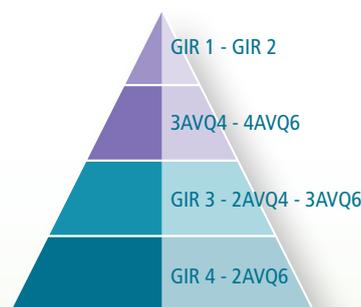
Généralement, l'utilisation des deux méthodes GIR et AVQ est assez répandue bien que certaines couvertures visent uniquement la grille AGGIR et parfois d'autres méthodes d'évaluation.

Fig. 5



Une correspondance parfaite entre les deux approches d'évaluation de la perte d'autonomie n'est pas toujours possible. Toutefois la classification ci-dessous peut servir de guide en matière de perte d'autonomie, les formes les moins sévères étant indiquées au bas de la pyramide et les plus sévères en haut.

Fig. 6



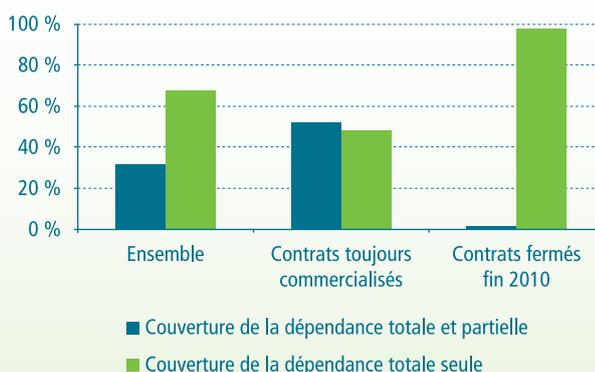
Dépendance totale, dépendance partielle et garanties complémentaires

Initialement, seules les garanties de dépendance totale étaient proposées. Afin de donner plus de contenu à la couverture tout en rendant le message moins anxiogène au moment de la commercialisation, les couvertures partielles ont émergé.

Aujourd'hui, la plupart des produits « nouvelle génération » du marché se composent d'une garantie principale (rente viagère mensuelle en dépendance totale) et d'une garantie complémentaire en cas de dépendance partielle qui est versée sous forme de rente (30 % à 66 % de la rente en dépendance totale).

Fig. 7

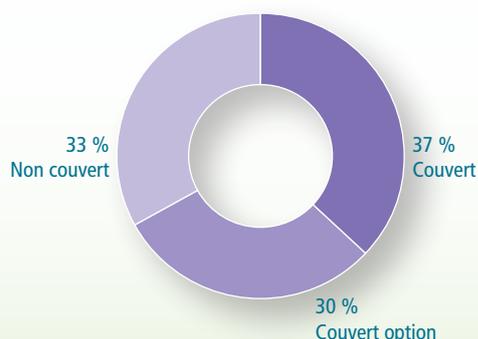
Type de dépendance assurée



À ces prestations en rente viennent s'ajouter parfois un capital dit « équipement », divers services proposés par les compagnies d'assistance et des garanties optionnelles.

Fig. 8

Contrats proposant le capital équipement



Parmi les options proposées on citera de façon non exhaustive le capital « aide aux aidants », le capital « prise en charge du repos de l'aidant », le capital « fracture », le capital « décès de l'aidant ».

2-1-4

Sélection et maîtrise des risques

La durée de l'engagement et la nature du risque impliquent la mise en place d'une sélection et d'une maîtrise des risques. Cela passera le plus souvent par la mise en place :

- **De délais de carence (avec contre-assurance des primes payées) :** fréquents sur les contrats individuels et absents de la plupart des contrats collectifs. Les délais usuellement rencontrés sont de un an en maladie et trois ans pour les démences et autres maladies neuro-dégénératives. Ces carences permettent de réduire l'anti-sélection et les limites de la sélection médicale.
- **De franchises :** surtout en adhésion individuelle et parfois pour des contrats collectifs. L'objectif est d'éviter le versement de prestations en cas de dépendance de courte durée fortement contributrices au coût de la garantie. Les franchises usuellement rencontrées sont de 90 jours (franchises absolues ou relatives).
- **De limites d'âges à l'adhésion :** ces dernières dépassent rarement 75 ans. Au-delà, le risque devient très réel et la cotisation très importante voire dissuasive. De plus, la sélection médicale devient plus délicate l'âge croissant et le risque de refus d'assurance plus significatif.

- **D'une sélection médicale :** généralisée pour les contrats individuels, parfois présente sur les contrats collectifs à faible effectif d'assurés.

Le tarif est en relation directe avec le niveau de sélection médicale pratiqué, l'existence d'une franchise ou l'application d'une carence. Les tendances récentes semblent montrer une approche de la sélection médicale différente voire dans certains cas, un allègement de cette dernière.

2-2

États-Unis

Les programmes publics tels que Medicare et Medicaid demeurent les principales sources d'assurance Dépendance, finançant près de 63 % de chaque dollar déboursé en 2010⁸. En comparaison, les opérateurs commerciaux (qui comptabilisent environ sept millions d'assurés) ne contribuent à concurrence de 8 cents par dollar déboursé.

Ces 30 dernières années, des assureurs privés ont offert des produits visant à aider les futurs retraités à anticiper l'aide dont les deux tiers d'entre eux auront besoin au cours de leur vie. Toutefois, la tarification et la gestion efficace des produits d'assurance Dépendance sur le long terme se sont avérées difficiles. De nombreux consommateurs, inconscients de la probabilité élevée de devenir dépendants ou refusant d'y faire face, considèrent les prix exorbitants. D'autres comptent sur la puissance publique, ne sachant pas ou ne réalisant pas que la couverture fournie par Medicare est limitée ou ignorant les conditions de ressources nécessaires pour être éligibles à Medicaid.

Des éléments positifs éclaircissent ce premier tableau. Les assureurs ont maintenant accès à des données et outils qui leur permettent de mieux comprendre les risques que par le passé ; de surcroît des innovations récentes combinant des produits d'assurance Dépendance et d'assurance Vie pourraient être annonciatrices du revirement tant attendu du marché critique de l'assurance. Toutefois, si les ventes des nouveaux produits combinés Dépendance n'attiraient au final que le segment de marché aisé, les opportunités resteraient limitées.

Nous allons aborder différents thèmes relatifs au marché de l'assurance Dépendance aux États-Unis :

- **Le changement démographique**

Au cours des deux prochaines décennies, une vague générationnelle de dix millions d'Américains atteindra un âge marqué par un risque d'invalidité élevé. Les deux tiers de ces seniors seront atteints d'une invalidité chronique avant leur décès.

- **L'offre publique d'une assurance Dépendance mise à mal**
Medicaid n'a pas été conçu, à l'origine, pour devenir la source majeure de financement public des soins Dépendance qu'il est aujourd'hui. Le programme est sous

8 • <http://www.cms.gov/NationalHealthExpendData>

Fig. 9

Besoins des consommateurs US en assurance Dépendance - capacité public + privé combinée
 (en millions de personnes)

Âge	Population totale	Besoins probables ⁽¹⁾	Besoins avérés, éligible Medicaid (bas) ⁽²⁾	Besoins avérés, éligible Medicaid (haut) ⁽²⁾	Quantité estimée, marché assurance Dépendance privé (bas) ⁽³⁾	Quantité estimée, marché assurance Dépendance privé (haut) ⁽³⁾	Estimation assurés Dépendance privés ⁽⁴⁾
de 0 à 64 ans	267,8	16,0	5,1	6,4	5,3	6,7	2,6
65 ans et plus	40,1	27,3	8,7	10,9	9,0	11,4	4,4
Total	307,9	43,3	13,9	17,3	14,3	18,2	7,0

Même sur une hypothèse prudente, le marché privé de l'assurance Dépendance aux États-Unis pourrait encore croître de 7 à 11 millions d'assurés, soit un doublement des niveaux actuels.

Source : <http://www.census.gov/population/www/projections/files/nation/summary/NP2009-T2-C.xls>, The Henry J. Kaiser Foundation. Long-Term Care: Medicaid's role and challenges [Publication #2172]. Washington, DC: Author, 1999, LIMRA 2010 Group Versus Individual Products Survey.

Hypothèse

(1) 63 % des personnes titulaires d'une assurance dépendance ont plus de 65 ans ; 68 % des personnes de plus de 65 ans auront besoin d'une assurance dépendance ; c'est ce qui correspond à une estimation prudente du niveau des besoins dans la population générale (réflète l'effet de sélection se rapportant à la sélection des risques en assurance dépendance) • (2) entre 32 et 40 % de l'ensemble des personnes de plus de 65 ans seront éligibles à la couverture dépendance de Medicaid (plage de valeurs disponible) • (3) entre 50 et 55 % des personnes non éligibles à Medicaid représentent le marché potentiel de l'assurance dépendance privée (soit une fourchette de 52 % (estimation) d'employeurs proposant une assurance dépendance groupe) • (4) 63 % des titulaires d'une assurance dépendance ont plus de 65 ans.

pression : il doit réduire ses coûts au moment même où les retraités éligibles sont de plus en plus nombreux. Les écarts devront être comblés par d'autres sources, dont l'assurance Dépendance privée.

- **Partenariat public-privé**

Les assureurs et les gouvernements ont cherché à créer des partenariats afin de stimuler la participation de davantage de consommateurs sur le marché de l'assurance Dépendance privé mais à ce jour, ces tentatives n'ont pas été fructueuses.

- **Problématique des tarifications antérieures**

Il y a trente ans, les assureurs ont saisi l'opportunité de vendre une couverture d'assurance Dépendance privée sous la forme d'un produit autonome. Les ventes, florissantes, ont atteint un sommet dans les années 1990. Toutefois, à cette époque, les assureurs ont pris conscience qu'ils sous-estimaient les risques. Des compagnies ont commencé à limiter les ventes, réduire les prestations, augmenter les prix et plus récemment, sortir du marché.

- **Promesses d'innovations ces dernières années**

Des produits combinant assurance Dépendance et assurance vie ont vu le jour ces dernières années. Ces offres rencontrent un vif succès qui éclipsent les ventes de produits d'assurance Dépendance autonomes plus anciens.

9 • Beyond 50.2003: A Report to the Nation on Independent Living and Disability, 2003, 11 janvier 2005.

10 • Rogers, S., & H. Komisar. Who needs Long-Term Care? Fact Sheet, Long-Term Care Financing Project. Washington, DC: Georgetown University Press, 2003.

2-2-1

Le changement démographique aux États-Unis

Au cours des deux prochaines décennies, la génération née au lendemain de la Seconde Guerre mondiale (de 1945 à 1964) atteindra l'âge de la retraite. Selon les projections du Bureau du Recensement des États-Unis en 2009, la population âgée de 65 ans et plus devrait passer de 40,1 millions en 2010 à 54,3 millions en 2020, pour se situer à 70,8 millions vers 2030.

« Cette année, environ neuf millions d'hommes et de femmes âgés de plus de 65 ans seront en situation de dépendance » annonce le site Internet de Medicare. Mais ce chiffre ne concerne que les prestations versées cette année ; le nombre de personnes dépendantes dans un avenir proche est nettement plus élevé. Selon l'American Association of Retired Persons, « la probabilité, sur toute la durée de vie, de ne plus pouvoir assurer au moins deux des activités de la vie quotidienne ou de voir ses capacités cognitives altérées est de 68 % pour les personnes de 65 ans et plus⁹ ». Sur la base de ce pourcentage, environ 23 millions de seniors entre 65 et 85 ans devraient se retrouver en situation de dépendance à l'avenir. Quelque huit millions de seniors sont éligibles à la fois à Medicare et à Medicaid, soit un solde estimé à 15 millions de personnes pour le marché privé.

Les seniors, toutefois, ne constituent pas la seule composante du marché Dépendance ; ils n'en représentent que 63 %¹⁰. Huit millions de personnes âgées de 64 ans

Fig. 10

Coût annualisé des soins Dépendance en institution par groupes d'invalidité (coûts en USD au taux de l'an 2000)

Âge	Invalidité légère / modérée	Altération des AVQ uniquement	Altérations cognitives uniquement	Altérations cognitives et des AVQ à la fois	Coût moyen
Homme					
65+	20,562	41,795	13,502	39,801	37,287
75+	20,809	43,483	16,985	39,180	37,916
85+	25,756	44,819	13,667	38,884	38,841
95+	21,471	45,571	nc	39,431	40,023
Femme					
65+	25,641	41,047	24,890	49,819	43,842
75+	24,610	41,900	26,955	50,352	44,705
85+	25,084	43,729	28,681	52,276	47,042
95+	21,894	48,218	33,108	56,824	52,148

Les données pratiques cumulées entre 1984 et 2007 montrent que les coûts moyens des soins infirmiers sont plus élevés à un âge avancé, en raison essentiellement de la probabilité plus forte d'invalidité sévère ; il existe également une disparité significative des coûts entre les sexes.

Source : Society of Actuaries National Long-Term Care Survey data 1984-1994 • <http://www.soa.org/files/pdf/news-healthcare-stallard.pdf>

et moins présentent en effet un risque d'invalidité, mais ces individus plus jeunes sont généralement couverts par des contrats collectifs Dépendance.

À l'aide des données de l'American Association of Long-Term Care Insurance, un analyste¹¹ a estimé que le marché de la Dépendance comptait potentiellement entre 15 et 18 millions de personnes. Ce marché ne va cesser de croître avec l'augmentation du nombre de retraités.

2-2-2

Principale cause de faillite personnelle chez les seniors

Selon l'étude Cost of Care Survey de Genworth en 2011¹², l'état de dépendance dure trois ans en moyenne, une durée plus longue (cinq à huit ans pour la plupart des cas Alzheimer) étant tout à fait possible. Selon le type de soins reçus, le coût correspondant peut varier de 39 135 \$ pour une aide à domicile, à 77 745 \$ par an pour une chambre individuelle en institution.

Pour les personnes actives âgées en moyenne de 55 ans minimum, qui disposent généralement de 50 000 \$ d'économies personnelles (Employee Benefit Research Institute, 2011 Retirement Confidence Survey), la dépendance, si elle n'est pas couverte par une assurance, est synonyme de catastrophe financière. « La couverture des frais de maladie chronique constitue la principale cause de faillite personnelle chez les personnes âgées américaines » souligne le Dr. Robert Pokorski, Chief Medical

Strategist pour The Hartford¹³. Ces seniors dépendants sont susceptibles de dilapider rapidement leur épargne, d'être contraints de se séparer de biens ou de compter sur des parents, dont certains puiseront dans leur propres économies de retraite, réduiront leurs temps de travail (voire quitteront leur emploi) pour s'occuper de cet être cher invalide. Ces situations peuvent englober des centaines de milliers de dollars d'économies.

Le coût économique de ces soins volontaires, à la fois en dépenses et en épargne consommée, s'élève à dix milliards de dollars par an.

2-2-3

Offre publique d'une assurance Dépendance aux États-Unis

2-2-3-1

Medicare

À l'origine, Medicare a été créé pour financer les soins de santé des bénéficiaires de la sécurité sociale. L'intention n'a jamais été d'en faire un programme d'assurance Dépendance ; les conditions à remplir pour en bénéficier sont très restrictives et dans la plupart des cas, Medicare

11 • Alan Schmitz.

12 • http://www.genworth.com/content/products/long_term_care/long_term_care/cost_of_care.html

13 • LOMA Resource, septembre 2011.

ne couvre pas l'intégralité des dépenses Dépendances. Toutefois, une série de soins médicaux nécessaires sur une période relativement courte sont pris en charge.

La fonction Dépendance la plus visible de Medicare réside dans les soins en institution, jusqu'à 100 jours dans certaines situations. Les bénéficiaires doivent nécessiter des soins spécialisés au quotidien (sept jours par semaine de soins infirmiers ou cinq jours par semaine de soins de réadaptation). De plus, le bénéficiaire doit avoir été hospitalisé pendant au moins trois jours au cours des 30 jours précédant son admission dans l'institution spécialisée agréée par Medicare et participer aux frais quotidiens (à hauteur de 133 \$ en 2009) du 21^e au 100^e jour de soins. Au-delà de cette durée, Medicare ne verse plus de prestations pour soins en institution¹⁴. Le coût quotidien moyen pour une institution de soins semi-privée se chiffrent à 192 \$ (étude Genworth), non seulement la part incombant au patient est élevée mais en plus, s'il a besoin de soins au-delà de cette durée de 100 jours, il doit assumer l'intégralité des frais.

Medicare couvre également les prestations santé des patients restant à domicile dont le besoin en soins infirmiers ou services thérapeutiques spécialisés, intermittents ou à temps partiel, est avéré. Dans ces situations, et tant que les critères sont remplis, aucune participation financière n'est requise et le nombre de visites couvertes est illimité. La prise en charge d'équipements médicaux utilisés à domicile, comme les déambulateurs, les cannes, les fauteuils roulants et les chaises percées est également prévue. Le programme couvre enfin les soins palliatifs dispensés par des médecins, des infirmières, des thérapeutes et des aides de soins de santé à domicile, pour les personnes dont l'espérance de vie est estimée à six mois.

2-2-3-2

Medicaid

Medicaid, conçu à l'origine pour financer les soins des personnes ayant des revenus faibles voire inexistant, est devenu le prestataire principal de services Dépendance aux États-Unis. Selon les données 2010 du CMS, Medicaid prend en charge 33 % des dépenses Dépendance (contre 30 % pour Medicare), avec une petite part couverte par d'autres sources publiques ; 8 % proviennent d'opérateurs Dépendance commerciaux, que ce soit à titre collectif ou individuel. « Medicaid finance actuellement près de 34 % de tous les soins de santé à domicile et 43 % des dépenses du pays en soins en institution », ainsi qu'une large gamme d'autres services liés à la dépendance, pour une addition totale de 106,4 milliards de dollars¹⁵.

14 • Kaiser Family Foundation, http://www.kff.org/medicare/7067/med_longterm.cfm

15 • Deloitte, Issue Brief, 2010.

16 • Kaiser Family Foundation.

17 • Truffer CJ, Keehen S, et al, *Health Affairs*, 29(3): 522-5292008.

18 • Deloitte.

Les niveaux de revenus pour être éligible à Medicaid varient d'un État à l'autre. Les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI) sont souvent admis automatiquement à Medicaid ; d'autres personnes, dont les revenus et le patrimoine sont limités, peuvent également être éligibles. Pour déterminer cette éligibilité, Medicaid prend en compte différents biens comme les comptes d'épargne, mais les habitations, les véhicules et les mobiliers n'entrent généralement pas dans le calcul. Dans certains États, il est possible d'être éligible à Medicaid après avoir dépensé ses revenus et son patrimoine en soins infirmiers et autres dépenses de santé ; c'est ce que l'on appelle la « faillite volontaire » Medicaid. Généralement, les États autorisent les résidents des institutions couverts par Medicaid à conserver un patrimoine de 2 000 \$ et des revenus d'environ 30 \$ par mois¹⁶.

Les dépenses de Medicaid devraient connaître une explosion au cours des prochaines décennies. Les retraites devraient entraîner une augmentation de 7,5 % par an des admissions Medicaid d'ici à la fin de la décennie, soit une multiplication par plus de deux de la population de bénéficiaires par rapport au niveau estimé pour 2010¹⁷. À l'horizon 2030, un État consacrerait 35 % de son budget de fonctionnement à Medicaid, et la moitié de ce poste aux seuls services Dépendance. Les États luttent déjà pour trouver des opportunités de réduction des coûts. Quelques uns d'entre eux ont ainsi commencé à revoir à la baisse le financement des soins communautaires et à domicile, bien que leur coût soit significativement inférieur à celui des soins en institution¹⁸.

2-2-4

Partenariats public-privé : de bonnes intentions mais des résultats limités (à l'heure actuelle)

Des assureurs, des prestataires de soins et des chercheurs universitaires ont collaboré à plusieurs reprises, menant des travaux et partageant leurs savoirs sur les questions de dépendance. Les assureurs privés et les gouvernements fédéraux ont également cherché à créer des partenariats afin de stimuler la participation des consommateurs aux revenus faibles à intermédiaires sur le marché de l'assurance Dépendance privé. Les États sont motivés pour réduire la pression pesant sur leurs budgets Medicaid et les compagnies souhaitent stimuler les ventes. C'est pourquoi les États, comme les assureurs, sont désireux de promouvoir l'inclusion de l'assurance Dépendance dans la planification financière à long terme des consommateurs.

Pour atteindre ces objectifs, des programmes de partenariat à caractère étatique ont été introduits en 2005, sur la base de « partenariats d'assurance Dépendance », offrant des avantages fiscaux et une protection patrimoniale afin de réduire la tentation de dilapider ses biens pour devenir éligible à l'aide Medicaid. Le programme

a attiré un nombre étonnamment élevé de demandeurs à hauts revenus et n'est pas parvenu à inverser le déclin à long terme des nouvelles ventes d'assurance Dépendance du marché privé.

2-2-5

Couverture d'assurance Dépendance privée : problématique des tarifications antérieures

Lors de l'introduction de produits d'assurance Dépendance privée sur le marché des États-Unis dans les années 1980, les assureurs ne disposaient d'aucune expérience dans ce domaine ; ils se sont donc tournés vers ce qu'ils pensaient être des produits similaires, à savoir les polices d'assurance vie et santé. Les premiers concepts ont été des garanties autonomes couvrant exclusivement les dépenses de soins Dépendance. Les consommateurs ont rapidement compris que la tarification de l'assurance Dépendance était très attractive comparée aux prestations offertes ; les ventes ont connu une croissance solide au cours des premières années.

Cependant, dans les années 1990, bon nombre d'hypothèses de risques retenues pour la tarification des assurances Dépendance se sont avérées excessivement optimistes en pratique ; le premier signe en a été le taux de chute (résiliation du contrat) nettement inférieur aux prévisions. Sur la période 1984-1999, le taux de chute en matière d'assurance Dépendance individuelle a été deux fois moins élevé que celui de l'assurance vie individuelle (5 % contre 10 % au cours de la seconde année de police), les deux lignes de produits convergeant vers un taux de 4 % à la dixième année. Avec ce modèle, les assureurs qui avaient tablé sur des taux de chute similaires à ceux de l'assurance vie ont été exposés à des demandes d'indemnisation environ 30 % plus élevées que prévu (en nombre de contrats).

Les taux d'intérêt ont été un autre casse-tête pour les assureurs Dépendance. À la fin des années 1980, ces taux ont en effet été divisés par deux en comparaison avec leurs niveaux de début de décennie. Pour les assureurs Dépendance, ces taux de 7 % aux États-Unis pour les bons du Trésor à 10 ans ont marqué un plancher historique. Comme les décennies suivantes l'ont démontré, les rendements pouvaient encore dégringoler : en septembre 2011, ces bons nouvellement émis rapportaient moins de 2 %. Un rendement moyen de portefeuille de 5 % au lieu de 7 % sur le secteur traditionnel à 20 ans signifierait environ 30 % de retour sur investissement en moins par rapport aux attentes sur la durée de vie de l'activité.

Plus que le risque représenté par les taux de chute et d'intérêts, la tarification de l'assurance Dépendance doit évaluer avec exactitude la probabilité selon laquelle un nombre plus élevé que prévu d'assurés tombera malade et devra bénéficier de soins, et ce pendant quelle durée.

Comme leurs homologues dans d'autres secteurs, les assureurs Dépendance ont sous-estimé l'allongement de l'espérance de vie, qui au cours des 30 dernières années a été soutenu et rapide chez les seniors.

Sur la base de leur expérience pratique, les assureurs ont commencé à ajuster leurs offres de produits et à relever leurs tarifs. Les consommateurs ont commencé à faire marche arrière. Certains assureurs se sont retirés du marché. Dans les cas autorisés par les réglementations, les assureurs ont considérablement augmenté leurs tarifs. La tendance continue à la baisse des ventes d'assurances à garantie principale Dépendance se poursuit à ce jour. En outre, alors que les compagnies proposant ce type de produits sont encore plus de 100, le marché s'est concentré ; les deux tiers des ventes en volume de primes sont dominés par cinq opérateurs.

2-2-6

Assurance Dépendance privée : des garanties toutes différentes

Le remboursement des coûts par le biais de garanties Dépendance privées vient en complément des prestations allouées par les structures de paiement de Medicare, Medicaid et autres programmes publics. Le suivi des prestations versées par des programmes fédéraux et nationaux alourdit de manière significative la charge de travail de l'administration en charge de la gestion des polices d'assurance. Cependant, s'ils en faisaient l'économie, les assureurs risqueraient de rembourser au consommateur des soins déjà couverts par Medicare et Medicaid.

La couverture d'assurance Dépendance est très variable. Certaines polices ne garantissent que les soins en institution. D'autres couvrent toute une gamme de services, comme ceux dispensés dans des centres d'accueil journaliers pour adultes, les aides à domicile, les équipements médicaux ainsi que les soins à domicile formels et informels. La plupart des assurés Dépendance privée souscrivent leur couverture entre 40 et 60 ans, lorsque leur état de santé est encore bon et les primes faibles ; toutefois, une assurance Dépendance peut être souscrite à un âge plus avancé. Les prix des polices souscrites à 65 ans s'élèvent en moyenne à 1 800 \$ par an pour une garantie complète de quatre ans ; à 79 ans, ils oscillent autour de 5 900 \$ par an. Cependant, les individus atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres maladies graves peuvent ne pas être en mesure de souscrire une police à n'importe quel prix.

Les tarifs élevés constituent le principal frein à la vente d'une assurance Dépendance. Pourtant, il existe de nombreux moyens de structurer le contrat afin de rendre les taux plus attractifs. Par exemple, les assurances Dépendance comportent des délais de franchise durant lesquels les soins sont à la charge des assurés : plus le

délai de franchise est long, plus la prime est basse. Les consommateurs peuvent également choisir la durée maximale, en années, des prestations Dépendance ; si une prestation viagère est excessivement onéreuse, un terme de quatre ans en revanche suffira à couvrir la durée de 90 % des cas de dépendance et sera nettement plus abordable.

Le niveau de couverture en dollars par jour peut également être spécifié. Etant donné qu'il peut être difficile de déterminer à l'avance le coût réel de la couverture, de nombreux assureurs offrent des garanties complémentaires contre l'inflation afin de tenir compte de la hausse des coûts des soins Dépendance, mais cette option peut être très coûteuse. Selon l'étude réalisée par Bankers World en 2009, l'ajout de cette protection anti-inflation à une couverture de trois ans pour une personne célibataire âgée de 60 ans, assortie d'un délai de franchise de 90 jours, fait passer la prime moyenne de 714 \$ à 1 707 \$.

Dans la plupart des assurances Dépendance, la prise en charge est accordée dès lors que l'assuré ne peut plus effectuer deux des six des activités de la vie quotidienne, sans contrainte de consolidation de l'état (la dépendance temporaire est couverte). Les prestations journalières (coûts Dépendance) s'échelonnent de 40 \$ à 350 \$ selon le terme de la couverture spécifié dans la police (par ex., 2,5 ans ou viager). En cas d'éligibilité, le contrat se poursuit sans versement de primes. Une remise est accordée aux conjoints souscrivant une même police.

Enfin, la plupart des contrats d'assurance Dépendance offrent des avantages fiscaux. Ces polices sont dites Tax-Qualified ou TQ (c'est-à-dire ouvrant droit à un abattement fiscal). Selon son âge, l'assuré peut déduire de sa déclaration d'impôt fédéral sur le revenu tout ou partie des primes versées au titre d'une police TQ. De la même manière, les prestations perçues au titre de cette police TQ échappent généralement à l'impôt fédéral¹⁹.

2-2-7

Évolutions récentes : produits combinés

Le produit autonome tel qu'il vient d'être décrit ne constitue pas une offre simple. Il est difficile à négocier, à tarifier et à gérer. Les risques sont complexes, ardues à suivre et jusque dans les années 2000, aucune donnée pratique crédible n'était disponible pour comprendre la mortalité et la morbidité à un âge très avancé. Aujourd'hui, les assureurs Dépendance connaissent bien mieux les risques sous-jacents ; certains d'entre eux ont renoncé et, dans l'effort engagé en 2008 pour réduire leur exposition aux risques, se sont retirés du marché ou ont relevé leurs tarifs à des niveaux prohibitifs. D'autres, entrevoyant des opportunités, se sont lancés dans non pas une mais deux tentatives pour offrir des prestations Dépendances, en les combinant à des produits d'assurance vie individuels.

Les produits à prestations liées ont vu le jour il y a un certain nombre d'années mais n'ont réellement décollé qu'en 2009. La première raison à ce phénomène tient à la simplicité du nouveau concept. La prestation Dépendance était souvent vendue sous la forme d'un complément à la prestation Décès, la sélection des risques de mortalité étant prioritaire, et étant donné une exposition au dollar plafonnée pour l'assureur, la majeure partie de l'incertitude concernant les demandes liées aux contrats à garantie principale Dépendance était écartée. Ainsi, l'assurance combinée Dépendance/Vie est devenue un risque plus facile à estimer et donc tarifié de manière attractive pour les consommateurs.

Les avenants d'anticipation des prestations ont toujours été possibles en cas de maladie en phase terminale mais le succès du concept d'assurance Dépendance/Vie a encouragé certains assureurs à explorer les moyens d'étendre cette option traditionnelle à l'assurance Vie individuelle afin de couvrir les dépenses Dépendance. À la différence des prestations liées, l'avenant d'anticipation des prestations Dépendance implique une prime complémentaire, versée au titre de la garantie de base. Le montant éligible pour la prise en charge de la maladie en phase terminale, de la maladie grave ou de la maladie chronique est limité à la prestation Décès, qui est ramenée soit à zéro soit à une somme résiduelle fixe afin de garantir une prestation aux bénéficiaires. Ces types de polices ont tendance à être vendus à un prix nominal supérieur à celui des assurances combinées Dépendance/Vie : les acheteurs sont généralement âgés et aisés, mais les consommateurs jeunes s'intéressent de plus en plus à ces produits avec anticipation.

Quelles ont été les performances de ces nouveaux produits par rapport à leurs prédécesseurs autonomes ? En 2010, les primes des nouvelles polices à garantie principale dépendance ont totalisé 524 millions de dollars, en régression de 23 % par rapport à l'année précédente. En comparaison, les ventes de tous les produits combinés (produits à prestations liées et produits avec anticipation réunis) ont atteint 813 millions de dollars en 2009 avant d'enregistrer une croissance de 57 % pour culminer à 1,2 milliard de dollars en 2010. En nombre de polices, 45 % des ventes concernent des produits à prestations liées, 55 % des produits avec anticipation (LIMRA).

2-2-8

A propos des contrats collectifs d'assurance Dépendance

Les contrats collectifs d'assurance Dépendance aux États-Unis ne représentent que 19 % de toutes les primes en vigueur ; à ce jour, leurs ventes n'ont jamais menacé de prendre le pas sur celles de l'assurance Dépendance

19 • <http://www.medicare.gov/LongTermCare/Static/LTCInsurance.asp?dest=NAV%7CPaying%7CPrivateInsurance#TabTop>

20 • Comparatif LIMRA 2011 entre produits collectifs et produits individuels.

individuelle. Toutefois, en termes d'assurés couverts, l'assurance collective Dépendance est devenue un segment très important du marché ; 34 % de tous les assurés bénéficient d'une assurance Dépendance dans le cadre d'un régime collectif soit à l'initiative de l'employeur soit par le biais d'associations. En termes de nouvelles activités, les régimes collectifs sont encore plus significatifs regroupant 44 % des nouveaux adhérents en 2010.

La croissance sectorielle de l'assurance collective Dépendance est générée dans une première mesure par les ventes de nouveaux régimes employeur et dans une seconde mesure par l'expansion des régimes employeur existants. L'extension des prestations et l'ajout de nouveaux groupes d'association n'y contribuent que de façon minoritaire. 2009 a naturellement été une mauvaise année, peu de sociétés créant des agences ou embauchant du personnel en raison de la crise financière. Les ventes de contrats collectifs ont connu une reprise en 2010 mais cette bonne nouvelle a été de courte durée. Jusqu'à mi-2011, les ventes globales d'assurance collective Dépendance ont reculé de 32 %, sous l'effet d'une baisse annualisée de 56 % de la croissance de nouvelles primes parrainées par les employeurs, les pertes dues à l'effondrement des ventes étant supportées par seulement deux assureurs.

A l'instar du segment Dépendance individuel, l'assurance collective Dépendance est hautement concentrée : cinq assureurs se partagent 93 % des parts de marché en termes de nouvelles primes. La défaillance d'un seul d'entre eux aurait un impact marqué sur les indicateurs de la branche.

En dépit de la récession, les ventes d'assurance collective Dépendance sur la dernière décennie ont affiché une croissance modeste mais continue. Les sociétés sont intéressées par l'achat de régimes employeur ; plus de la moitié (52 %) des 211 personnes ayant répondu à l'enquête LIMRA ont indiqué qu'elles considéraient les couvertures Dépendance comme une option possible pour leurs salariés²⁰. De plus, les consommateurs apprécient le confort de l'achat réalisé dans le cadre de leur travail et le fait de bénéficier de primes relativement basses par rapport à une couverture individuelle. Enfin, pour certains salariés, il s'agit de la seule opportunité pour acheter une assurance Dépendance qui, sinon, serait inaccessible.

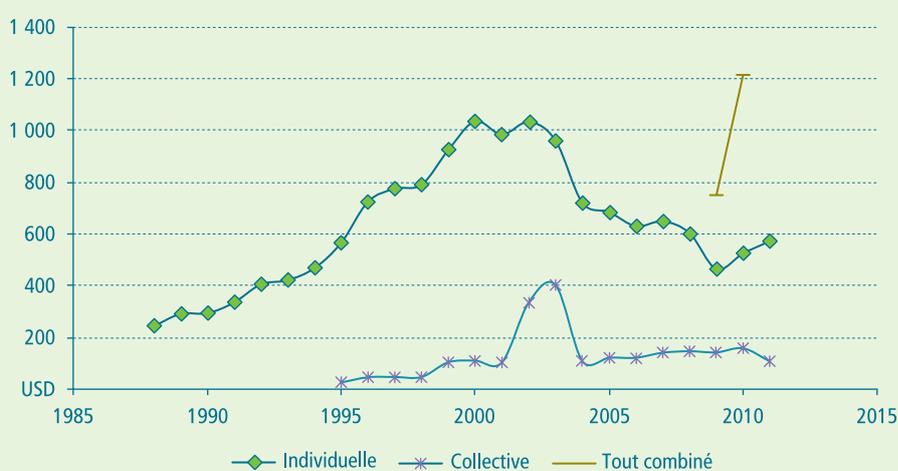
2-2-9

Perspectives

Comme nous venons de le voir, l'assurance collective Dépendance doit actuellement relever des défis mais les perspectives sont bonnes. Qu'en est-il de la couverture individuelle ? Les ventes de produits combinés freinent déjà celles d'assurances à garantie principale Dépendance, mais cela va-t-il durer ? De plus, les ventes combinées ont encore un long chemin à parcourir avant de dépasser les 8,9 milliards de dollars de primes annuelles de l'assurance à garantie principale Dépendance. Les erreurs de tarification antérieures constituent un frein continu aux revenus de bon nombre d'assureurs ; certaines compagnies ont choisi de plafonner leurs pertes dans le segment et de passer leur chemin. D'autres ont choisi de continuer.

Fig. 11

Nouvelle prime d'assurance Dépendance individuelle, collective et combinée
(en millions d'USD)



En 2010, 235 000 assurances Dépendance individuelles ont été vendues pour 525 millions de dollars de primes nouvelles. La même année, 26 000 produits combinés avec couverture Dépendance ont été vendus pour 1,2 milliard de dollars de primes nouvelles, soit environ 20 fois plus par police.

Les nouveaux produits combinés s'avèrent être des moyens plus simples pour offrir une couverture Dépendance très demandée, qui dépend essentiellement de l'appréciation de la mortalité par l'assureur Vie. Les garanties viagères sont peut-être révolues pour la plupart des assureurs, mais certains consommateurs trouvent de nombreuses qualités à ces innovations.

La question reste posée : ces produits combinés, le plus souvent vendus à des consommateurs aisés, peuvent-ils être gradués afin de s'adresser également aux consommateurs à revenus intermédiaires ? Si c'est le cas, le marché de l'assurance Dépendance individuel aux États-Unis pourrait connaître une reprise.

2-3

Allemagne

Le marché allemand de l'assurance Dépendance est caractérisé par un régime d'assurance Dépendance obligatoire (5^e pilier de la sécurité sociale) institué en 1995. En raison de son étendue (l'assurance Dépendance est incluse dans toutes les polices d'assurance santé publiques ou privées), la demande en couverture privée complémentaire est restée plutôt basse pendant de longues années. Récemment, le débat sur la viabilité financière de l'assurance Dépendance publique a fait évoluer la mentalité des Allemands à ce sujet.

La peur de tomber malade et de devenir dépendant à un âge avancé a été classée comme la cinquième plus grande crainte (54 %) des Allemands dans le cadre de l'enquête annuelle de la compagnie d'assurance R+V en 2011. Elle s'est hissée au rang des principales préoccupations de la plupart des citoyens.

2-3-1

L'assurance Dépendance obligatoire

2-3-1-1

Définition de la perte d'autonomie dans l'assurance Dépendance obligatoire

La définition de la perte d'autonomie et sa classification en trois niveaux sont fixées par la loi. Si le degré de perte d'autonomie se définit per se, la classification entre les degrés I à III de dépendance s'appuie sur les besoins en soins de base²¹ et en soins domestiques.

« Une personne en situation de dépendance est une personne qui en raison d'une maladie ou d'une incapacité physique, psychologique ou mentale a besoin d'assistance (à un degré plus ou moins élevé) pour effectuer les activités normales et régulières de la vie quotidienne, pendant au moins 6 mois. »

Au sens du paragraphe ci-dessus, on entend par maladie ou incapacité les cas suivants :

- déficits, paralysie ou autre dysfonctionnement des systèmes de soutien et moteur,
- dysfonctionnements des organes internes ou des organes sensoriels,
- troubles du système nerveux central, dont l'apathie, les troubles de la mémoire ou de l'orientation, ainsi que la psychose endogène, les névroses ou encore les troubles mentaux.

L'assurance Dépendance obligatoire répond à une classification en trois degrés :

• 1. Dépendance substantielle (degré I)

Une assistance est requise au moins une fois par jour, pour au moins deux des gestes les plus élémentaires de la vie quotidienne. La durée quotidienne de l'aide requise est d'au moins 1,5 heure.

• 2. Dépendance forte (degré II)

Une assistance est requise pour les gestes élémentaires de la vie quotidienne au moins trois fois par jour, à différents moments de la journée. La durée quotidienne de l'aide requise est d'au moins 3 heures.

• 3. Dépendance sévère (degré III)

Une assistance pour les gestes élémentaires de la vie quotidienne est requise jour et nuit. La durée de l'aide requise est d'au moins 5 heures.

• 4. Cas extrême

Si l'assistance requise excède le degré III de dépendance, elle est classée comme cas extrême.

• 5. Compétence limitée dans les activités de la vie quotidienne (degré 0)

Les personnes pour lesquelles le degré I de dépendance n'est pas suffisant mais qui ont néanmoins besoin d'une assistance en raison d'une « compétence limitée dans les activités de la vie quotidienne » relèvent du degré 0²².

2-3-1-2

Assurés couverts par une assurance Dépendance obligatoire publique et privée

En vertu du principe selon lequel l'assurance Dépendance relève de l'assurance maladie générale, toute personne couverte par cette assurance maladie légale doit

21 • Les besoins de base incluent une assistance à la prise des repas, à la mobilité et à l'hygiène corporelle.

22 • Le degré 0 de dépendance a été introduit par la réforme de l'assurance Dépendance publique du 1^{er} juillet 2008 afin de fournir des garanties aux patients atteints de démence qui ne répondaient pas aux définitions des degrés de dépendance I à III antérieurs.

23 • Sous certaines conditions, les personnes assurées dans le public peuvent opter pour une assurance maladie privée. Toutefois, l'assuré doit justifier qu'il dispose de revenus par exemple supérieurs au plafond de cotisation de l'assurance maladie. Alors que les primes de l'assurance maladie publique sont calculées sous la forme d'un pourcentage des revenus, celles de l'assurance maladie privée le sont en fonction de l'âge et du sexe.

24 • Sur la base d'une cotisation personnelle appropriée.

être affiliée à l'assurance Dépendance de l'Ersatzkasse (caisse complémentaire) dont il dépend. De même, les personnes affiliées à une caisse privée²³ sont couvertes contre le risque de dépendance par la caisse Dépendance correspondante.

Au 31 décembre 2009, l'assurance maladie publique obligatoire comptait environ 70 millions d'assurés ou co-assurés. À la même date, plus de 9 millions de personnes étaient couvertes par une assurance maladie obligatoire privée.

2-3-1-3

Garanties légales de l'assurance Dépendance obligatoire

Le tableau ci-dessous récapitule les principales prestations offertes par l'assurance Dépendance obligatoire au 1^{er} janvier 2010. Ces prestations sont listées séparément

selon le type d'assistance et le degré de dépendance. Les mesures visant à améliorer l'environnement domestique, qui indépendamment du degré de dépendance peuvent atteindre 2 557 € individuellement, ne sont pas prises en compte²⁴.

Les dépenses techniques et les soins infirmiers sont remboursés à 100 %. Toutefois, sous certaines conditions, une participation de 10 % est laissée à la charge des assurés, jusqu'à un plafond de 25 € par article. Les dépenses relatives à des articles infirmiers consommables sont prises en charge à hauteur de 31 € par mois.

Conformément à la réforme des soins infirmiers de 2008, les prestations énoncées dans le tableau ci-dessous ont été relevées au 1^{er} janvier 2012. À compter de cette date, les chiffres appliqués seront les suivants :

Fig. 12

Tableau des prestations de l'assurance Dépendance obligatoire allemande en 2010

Type de soins	Fréquence de versement	Degré I de dépendance (en €)	Degré II de dépendance (en €)	Degré III de dépendance (cas extrême) (en €)
Soins à domicile Indemnité en nature Prestation en service	Mensuelle Mensuelle	440 225	1 040 430	1 510 (1 918) 685
Soins infirmiers Dispensés par des proches Dispensés par d'autres personnes	Jusqu'à 4 semaines par an	225 1 510	430 1 510	685 1 510
Soins infirmiers de courte durée Dépenses de soins	Par an	1 510	1 510	1 510
Soins jour et nuit pour personnes peu mobiles	Mensuelle	440	1 040	1 510
Prestations complémentaires pour personnes très fortement dépendantes	Par an	2 400	2 400	2 400
Soins pour personnes immobilisées	Mensuelle	1 023	1 279	1 510 (1 825)

Fig. 13

Tableau des prestations de l'assurance Dépendance obligatoire allemande à compter de 2012

Soins à domicile Indemnité en nature Prestation en service	Mensuelle Mensuelle	440 235	1 100 440	1 550 (1 918) 700
Soins infirmiers Dispensés par des proches Dispensés par d'autres personnes	Jusqu'à 4 semaines par an	235 1 550	440 1 550	700 1 550
Soins infirmiers de courte durée Dépenses de soins	Par an	1 510	1 550	1 550
Soins jour et nuit pour personnes peu mobiles	Mensuelle	440	1 100	1 550
Prestations complémentaires pour personnes très fortement dépendantes	Par an	2 400	2 400	2 400
Soins pour personnes immobilisées	Mensuelle	1 023	1 279	1 550 (1 918)

2-3-1-4

Bénéficiaires de l'assurance Dépendance obligatoire publique et privée

À la fin de l'année 2009²⁵, environ 1,6 million de personnes ont perçu des prestations au titre de l'assurance Dépendance obligatoire dans la catégorie « soins à domicile ». Avec près d'1,5 million de personnes, l'assurance obligatoire publique en est le principal sinon l'exclusif pourvoyeur.

Pour la même période, les paiements au titre des soins pour personnes immobilisées ont été nettement inférieurs. À la fin de l'année 2009, environ 741 000 personnes ont reçu des prestations, dont 39 000 au titre de l'assurance Dépendance obligatoire privée.

2-3-1-5

Primes de l'assurance Dépendance obligatoire

Si les primes de l'assurance Dépendance obligatoire publique et privée ne diffèrent pas les unes par rapport aux autres, en revanche leur définition varie d'un système à l'autre.

Depuis le 1^{er} juillet 2008, les taux de prime de l'assurance Dépendance publique sont fixés à 1,95 % des revenus bruts effectifs (contre 1,75 % auparavant). Les revenus bruts estimés s'appuient sur les revenus annuels de l'assuré, plafonnés à hauteur du « plafond de cotisation²⁶ ». Les personnes sans enfant et âgées de plus de 23 ans doivent s'acquitter d'une prime supplémentaire²⁷ de 0,25 % des revenus bruts estimés, ce qui porte à 2,2 % le taux de prime applicable à ces personnes. La part des

employeurs dans les primes de l'assurance Dépendance obligatoire s'établit à 50 % mais cela ne s'applique toutefois pas aux primes supplémentaires pour les personnes sans enfant. Comme pour l'assurance Santé de base, les conjoints et les enfants peuvent être co-assurés au titre du régime d'assurance obligatoire public sans prime complémentaire.

Le calcul des primes par les compagnies d'assurance obligatoire privée s'appuie sur des méthodes actuarielles mais le niveau des primes est toutefois encadré par la loi afin que les assurés à titre privé ne soient pas désavantagés. Les employeurs financent également 50 % des primes de l'assurance Dépendance obligatoire privée.

2-3-1-6

Evolution financière de l'assurance Dépendance obligatoire publique et privée

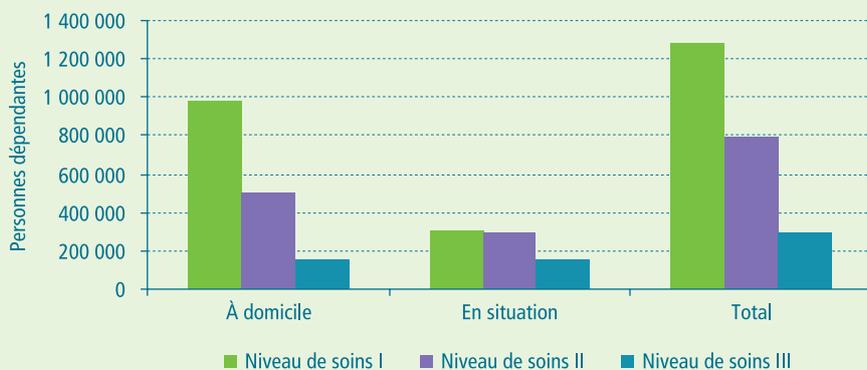
Les résultats annuels reflètent clairement que le fardeau supporté par l'assurance Dépendance obligatoire publique est nettement supérieur à celui de l'assurance Dépendance privée.

Le résultat fortement positif de l'assurance Dépendance publique dans les premières années est dû au fait qu'après l'introduction du régime Dépendance obligatoire général, les primes ont tout d'abord été collectées mais les premiers dossiers n'ont été traités et réglés qu'un an plus tard, permettant ainsi la constitution d'une réserve visant à financer les cas existants et futurs.

Une légère anomalie s'est produite en 2006, car la méthode de collecte s'est appuyée sur le prélèvement de 13 primes mensuelles au lieu de 12.

Fig. 14

Nombre de bénéficiaires de soins à domicile en Allemagne (fin 2009)

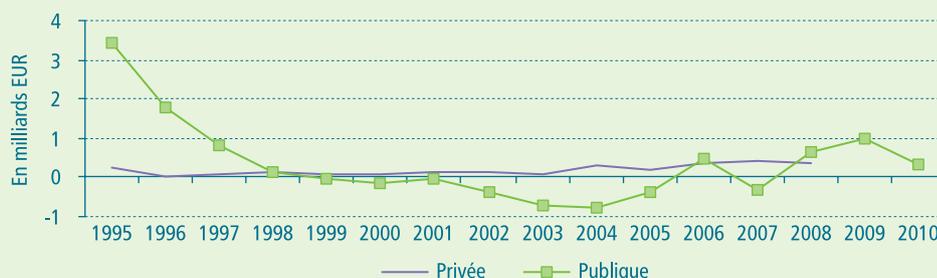


25 • Les chiffres de l'assurance Dépendance obligatoire privée sont ceux applicables jusqu'au 31/12/2008.

26 • En janvier 2010, le plafond de cotisation de l'assurance Dépendance obligatoire et de l'assurance Santé publique est fixé respectivement à 45 000 € par an ou 3 750 € par mois.

27 • Depuis le 1^{er} janvier 2005, les bénéficiaires sans enfant de l'assurance Santé doivent verser une prime supplémentaire de 0,25 %. Les personnes nées avant le 1^{er} janvier 1940 ou qui n'ont pas encore atteint l'âge de 23 ans constituent une exception à cette obligation. Cette prime supplémentaire est payée exclusivement par l'assuré. Les employeurs n'y participent pas.

Fig. 15
Comparaison des résultats annuels de l'assurance Dépendance publique et privée (1995 – 2010)



2-3-2

L'assurance Dépendance (complémentaire) privée

2-3-2-1

La gamme de produits des assureurs Vie

Outre les produits obligatoires et supplémentaires proposés par l'assurance Santé privée, le secteur de l'assurance vie a également mis en place des produits d'assurance Dépendance. Le modèle des rentes de dépendance s'est imposé en Allemagne, exactement comme sur d'autres marchés d'assurance vie européens.

La prédominance de l'assurance Dépendance publique et la confiance résultant de la sécurité financière offerte en cas de dépendance ont eu un impact relativement négatif depuis le début des années 2000 sur la vente des couvertures Dépendance complémentaires. Cependant, le débat public sur le financement futur de l'assurance Dépendance obligatoire et la prise de conscience accrue face aux risques de dépendance ont de nouveau relancé la vente de rentes Dépendance en Allemagne.

La GDV²⁸ a publié les statistiques suivantes concernant les nouveaux contrats et les activités en vigueur des assureurs Vie allemands :

Fig. 16
Augmentation du portefeuille d'assurances Dépendance privées des compagnies d'assurance vie (2002 – 2011)



Fig. 17
Primes annuelles des assurances Dépendance privées des compagnies d'assurance vie (2002 – 2011)



28 • Association des assureurs allemands.

Fin 2010, la rente assurée du portefeuille Dépendance (assurances complémentaires Dépendance comprises) s'élevait en moyenne à 10 856 € par an. Pour les nouvelles activités, la même année, la rente moyenne a avoisiné 13 004 €.

2-3-2-2

La gamme de produits des assureurs Santé

En plus de l'assurance Dépendance obligatoire, les assureurs Santé privés allemands offrent des garanties optionnelles Dépendance. Avec environ 1,1 million de contrats, l'indemnité Dépendance journalière (c'est-à-dire le produit comparable à la rente Dépendance des assureurs Santé privés) joue un rôle important.

Ces chiffres reflètent la perception du public qui considère l'assurance Dépendance comme un produit d'assurance Santé, ce qui explique en outre l'écart très net de croissance entre les assurances de rentes Dépendances et les assurances d'indemnité journalière.

En dehors de l'indemnité journalière, les assureurs Santé privés offrent également une garantie complémentaire pour les frais annexes en cas de Dépendance, couvrant ainsi tout ou partie des coûts potentiels déjà engagés.

La principale différence entre les offres des assureurs Vie et Santé ne réside pas nécessairement dans la prestation

assurée. L'un des aspects fondamentaux des assurances d'indemnité journalière proposées par les assureurs Santé est que les primes peuvent être ajustées une fois par an, ce qui n'est pas le cas des rentes Dépendance. De plus, les cotisations de l'assuré doivent être réglées de manière continue en cas d'entrée en dépendance pour l'indemnité journalière ou les garanties complémentaires, tandis que la rente Dépendance couvre la perte d'autonomie sans que le paiement des cotisations se poursuive.

2-3-3

La distribution des assurances Dépendance en Allemagne

Du point de vue des compagnies d'assurance Santé allemandes, la garantie complémentaire Dépendance, en particulier celle proposant l'indemnité Dépendance journalière, s'est révélée être une couverture complémentaire fructueuse. Outre l'offre destinée aux détenteurs d'assurances globales (c'est-à-dire les personnes dont le niveau de revenu ou le statut leur a permis d'opter pour une assurance Santé privée), les assureurs privés proposent également une couverture complémentaire aux assurés relevant du régime Santé public. À une certaine époque, des coopérations entre les assureurs publics et

Fig. 18

Primes annuelles des garanties complémentaires Dépendance privées des assureurs Santé privés (2002 – 2010)

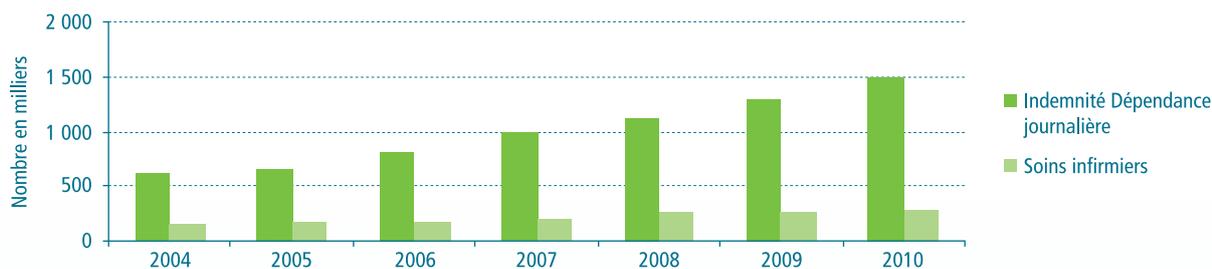
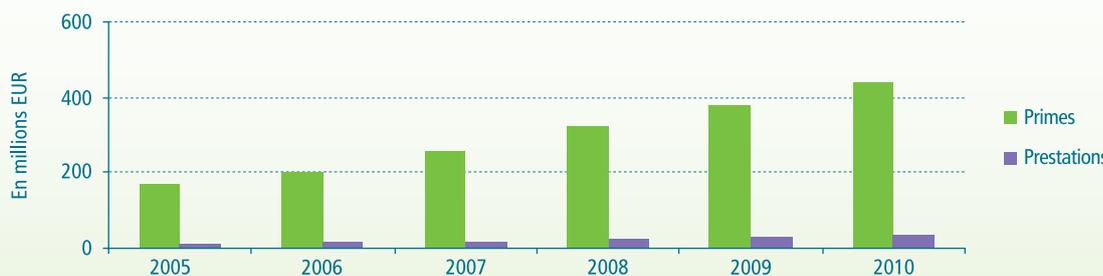


Fig. 19

Primes et prestations des garanties complémentaires Dépendance des assureurs Santé privés (2005 – 2010)



les Ersatzkassen (caisses complémentaires de santé) ont servi cet objectif et, à plusieurs reprises, la complémentaire a été vendue dans le cadre d'un package, facilitant ainsi la distribution du produit. Le passage entre assurances Santé publique et privée étant devenu plus difficile, le nombre de nouveaux demandeurs d'assurances globales a enregistré un ralentissement significatif. Raison de plus pour que les offres de complémentaires des assurances Santé facilitent la distribution d'autres produits et soient également proposées via des mailings.

La situation est différente pour les assureurs Vie qui pendant des années ont été à la recherche d'un produit adapté pour les seniors afin d'ouvrir ce segment de clientèle à la distribution. Pendant des décennies, les assureurs Vie allemands n'ont pas disposé de produits d'assurance autre que la rente pure pour leurs clients de 60 ans et plus. Résultat, l'argent a quitté les portefeuilles des assureurs Vie au bénéfice des comptes bancaires des clients. À la recherche de produits de réinvestissement, les assureurs Vie allemands ont découvert que les rentes Dépendance étaient l'une des solutions envisageables. Ainsi, ce qui au départ n'était qu'une adaptation des assurances Accidents²⁹ aux besoins des seniors a conduit à une exploitation commerciale étendue des rentes Dépendance. En tenant compte de la structure des ventes, les premières rentes Dépendance ont été exclusivement fondées sur la définition des risques des assurances Dépendance obligatoires. Depuis, cette définition est utilisée en complément de celle, généralement admise, des AVQ.

2 - 4

Espagne

En Espagne, c'est la loi 39/2006 sur la dépendance approuvée par la Chambre des députés qui a posé les fondations du système pour l'autonomie et la surveillance de la dépendance (SAAD - Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia) qui devient le quatrième pilier du système de protection sociale (avec les systèmes de la santé publique, de l'éducation et des retraites tels qu'ils ont évolué ces dernières années).

Suite à la loi 39/2006 du 14 décembre, le décret 504/2007 définissant les critères d'évaluation des degrés de perte d'autonomie a été adopté le 20 avril 2007.

Sur la base des définitions des AVQ utilisées par d'autres programmes européens et américains, cette norme complétant la loi espagnole prévoit 3 degrés de perte

d'autonomie (modéré, sévère et majeur) sous-divisés chacun en deux niveaux :

- **Modéré** : la personne requiert une assistance pour effectuer des ABVQ (activités de base de la vie quotidienne - Actividades Básicas de la Vida Diaria) au moins une fois par jour, ou requiert une assistance limitée pour son autonomie personnelle.
- **Sévère** : la personne requiert une assistance deux à trois fois par jour pour effectuer plusieurs ABVQ mais pas l'assistance de tiers de manière continue ou une assistance extensive pour son autonomie personnelle.
- **Majeur** : la personne requiert une assistance pour effectuer plusieurs ABVQ plusieurs fois par jour, et étant donné sa perte d'autonomie physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, l'assistance continue d'un tiers est indispensable ou bien elle requiert une assistance générale pour son autonomie personnelle.

La loi prévoit une mise en œuvre progressive jusqu'en 2015, qui privilégie les soins aux personnes en ayant le plus besoin.

Les principes sous-tendant cette loi sont les suivants :

- Nature publique des prestations
- Accès universel à la couverture, sous conditions d'égalité sur tout le territoire espagnol
- Prise en charge complète des soins des personnes nécessiteuses
- Couverture croisée des mesures politiques en faveur des soins aux personnes dépendantes
- Évaluation des besoins des personnes, prise en compte de critères d'équité
- Personnalisation des soins
- Mise en place de mesures de prévention et de réinsertion
- Aide aux personnes dépendantes à profiter de la plus grande autonomie possible
- Aide aux personnes à rester dans leur environnement familial, dans la mesure du possible
- Qualité, durabilité et accessibilité des services
- Implication des personnes prises en charge et le cas échéant, de leur famille et des entités les représentant conformément à la loi
- Collaboration des services médicaux et sociaux pour offrir des services aux bénéficiaires du système public espagnol
- Participation du secteur privé et du « troisième secteur » (organisations privées à but non lucratif, ayant un objectif social et œuvrant dans le domaine de la solidarité sociale) à l'attribution de services et de prestations
- Coopération inter-services
- Intégration des avantages prévus par la loi dans le réseau de services sociaux des communautés autonomes

²⁹ • Au début des années 2000, de nombreux produits d'assurance Accidents pour les seniors sont apparus sur le marché ; outre une définition étendue de l'accident (par ex., inclusion de la fracture du fémur et du col du fémur), ils comportaient également des services d'assistance globaux.

- Prise en compte des perspectives par sexe, sur la base des besoins différents entre hommes et femmes
- Aide préférentielle aux personnes atteintes d'un degré majeur de dépendance

Comme le système le prévoit, les prestations Dépendance telles que stipulées dans la loi peuvent prendre la forme de prestations de services ou de prestations financières, ces dernières constituent l'exception. Dans tous les cas, ces prestations financières sont toujours associées à une prestation de service.

2 - 4 - 1

Passage en revue de la définition espagnole

La définition espagnole s'appuie sur une évaluation de l'assistance requise par une personne pour effectuer dix activités, elles-mêmes sous-divisées en différentes tâches.

Chaque activité est associée à un nombre de points dont le total s'élève à 100.

Activité	Points
Manger et boire	17,8
Contrôle des fonctions urinaires et anorectales	14,8
Prendre un bain	8,8
Autres soins personnels	2,9
S'habiller	11,9
Prendre soin de sa santé	2,9
Mobilité (physique)	7,4
Mobilité à l'intérieur de l'habitation	12,3
Mobilité à l'extérieur de l'habitation	13,2
Tâches ménagères	8

Le nombre de points par activité est réparti entre les tâches qui composent l'activité en question.

Le tableau ci-dessous détaille la première activité définie par la norme, à savoir « Manger et boire ».

Manger et boire	100 %
Ouvrir des bouteilles et des boîtes de conserve	10 %
Couper ou trancher de la nourriture en morceaux	25 %
Porter la nourriture à la bouche à l'aide de couverts	25 %
Tenir un verre	15 %
Porter le verre à la bouche	15 %
Boire au verre	10 %

Le niveau d'assistance requis pour effectuer chaque activité est évalué et un coefficient lui est affecté.

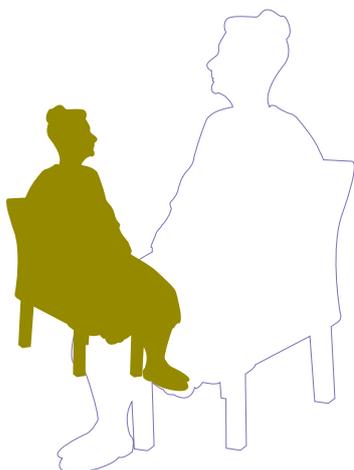
N'a pas besoin d'aide	0 %
Supervision / préparation	90 %
Assistance physique partielle	90 %
Assistance physique maximum	95 %
Assistance spéciale	100 %

Le score final s'obtient en additionnant la note des sous-activités que la personne évaluée ne peut pas effectuer, pondérée par le coefficient du degré d'assistance requis pour chaque tâche, et la note de l'activité correspondante.

Le degré de la perte d'autonomie est fonction du nombre de points obtenu.

Degré	Niveau	Points
I (Modéré)	1	25 - 39
I (Modéré)	2	40 - 49
II (Sévère)	1	50 - 64
II (Sévère)	2	65 - 74
III (Majeur)	1	75 - 89
III (Majeur)	2	90 - 100

Pour les personnes atteintes d'une maladie ou d'une incapacité mentale, ou dont les capacités cognitives et perceptuelles sont altérées, une pondération spécifique est appliquée aux tâches à effectuer ; le score final retenu est celui qui avantage le plus la personne évaluée.



2-4-2

Comparaison des définitions espagnole et française

La définition utilisée par le modèle de dépendance français est clairement transférable à ce marché. Les similitudes entre les deux concepts de dépendance ont été étudiées afin de savoir si les définitions étaient comparables, et si l'expérience accumulée et les taux applicables en France pourraient être transposables.

Si l'on détaille les activités couvertes par chaque définition, on note que la définition espagnole inclut des activités de la vie quotidienne qui ne figurent pas dans la définition française.

Cette comparaison théorique a débuté par un rapprochement des activités couvertes par les deux systèmes. Nous avons ensuite procédé à une seconde analyse sur la base d'une population réelle provenant du « Survey on Disabilities, Deficiencies, and Health Status » (INE 1999).

Cette enquête offre une base de données extrêmement fournie :

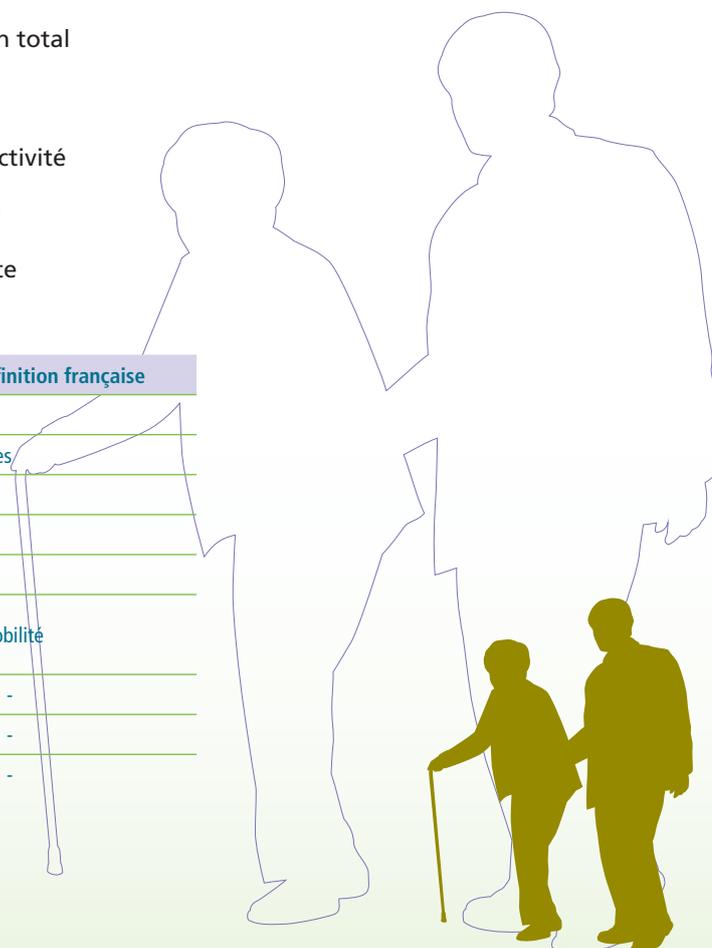
- Âge, sexe, région de résidence
- Activités concernées par les difficultés (parmi un total de 36)
- Pour chaque activité :
 - type d'assistance nécessaire et reçu
 - sévérité de la perte de capacité à effectuer l'activité
 - évolution estimée de la perte d'autonomie
 - déficience à l'origine de la perte d'autonomie
 - âge auquel la perte est apparue
 - caractère temporaire ou permanent de la perte d'autonomie

Activités / Définition espagnole	Activités / Définition française
Manger et boire	
Contrôle des fonctions urinaires et anorectales	
Prendre un bain	
S'habiller	
Déplacer des objets	
Mobilité à l'intérieur de l'habitation	Mobilité
Mobilité à l'extérieur de l'habitation	
Autres soins personnels	-
Prendre soin de sa santé	-
Tâches ménagères	-

Pour chaque personne concernée, la définition espagnole et le nom de l'activité ne pouvant plus être effectuée (définition française : AVQ) sont passés en revue.

Les résultats obtenus confirment la première comparaison ; cela implique qu'il est possible de quantifier précisément chaque niveau de perte d'autonomie d'après la définition espagnole, et de l'exprimer comme étant fonction de l'AVQ ne pouvant plus être effectuée conformément à la définition française.

Le modèle français rejoignant clairement le contenu de la loi espagnole, il est possible de s'appuyer sur les paramètres techniques issus de l'expérience de la réassurance de ce risque en France, d'autant que les informations statistiques relatives à la prévalence et la longévité de la population font défaut en Espagne.



2-4-3

Produits d'assurance en Espagne

Plusieurs produits et modalités de couverture ont vu le jour en Espagne ; les prestations peuvent prendre la forme d'un versement unique ou d'un revenu, de nature temporaire ou permanente.

Néanmoins, et malgré les efforts déployés, la pénétration de cette assurance est faible, comme le montre le tableau suivant :

à des consommateurs expérimentés et prudents qui ont le temps de passer en revue, comparer et décider.

- Le message publicitaire doit être axé sur la solution et non sur le problème, en laissant supposer un certain âge mais sans le citer clairement ; pour de nombreuses personnes, la dépendance est un sujet tabou. Les valeurs à communiquer ont davantage trait au confort, à la sécurité et à la tranquillité d'esprit, ces personnes souhaitant préserver leur autonomie et leur dignité ainsi que leur indépendance fonctionnelle et financière.
- Il est impossible de créer un produit visant la couverture à 100 % des coûts de dépendance qui, comme

Fig. 20

	NOMBRE D'ASSURÉS	PRIMES NETTES SOUSCRITES (NETTES D'ANNUL.)		DISPOSITIONS TECHNIQUES		
	à compter du 31/12	JAN - DEC 2009	Δ d'année en année	à compter 31/12/2009	Δ interannual	Δ à compter de janvier
2009	15 477	2 164 294,05	5 100,39 %	3 300 966,93	21 511,64 %	21 511,64 %
2010	17 453	2 420 809,90	9,47 %	4 358 006,84	31,26 %	31,26 %

	AMORTISSEMENTS DISPONIBLES / ANTICIPÉS	ARRIVÉES À ÉCHEANCE	DOMMAGES / PERTES	RENTES VERSÉES	TRANSFERTS
2009	0,00	0,00	0,00	33 828,10	0,00
2010	0,00	0,00	0,00	20 830,37	0,00

Source : ICEA

En raison des difficultés rencontrées actuellement par le secteur public espagnol, tant en matière de financement que d'allocation de services aux personnes nécessiteuses, il est important que le secteur privé agisse et complète l'action de l'État en jouant un rôle fondamental dans la réponse aux besoins des personnes dépendantes.

2-4-4

Distribution en Espagne

Le produit d'assurance Dépendance peut être commercialisé soit par le secteur bancaire soit par des canaux traditionnels.

Comme dans tous les processus de lancement d'un produit d'assurance sur le marché, et étant donné que nous venons d'étudier dans le détail la structure du produit, la couverture, les conditions de sélection, les écarts de garanties, les taux, etc., il est nécessaire que le message transmis soit formulé avec soin afin de mettre en valeur les points qui trouveront le meilleur écho chez le client :

- Le marché espagnol s'adresse essentiellement à un segment particulièrement sensible de la population, le marché des personnes âgées : elles refusent d'être laissées pour compte en tant que telles ; nous avons affaire

mentionné plus haut, peuvent atteindre 3 000 € par mois. Par conséquent, il peut être nécessaire d'adapter le montant de la rente mensuelle viagère afin de compléter d'autres ressources, comme l'assistance informelle, la pension de retraite, les prestations Dépendance publiques et l'épargne potentielle. Ainsi, le produit est un complément qui n'a pas pour objet de concurrencer ou de remplacer d'autres offres du marché, telles que les prêts hypothécaires inversés. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure le rendement obtenu par une personne au titre d'une telle offre pourrait être suffisant pour couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie.

- De plus, il est important de ne pas rester focalisé sur de potentielles incitations fiscales. De toute évidence, un avantage fiscal est souhaitable et nécessaire mais il ne suffit pas à garantir le succès du produit. Le fait de s'appuyer exclusivement sur une hypothèse fiscale pourrait pervertir l'esprit de la couverture.
- Naturellement, le produit devra également être correctement adapté au canal de distribution. Quel que soit ce canal, il sera nécessaire d'axer les ventes sur la création du besoin et de veiller tout spécialement à ce que le client comprenne ce qu'il est en train d'acheter afin d'éviter un taux de chute élevé.

2 - 5

Autres pays européens

2 - 5 - 1

Suisse

L'assurance Dépendance privée ne connaît pas un grand succès en Suisse. Pour comprendre pourquoi, il suffit de jeter un œil au système de sécurité sociale suisse, particulièrement développé, et qui offre une aide financière substantielle aux personnes qui en ont besoin.

En plus de l'assurance Santé obligatoire, l'assurance Invalidité (Invalidenversicherung ou AI) et/ou l'assurance Vieillesse et survivants (Alters- und Hinterlassenenversicherung ou AVS) couvrent également les cas de dépendance en Suisse.

L'assurance Santé verse une indemnité définie pour chaque jour passé en institution, l'AI et l'AVS une indemnité de présence. Les prestations de l'assurance Santé, ainsi que l'indemnité de présence de l'AI et de l'AVS, ne sont pas conditionnées à la situation financière de l'assuré. Si cela est nécessaire d'un point de vue financier, une prestation complémentaire est accordée en plus de l'indemnité de présence de l'AI ou de l'AVS.

La classification de la dépendance dans l'AI et l'AVS repose sur 3 niveaux, identiques dans les deux cas. Elle est comparable aux 6 AVQ utilisées par le secteur privé international selon l'échelle de Katz³⁰. Toutefois, l'assurance Santé recourt à une classification différente appelée BESA³¹.

La classification utilisée par l'assurance Santé est définie par la loi³² et dépend de l'assistance régulière requise pour les tâches quotidiennes et de la surveillance complémentaire.

2 - 5 - 1 - 1

Assurance Invalidité

Durant la vie active, c'est-à-dire jusqu'à l'âge moyen de départ à la retraite (64 ans pour les femmes et 65 pour

les hommes), l'AI est en charge de l'indemnité « de présence » en cas de réalisation du risque.

Les conditions pour bénéficier des versements sont les suivantes :

- l'assuré réside de manière permanente en Suisse
- la perte d'autonomie selon les niveaux 1 à 3 est avérée
- l'assurance Accidents ou l'assurance Militaire ne sont pas mises en œuvre
- le délai de carence est d'un an

L'assuré requiert une assistance constante pour des raisons de santé liées aux AVQ, ou d'une surveillance. De plus, une assistance aux activités de la vie quotidienne est assurée (par ex., incapacité à vivre seul, besoin d'aide pour garder des contacts extérieurs ou risque d'isolement). Dans ce cas, un pourcentage d'invalidité d'au moins 25 % est appliqué.

Les indemnités diffèrent en fonction du niveau de dépendance et ont été doublées pour les soins à domicile lors de la quatrième révision de l'AI, afin d'encourager ce type de soins.

Niveau	Institution	Soins à domicile
1	228 CHF / mois	456 CHF / mois
2	570 CHF / mois	1 140 CHF / mois
3	912 CHF / mois	1 824 CHF / mois

L'indemnité de présence est indépendante des revenus ou du patrimoine de l'assuré.

Les principales raisons de dépendance sont les maladies et les anomalies congénitales, les accidents n'étant à l'origine que de 5 % des cas.

Fig. 21

Bénéficiaires d'indemnités de présence et de rentes AI, par causes d'invalidité, décembre 2009³³

Causes d'invalidité	Indemnité de présence Bénéficiaires	Retraités invalides	Probabilité de dépendance
Anomalies congénitales	14 400	28 500	50,3 %
Maladies	15 100	193 400	7,8 %
Accidents	1 400	22 200	6,5 %
Total	30 900	244 100	12,7 %

30 • Selon Katz (voir paragraphe 2.2).

31 • BESA est le sigle du système de décompte et de classification des résidents.

32 • 831_201 ; article 37 Dépendance : évaluation.

33 • BfS ; statistiques AI décembre 2009.

Environ 13 % des rentiers perçoivent également l'indemnité de présence au titre de l'AI. Pour les bénéficiaires dont la dépendance est due à une maladie ou un accident, le pourcentage global est à peu près identique, avec 14,3 % ou 7,8 % et 6,5 % respectivement, tandis que la moitié des personnes percevant une rente pour anomalie congénitale ou invalidité perçoivent également une indemnité de présence.

L'analyse des causes d'invalidité en cas de maladie ou d'accident révèle que les maladies et les lésions du système nerveux sont de loin les causes les plus fréquentes de cas sévères.

Dans le cas des maladies, les psychoses sont la cause la plus fréquente avec 35 % de toutes les indemnités de présence, suivies par les maladies du système nerveux avec 30 %. Dans le cas de la dépendance sévère, les maladies du système nerveux sont la cause la plus fréquente avec 65 % de tous les cas³⁴.

Dans le cas des accidents, le système nerveux est affecté dans 49 % des cas, suivi par les lésions osseuses avec 40 %. Dans les cas sévères, l'atteinte du système nerveux, avec 62 %, constitue la cause la plus fréquente, comme pour les maladies³⁵.

2-5-1-2

Assurance Vieillesse et Survivants (AVS) :

L'assurance Vieillesse et Survivants (Alters- und Hinterlassenenversicherung) est en charge de l'indemnité de présence en cas de perte d'autonomie à l'âge de la retraite, soit 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes.

Les conditions fixées pour le versement des prestations sont les mêmes que celles de l'assurance Invalidité mais en plus, le bénéficiaire doit percevoir une rente de l'AVS.

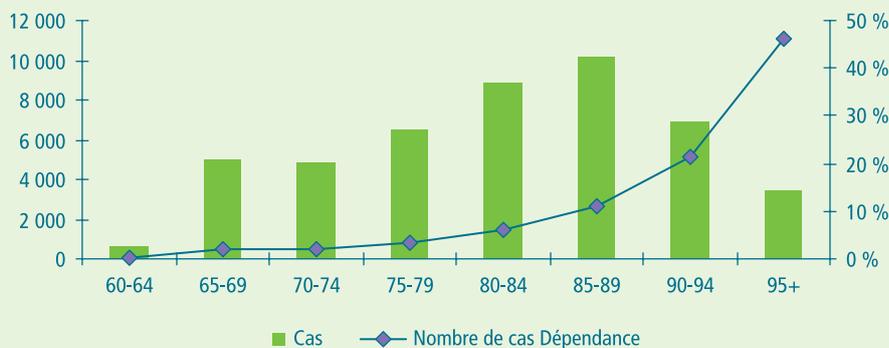
Les niveaux de prestation sont les mêmes que ceux de l'assurance Invalidité pour les degrés 2 et 3 mais sans distinction entre soins en institution et soins à domicile.

Si l'assuré perçoit déjà une indemnité de présence de l'AI, il reçoit le même montant au titre de l'AVS sous la forme d'une rente de vieillesse.

Tandis que 0,5 % à 1 % des assurés de l'AI bénéficient d'une indemnité de présence, ce pourcentage continue d'augmenter pour l'AVS. Pour le groupe d'âge des 80-84 ans, il s'élève déjà à 5 %. Chez les 85-89 ans, il dépasse 10 % et chez les 90-95 ans, il atteint 20 %. Au-delà de 95 ans, pratiquement un rentier sur deux est en situation de dépendance.



Fig. 22
Nombre de bénéficiaires d'une indemnité de présence AVS en 2009, par groupes d'âge et en pourcentage des rentiers, d'après les statistiques de l'assurance sociale suisse pour 2009



34 • BFS, statistiques AI décembre 2009.
35 • BFS, statistiques AI décembre 2009.

2-5-1-3

Prestations complémentaires

En plus de l'indemnité de présence, il existe des prestations complémentaires pour les assurés dépendants, accordées après évaluation de leurs besoins financiers. Ces prestations complémentaires dépendent des revenus réguliers et du patrimoine de la personne dépendante.

En 2009, les prestations complémentaires moyennes pour les assurés percevant des rentes de vieillesse et placés en institution s'élevaient à 2 879 CHF par mois. Pour les personnes vivant à leur domicile et bénéficiant de prestations complémentaires, le paiement mensuel moyen au titre de l'AVS s'établissait à 898 CHF. En raison du peu de réserves financières dont disposent les personnes qui se retrouvent dépendantes avant l'âge de la retraite, les prestations complémentaires moyennes de l'AI sont nettement plus élevées : 3 275 CHF par mois pour les soins en institution et 1 027 CHF par mois pour les soins à domicile³⁶.

Pour un quart des personnes célibataires vivant à domicile et percevant une prestation complémentaire, cette dernière se chiffre à moins de 500 CHF par mois. À l'inverse, pour plus de 40 % des personnes vivant en institution et percevant une prestation complémentaire, cette dernière excède 3 000 CHF par mois³⁷.

L'écart financier en faveur des personnes vivant en institution s'explique par le coût élevé de ces établissements, tandis que les bénéficiaires de prestations complémentaires vivant à domicile demandent ces aides en raison de leurs revenus modestes³⁸.

2-5-1-4

Assurance Santé

Depuis 1998, les coûts des institutions pris en charge par l'assurance Santé ont connu une croissance moyenne de 4,5 % par an. Pour les seules prestations Dépendance, cela représente environ 1,8 milliard de CHF pour 2008, soit 7,9 % des coûts totaux de l'OKP³⁹.

L'assurance Santé utilise une autre classification que l'AI et l'AVS pour l'évaluation de la dépendance : il s'agit des niveaux BESA. Pour les soins en institution, les coûts Dépendance et les coûts de soins sont calculés selon les niveaux BESA. Ces niveaux dépendent de la durée journalière, en minutes, de l'aide requise.

Le système BESA comporte cinq niveaux :

- Niveau 0 : pas de soins requis
- Niveau 1 : soins et traitement occasionnels / minimes
- Niveau 2 : soins et traitement légers
- Niveau 3 : soins et traitement modérés
- Niveau 4 : soins et traitement extensifs / sévères

Fig. 23

Coûts Dépendance de l'assurance Santé en millions de CHF⁴⁰

36 • Statistiques BFS relatives aux prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI pour 2009.

37 • Statistiques BFS relatives aux prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI pour 2009.

38 • Statistiques BFS relatives aux prestations complémentaires de l'AVS et de l'AI pour 2009.

39 • OKP : Obligatorische Krankenpflegeversicherung : assurance obligatoire des soins.

40 • Statistiques de l'assurance Santé obligatoire, 2008.



2-5-1-5

Contributions personnelles aux frais d'institution

Les contributions personnelles incombant à l'assuré (ou mutualisation des coûts en tant que prestations complémentaires) pendant le séjour en institution consistent en des frais d'hébergement, des frais de soins infirmiers et des frais dits de contribution personnelle.

Si la différence entre les rentes AI des femmes et des hommes est minime, elle est en revanche énorme pour ce qui est des rentes de vieillesse du système de retraite professionnel. Cela conduit à un écart pratiquement deux fois plus élevé pour les femmes dans ce domaine, quel que soit le niveau de soins.

Sur la base de quelques hypothèses moyennes concernant les prestations perçues au titre de la retraite et de la pension d'invalidité des premier et second piliers, les écarts suivants sont observés en fonction du niveau de soins, du sexe et du type de rente.

Les paiements émanant de la sécurité sociale sont adaptés selon les niveaux de soins, de sorte que les écarts absolus, à la différence des pourcentages, ne varient pas considérablement. Cela permet d'identifier plus facilement les besoins, indépendamment de tout niveau de soins potentiel.

Les personnes qui n'ont pas de patrimoine ou dont le patrimoine est minime sont prises en charge en cas d'écart de prestations complémentaires ne relevant pas de la prévoyance sociale, pour ce qui est des prestations liées aux biens. Quant aux personnes dont le patrimoine excède les montants fixés pour les indemnités correspondantes, elles commencent à puiser dans leurs réserves à la survenue de l'événement déclencheur.

Cela marque le point de départ de la couverture privée dans le domaine de l'assurance Santé et Vie, que nous allons développer ci-après.

2-5-1-6

L'assurance Dépendance privée en Suisse

En Suisse, les assurances Dépendance privées peuvent prendre la forme d'assurances Vie ou d'assurances Santé.

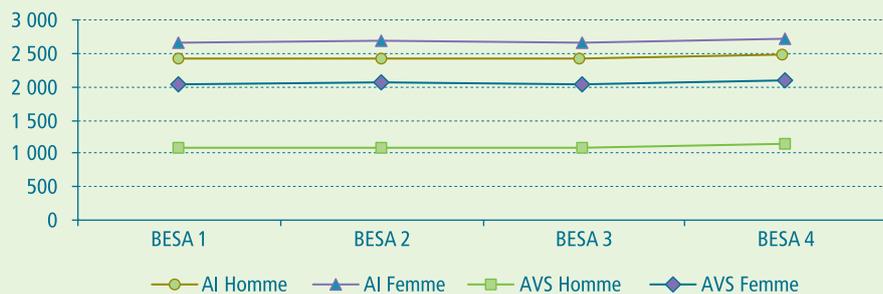
Le produit existant en matière d'assurance Vie consiste à verser une rente viagère aux personnes qui ont atteint l'âge de 65 ans et qui ont besoin d'une aide d'au moins 60 minutes par jour, après un délai de carence de 2 ans et un délai de franchise de 3 mois. Dans les institutions agréées, la rente est versée à 100 %. Dans les autres institutions, ou en cas de soins à domicile, le pourcentage versé est de 25 %. Les maladies préexistantes figurant sur la liste des maladies graves, telles que le diabète avec atteinte des jambes ou la démence, qui touchent des personnes âgées de moins de 65 ans ou avant qu'elles ne souscrivent le contrat, entraînent l'exclusion des garanties, tout comme le droit à des prestations d'invalidité.

Divers prestataires occupent le marché de l'assurance Santé et offrent différents modèles de remboursement de coûts. L'assuré choisit un plafond pouvant atteindre 300 CHF par jour, à partir duquel ses frais d'assistance à domicile, ou ses frais de repas et d'hébergement en institution, lui seront remboursés. Le délai de carence est soit prédéfini pour 2 ans, soit déterminé par l'assuré entre 6 mois et 3 ans. La durée des paiements s'entend à vie ou est limitée à 10 ans, selon le prestataire. Le versement est conditionné au besoin régulier de soins de base et d'un traitement au sens de l'OKP. Dans certains cas, les prestations peuvent être réduites, par exemple si d'autres contrats d'assurance ont été souscrits.

Il existe également un assureur Santé proposant une assurance forfaitaire fondée sur un système de 100 points. Ce système est proche de ceux prévalant en France et en Espagne. Des points sont assignés à 10 activités de la vie quotidienne : 0 (pas de soins requis), 5 (besoin partiel de soins) ou 10 points (besoin total de soins). À partir de 25 points, le forfait retenu (180 CHF maximum par jour) est alors versé en 4 étapes : 25 %, 50 %, 75 % ou 100 %. La durée des prestations s'entend

Fig. 24

Écart moyen, par sexe, type de rente et niveau de soins



à vie et le délai de carence s'élève à 3 ans en cas de maladie. Il n'existe pas de délai de carence en cas d'accident.

Les avantages de l'assurance Dépendance dans le cadre d'une assurance vie résident dans les primes garanties et dans l'exonération du paiement des primes en cas de réalisation du risque. Le remboursement des coûts, qui correspond au modèle le plus courant dans l'assurance Santé, n'est pas soumis à l'impôt. Les rentes doivent être taxées.

À ce jour, aucune des solutions proposées par les compagnies d'assurance privées ne s'est révélée fructueuse. La raison en est double. D'une part, la prime est onéreuse et d'autre part, l'analyse des écarts est compliquée car la situation personnelle de l'assuré peut changer pendant la durée de la couverture. Ainsi, les conseils fournis lors de la demande d'adhésion peuvent ne plus être adaptés lors de la réalisation du risque. L'assuré peut alors ne pas recevoir des prestations publiques complémentaires auxquelles il aurait eu droit auparavant.

2-5-2

Italie

À l'image de la situation observée en Espagne, le secteur de l'assurance Dépendance en Italie est également peu développé. Bien qu'une vingtaine d'assureurs proposent des produits Dépendance privés depuis plusieurs années, la demande reste relativement limitée. Cela s'explique en partie par le rôle prépondérant que continuent de jouer les liens familiaux en Italie, même si depuis un certain temps les effets des changements sociaux se font sentir.

La conception des produits d'assurance Dépendance italiens s'apparente fortement à celle des produits français (modèle des AVQ).

2-5-3

Angleterre et Pays de Galles

Bien que tous les pays européens s'attendent à une explosion du pourcentage de personnes dépendantes dans les années ou décennies à venir, les assurances Dépendance publiques et privées ont été particulièrement longues à se développer dans certains d'entre eux.

En Angleterre et au Pays de Galles⁴¹, les prestations publiques ne suffisent pas pour couvrir les besoins des individus se retrouvant en situation de perte d'autonomie. Toutefois, le marché de l'assurance Dépendance privé n'a pas encore tiré parti de cette faiblesse et se trouve actuellement dans un état moribond.

Au début des années 1990, quelques opérateurs ont lancé une prestation Dépendance préfinancée, combinant la couverture du risque à proprement parler et un volet

épargne. Sur une quinzaine d'années, les quelques opérateurs de ce marché ont vendu moins de 50 000 contrats Dépendance ; le dernier d'entre eux a tiré sa révérence en juillet 2010, en invoquant le manque de demande.

L'échec de ce marché s'explique de différentes manières. Tout d'abord, les Britanniques pensent, à tort, que l'État, fidèle à sa politique de prévoyance, veillera sur eux du berceau au tombeau (même si certains d'entre eux sont conscients que cette aide sera modeste). La dépendance est encore considérée comme une situation trop onéreuse, en particulier pour les personnes qui n'ont pas réussi à épargner suffisamment en vue de leur retraite et qui ont des revenus limités. La population a également du mal à réaliser, au moment de la retraite lorsque la prestation Dépendance préfinancée serait relativement abordable, que l'État n'aidera que les personnes ayant un patrimoine limité (moins de 23 250 £) et des revenus faibles. Etant donné la valeur de l'immobilier au Royaume-Uni, la plupart des propriétaires ne remplissent pas le critère relatif au patrimoine car leur habitation vaut plusieurs fois ce montant minimum. Cela signifie que les personnes ne répondant pas aux exigences requises pour bénéficier de l'aide publique, devraient vendre leur bien immobilier⁴² pour financer leur prise en charge si elles n'ont pas d'autres actifs. Cette politique s'est avérée incroyablement impopulaire, les propriétaires souhaitant souvent transmettre leur bien principal à leurs enfants et ressentant cette vente comme une perte pour leur famille et un gain pour l'État. Les personnes dépendantes ne répondant pas aux critères minimum peuvent compter sur les prestations offertes par les services sociaux et le National Health Service (service national de santé), soutenu par le gouvernement. Les services sociaux versent des prestations pour les soins à domicile et en institution. Toutefois, le système souffre de nombreuses incohérences et selon le lieu de résidence, les niveaux de financement de chaque région et l'atteinte subie, les soins peuvent être pris en charge ou non. Par exemple, en Angleterre, les patients touchés par le cancer bénéficient d'une aide intégrale, alors que les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ne perçoivent aucune aide financière.

L'un des produits qui est tout de même parvenu à s'imposer au Royaume-Uni est la rente « Immediate Needs Annuity ». Ce produit se souscrit lorsque l'état de santé d'une personne se détériore au point qu'elle a besoin immédiatement de soins continus et que son espérance de vie s'en trouve gravement réduite. Toutefois, les coûts inhérents sont évidemment élevés pour la plupart des gens puisque la souscription s'effectue au moment même où les besoins se déclarent. Cette assurance offre une certitude : l'héritage familial ne sera pas dilapidé du fait de la fin de vie et des soins requis par le patient. Il s'agit réellement d'une forme d'assurance Longévité, mais pour les personnes dépendantes.

La dépendance s'est souvent invitée dans l'agenda politique au cours des dernières années mais sans toutefois s'imposer suffisamment dans le débat. Une commission

41 • Les règles appliquées en Ecosse sont plus généreuses et les soins sont plus facilement pris en charge actuellement.

42 • Cette exigence n'est pas appliquée si le conjoint vit dans le lieu de résidence principal.

royale sur l'assurance Dépendance créée en 1997 a recommandé en 1999 la fourniture de prestations Dépendance gratuites à toutes les personnes concernées. Cela a abouti en 2000 au plan NHS qui prévoit des prestations Dépendance pour les soins en institution et à domicile, financées par le gouvernement. Plus récemment, l'ex-gouvernement travailliste a remis ce thème à l'ordre du jour dans un avant-projet ou « green paper » suggérant un partenariat entre l'État et le particulier dans lequel les coûts de la dépendance seraient financés plus équitablement entre les groupes de revenus grâce à un système structuré où les patients devraient acquitter un certain pourcentage de leurs frais, en fonction de leurs revenus. Le nouveau gouvernement étudie de nouveau cette approche et la commission indépendante (Commission on Funding of Care and Support) créée pour proposer un système de financement juste et soutenable pour l'aide sociale aux adultes en Angleterre, a présenté ses conclusions en juillet 2011.

Ses principales recommandations sont les suivantes⁴³ :

- protéger les personnes face aux soins les plus coûteux en proposant un plafond de contribution à vie obligatoire pour chaque adulte et fixé à 35 000 £, au-delà duquel elles deviennent éligibles à une aide complète de la part de l'État,
- relever le niveau auquel l'aide sans conditions de ressources est accordé, de 23 250 £ à 100 000 £.

Le graphique ci-dessous illustre l'impact de ces recommandations sur la proportion maximum d'épuisement des actifs.

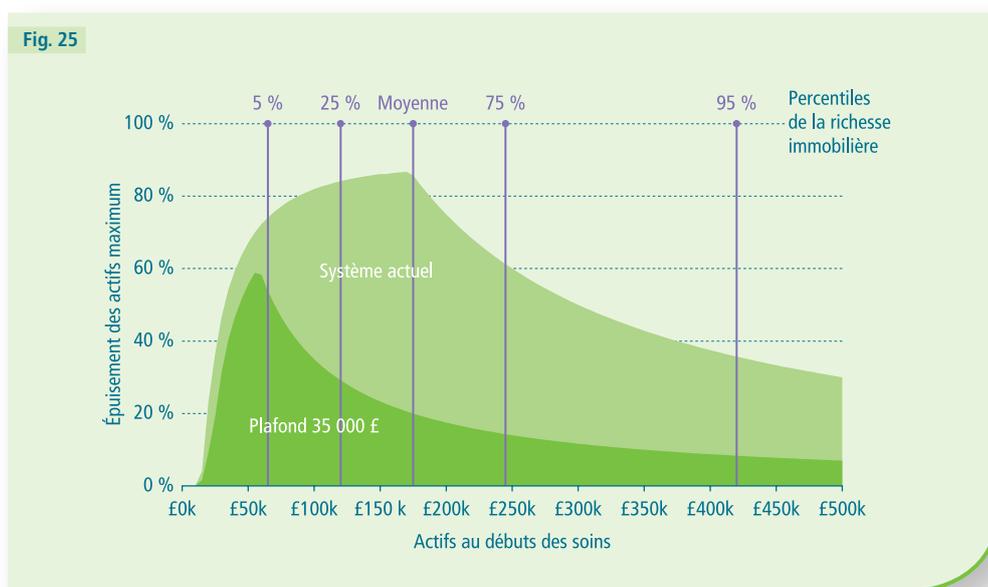
Ces propositions suivent l'esprit du « Green Paper » de l'ancien gouvernement, dans la mesure où elles sont

conçues pour rendre le système plus juste et pour réduire l'incertitude et l'inquiétude générées par l'éventualité de coûts de soins très élevés.

Le surcoût de ces propositions (par rapport à celui du système actuel) si elles étaient entrées en vigueur en 2010 est estimé à 1,7 milliard de livres ou 0,14 % du PIB. La commission indépendante a estimé que ce coût additionnel était très faible par rapport à l'infime niveau de dépense publique consacré actuellement à la dépendance des personnes âgées (comparé au budget alloué au système de santé ou à la sécurité sociale pour ce même groupe de personnes).

Ces recommandations, si elles sont acceptées, devraient stimuler à la fois l'offre et la demande concernant les produits d'assurance privés, le risque plafonné étant bien plus tangible pour les individus et la conception de produits adaptés et abordables s'en trouvant facilitée pour les assureurs. Ces produits seraient probablement associés à des instruments fiscaux tels que des rentes liées à l'invalidité (liées aux retraites), des hypothèques rechargeables (liées au logement) ou à des produits d'assurance préfinancés (liés à une épargne fiscale avantageuse ou à la conversion de produits d'assurance vie ou maladies graves).

Il incombe désormais au gouvernement d'approuver ou non ces recommandations. Une question incroyablement difficile à trancher à l'heure où le Royaume-Uni affiche le déficit public le plus élevé depuis 50 ans. Toutefois, l'opinion publique et l'ensemble des partis politiques estiment qu'une réforme doit voir le jour dans ce domaine. La date de mise en œuvre la plus proche est 2013.



43 • Le rapport complet est disponible sur www.dilnotcommission.dh.gov.uk/2011/07/04/commission-report/

2 - 6

Israël

En Israël, trois opérateurs se partagent le marché de la dépendance, à savoir le secteur public, les fonds d'assurance maladie et les assureurs privés.

Il existe plusieurs entités en charge de la dépendance dans le secteur public :

- Le Ministère du Travail – pour la population active
- L'assurance nationale – pour les retraités à faibles revenus, soins à domicile jusqu'à 18 heures par semaine
- Le Ministère de la Santé – pour les retraités à faibles revenus, soins en institution pris en charge ; c'est ce qu'on appelle les codes Dépendance

Le Ministère de la Santé réglemente les fonds d'assurance maladie et le Ministère des Finances les compagnies d'assurance :

- Fonds d'assurance maladie – couverture collective Dépendance ; les compagnies d'assurance supportent les risques et le fonds d'assurance maladie est l'assuré. Cela concerne environ 4 millions d'assurés, soit la grande majorité du marché
- Assurance privée – assurance collective, essentiellement avec couvertures des employeurs et individuelles

2 - 6 - 1

Réglementation des produits Dépendance en Israël

Quatre fonds d'assurance maladie proposent une assurance santé de base :

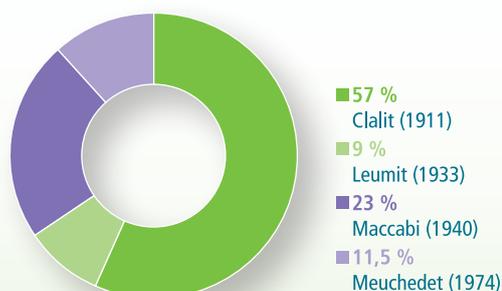
- Fondé en 1911, Clalit est le plus grand fonds d'assurance maladie. Plus de la moitié de la population israélienne est assurée par ce fonds
- Leumit, qui signifie « national », a été fondé en 1933 et est le plus petit fonds d'assurance maladie
- Maccabi a été fondé en 1940 et couvre près d'un quart de la population
- Meuchedet est le plus récent ; sa fondation datant de 1974 seulement

Depuis 1995 tous les citoyens israéliens doivent bénéficier d'une couverture santé. Ils ont le choix entre les quatre principaux fonds d'assurance maladie pour leur assurance santé de base. La couverture est déterminée par le Ministère de la Santé et la contribution de l'assuré est fixée en fonction de son salaire avec un plafond. Le choix du fonds par l'assuré est libre et chaque fonds a l'obligation d'accepter ce choix. Les différents fonds sont en concurrence pour les services, possèdent des hôpitaux et leur propre réseau de médecins.

En plus de la couverture d'assurance santé de base, les fonds d'assurance maladie proposent des assurances supplémentaires à leurs assurés, comme le libre choix

Fig. 26

Fonds d'assurance maladie en Israël



du médecin dans les hôpitaux, des services étendus, des traitements médicamenteux figurant parmi les plus courants. Initialement, ce package incluait également la couverture dépendance. Cela explique le nombre élevé d'assurés Dépendance en Israël : plus de 4 millions de personnes sont assurées par les fonds d'assurance maladie et il existe plus de 320 000 contrats individuels. Ce qu'il adviendra des contrats de prévoyance collective souscrits reste à déterminer. Le nombre des personnes ayant souscrit ces contrats atteint 580 000 à la fin de l'année 2009.

La loi de réconciliation budgétaire de 1998 prévoyait que l'assurance Dépendance puisse être proposée par les fonds d'assurance maladie uniquement par le biais de contrat de prévoyance collective auprès d'une compagnie d'assurance privée. Par conséquent, les couvertures dépendance ont été séparées. Celles-ci furent prises en charge par les compagnies d'assurance tandis que le fonds d'assurance maladie restait à la charge de l'assuré. Toute personne bénéficiant d'une couverture dépendance auprès des fonds d'assurance maladie en 1998 bénéficiait automatiquement d'un contrat de prévoyance collective auprès d'une compagnie d'assurance privée. Malgré l'augmentation du coût, le nombre d'annulations (chutes) n'a pas été significatif.

Les couvertures dépendance auprès des fonds d'assurance maladie sont des contrats de prévoyance collective encore autorisés par le nouveau règlement. Les prestations sont attribuées sur la base de la perte de 3 AVQ sur 6 ou sur un critère de démence. Les prestations consistent en un remboursement des frais d'institution à hauteur du montant mensuel assuré, moyennant parfois une franchise de 20 %, ou quelques heures de soins hebdomadaires (dans certains contrats), ou des paiements mensuels forfaitaires en cas de soins à domicile. La durée des paiements est de 5-6 ans pour 3 des groupes de fonds d'assurance maladie et viagère pour le quatrième. Une des couvertures diminue au bout de 3 ans et la couverture viagère est divisée par deux après 3 ans et

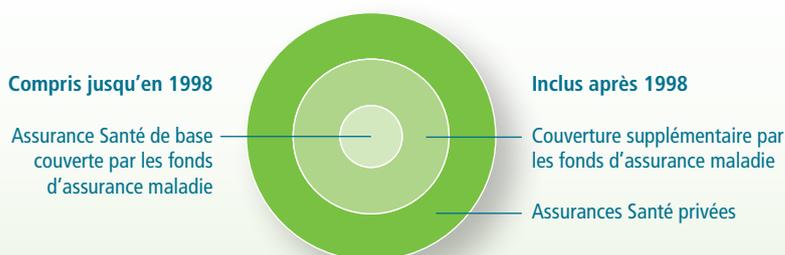
après 5 ans. Dans certains groupes, la prestation dépend de l'âge d'entrée de l'assuré. Il n'y a de délai de carence que dans un groupe pour les nouveaux assurés ; le délai de franchise après la réalisation du risque varie de 1 à 3 mois. Tous les nouveaux membres font l'objet d'une sélection médicale dans ces contrats collectifs.

en charge est de 50 % pour la perte de 3 AVQ sur 6 et de 100 % à partir de 4 AVQ et en cas de démence. La norme du marché est de 100 % pour 3/6 ou 2/6 si l'un des AVQ est la continence.

Pour les couvertures collectives, la continuité d'assurance a été octroyée à l'assuré. Les prestations au titre

Fig. 27

Couverture dépendance fournie par les fonds d'assurance maladie en Israël



2-6-2

Institut national d'assurance

En 1980, le parlement a instauré un cadre pour l'Institut National d'Assurance (NII) en matière de collecte des fonds relatifs au Régime d'assurance de soins prolongés et en avril 1988 des prestations de service visant à compléter celles déjà existantes ont été introduites. Depuis avril 2011 le financement s'élève à 0,14 % du salaire pour les salariés et 0,09 % pour les entreprises tandis que la contribution étatique est de 0,02 %.

En fonction du degré de la perte d'autonomie, la sécurité sociale octroie une subvention d'un total de 9,75 à 18 heures par semaine au titre de la prise en charge de l'assurance Dépendance. Toutefois, l'octroi de cette prise en charge est limité aux personnes âgées déjà à la retraite. Cela pourrait être une des raisons pour lesquelles une proportion très élevée de jeunes gens a souscrit une assurance dépendance privée en Israël.

En 2009, plus de 135 000 personnes dont 70 % de femmes ont perçu des prestations d'indemnisation dans le cadre du programme dépendance. Près d'un tiers de ces personnes est âgée de plus de 85 ans et environ 16 % a moins de 75 ans. La moitié de ces bénéficiaires vivent seuls.

2-6-3

Réglementation en matière d'assurance

Le marché israélien de l'assurance Dépendance est très réglementé.

La couverture repose sur 6 AVQ dont la définition est déterminée par le Commissaire aux Assurances. Pour l'assurance individuelle, la couverture minimale de prise

des contrats de prévoyance collective peuvent être inférieures à celles prévues pour les couvertures individuelles.

Pour ce qui est des contrats de prévoyance collective des fonds de maladie, la totalité de la prestation est désormais octroyée pour la perte de 3 AVQ sur 6 et la démence. Pour les autres contrats de prévoyance collective, principalement proposés comme une couverture abordable par les entreprises à leurs salariés, la structure des prestations peut varier.

Pour toutes les couvertures Dépendance, les primes peuvent être nivelées ou annuellement renouvelables ; à partir de 65 ans, elles sont cependant obligatoirement nivelées. Cela peut conduire à une augmentation massive des primes entre 64 et 65 ans et par conséquent à un risque de résiliation plus important ; cela ne va pas dans le sens des assurés.

L'ajustement des primes doit obligatoirement être accepté par les autorités réglementaires afin d'éviter un dumping des prix par exemple. De plus, il est obligatoire d'accepter les personnes approchant l'âge de 85 ans en assurance individuelle après une sélection médicale.

En 2012 le Commissaire aux Assurances a publié une nouvelle réglementation visant à n'autoriser que les couvertures viagères pour le marché de l'assurance Dépendance privée.

2-6-3-1

Soins à domicile contre institutions

Dans le secteur public environ 70 % des cas de dépendance bénéficient de soins à domicile, tandis que dans l'assurance privée 80 % des soins sont dispensés en institution. Dans le secteur public, les soins à domicile ne sont pas pris en charge, contrairement au secteur privé.

2-6-4

Assurance privée

Le premier produit d'assurance Dépendance est apparu sur le marché en 1978. Il a cependant fallu attendre plusieurs années avant d'assister à une réelle percée du produit. Sur une population d'environ 7,4 millions d'habitants, l'assurance Dépendance privée, avec plus de 4 millions d'assurés, réalise un taux de pénétration important. Les quatre principaux fonds (obligatoires) d'assurance maladie publique proposent désormais à leurs clients une couverture d'assurance Dépendance extensive sous forme de contrats de prévoyance collective. Contrairement aux fonds d'assurance santé, ces assurances Dépendance ne sont pas obligatoires. En plus des assurances collectives, les assureurs israéliens proposent également des assurances Dépendance sous formes de contrats individuels, bien qu'à un niveau de primes considérablement plus élevé.

Les premiers produits d'assurance Dépendance israéliens reposaient sur le principe du remboursement des coûts. La définition des risques avait déjà été élaborée sur le modèle des AVQ, qui étaient au nombre de 6. En moyenne, 100 % de la prestation était alloué en cas de perte d'au moins 5 AVQ (perte d'autonomie complète). Avec une perte de 4 AVQ, l'assuré pouvait prétendre à 75 % de la prestation ; toutefois, la durée de paiement des prestations était limitée entre 3 et 5 ans.

En 2003, les autorités ont procédé à une refonte extensive de la réglementation de l'assurance Dépendance, en raison de la complexité du produit. Différentes circulaires ont resserré les conditions cadre de l'assurance

Dépendance. Outre la définition, les obligations de vérification du risque réalisé ont également été clairement précisées. Afin d'offrir également des prestations aux personnes en situation de perte d'autonomie partielle, le seuil a été abaissé à la perte de 3 AVQ ; dans ce cas 50 % de la prestation est versé.

Pour les contrats individuels existant sur le marché, il est acquis qu'à la perte de 3 AVQ, ou 2 si l'un est la continence, la prestation est versée à 100 %.

Les assureurs israéliens proposent, en plus de la durée de paiement habituellement fixée entre 3 et 5 ans, une durée viagère de versement de prestation. La réorientation de l'assurance Dépendance en 2003 a conduit l'ensemble du marché à ajuster les taux de prime qui étaient initialement assez faibles. En moyenne, les primes ont augmenté de 40 à 50 %, ce qui n'a pratiquement pas remis en cause le succès rencontré par ce produit.

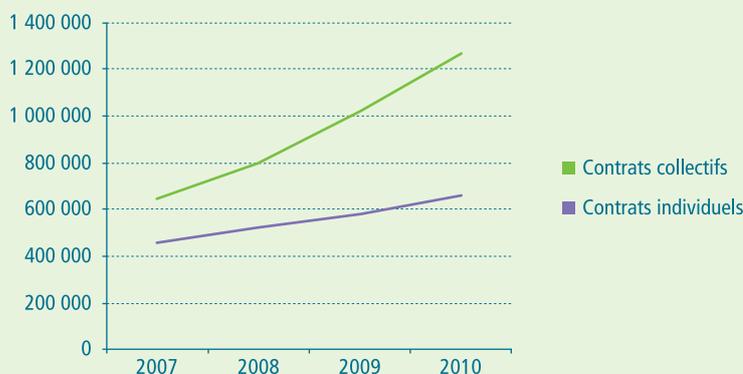
En Israël, sont exclues les affections préexistantes pendant un an pour toute souscription jusqu'à 65 ans, et pendant 6 mois pour les âges supérieurs. Ceci s'applique également à la démence, où l'approche est très différente de celle de la France qui instaure un délai de carence de 3 ans. Toutefois en Israël une sélection stricte est effectuée.

Le marché de l'assurance privée a connu une hausse annuelle de près de 20 % de 2003 à 2009⁴⁴. Près d'un tiers des primes proviennent de l'assurance individuelle.

La croissance des primes de l'assurance privée, non compris la couverture du fonds d'assurance maladie de 2007 à 2010, se présente comme suit :

Fig. 28

Évolution des primes d'assurance privée



44 • Source : Ministère des finances israélien.

2-6-5

Réforme de l'assurance privée

Le Ministère des Finances a envoyé aux compagnies d'assurance un document de consultation portant sur divers sujets, dont les principaux sont :

- Une prime renouvelable annuellement jusqu'à l'âge de 65 ans suivie d'une prime nivelée ce qui conduit à une prime à partir de 65 ans pouvant aller jusqu'à cinq fois celle à l'âge de 64 ans pour l'assurance individuelle.
- L'option de la continuité dans les contrats collectifs est très vague. Les assurés ne sont pas conscients que le fait de quitter un groupe les expose à se retrouver sans assurance Dépendance ou avec une très forte hausse de cotisations. La prestation des contrats collectifs à de jeunes âges est très limitée et peut être couverte soit par un produit d'assurance maladie redoutée ou par une police d'assurance-accident.

Par conséquent, en 2012, le Commissaire aux Assurances a publié une réglementation sur ces sujets. Pour les taux temporaires renouvelables annuellement, une hausse de 4 % maximum est autorisée. Ceci pourrait conduire à davantage de primes nivelées.

Pour les contrats collectifs aussi bien que pour ceux relatifs aux produits d'assurance individuels, il est demandé que la période d'assurance couvre toute la vie de l'assuré (et ne puisse être annulée par la compagnie d'assurance).

La tarification mutualisée par groupes d'âge et sexe n'est plus autorisée si ce n'est un maximum de 5 années par groupe d'âge.

2-7

Singapour

2-7-1

Contexte

Lancé en 2002 sous les auspices du Ministère de la Santé de Singapour, le plan ElderShield est un plan d'assurance Dépendance national visant à aider les citoyens et résidents permanents singapouriens à acquitter leurs soins à long terme en cas d'invalidité sévère.

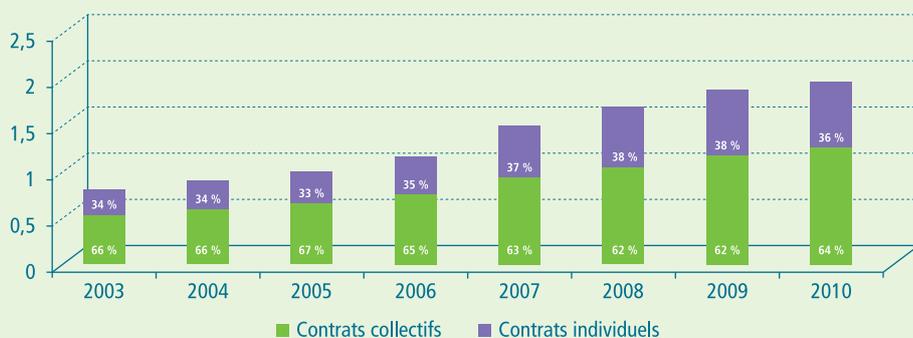
Conformément à la pratique du secteur de l'assurance concernant les produits relatifs aux situations d'invalidité sévère, les assurés qui ne peuvent pas effectuer 3 ou plus des 6 activités de la vie quotidienne (cf. Chapitre 1) perçoivent une aide financière mensuelle de 300 S\$ (env. 150 €), pendant une durée maximum de 60 mois. Il n'existe cependant pas de critères d'évaluation séparés pour les altérations cognitives.

Afin d'assurer la cohérence dans l'évaluation des sinistres, un panel de médecins du secteur privé et du secteur public (68 au total en février 2011) a été mis en place. Ces médecins ont reçu une formation spécialisée afin d'acquérir les compétences nécessaires à l'évaluation des sinistres sur la base des AVQ.

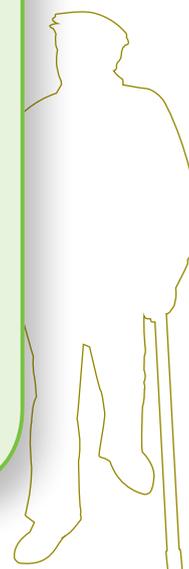
Ce plan n'a jamais eu pour objectif de couvrir l'intégralité des coûts des soins ; il vise à offrir une couverture de base en gardant les primes à un niveau abordable pour tous, en particulier pour les personnes à faibles revenus. La somme choisie, à savoir 300 S\$, a été jugée suffisante à l'époque pour couvrir une large partie des

Fig. 29

Total brut des primes d'assurance dans le sous-secteur des soins infirmiers pour les années 2003-2010 (en milliards d'ILS, pourcentages)



Source : analyse effectuée par le Département des marchés de capitaux, de l'assurance et de l'épargne de l'État d'Israël sur les données des rapports annuels des compagnies d'assurance, basées sur les rapports non consolidés de ces compagnies.



frais d'institution incombant au patient, et subvenir aux dépenses des personnes optant pour des soins à domicile. Lors du lancement de ce plan, les données indiquaient que la plupart des personnes auraient besoin d'une assistance financière pour dépendance sévère pendant environ 5 ans.

A Singapour, il n'est pas rare que les personnes âgées habitent chez leurs enfants adultes. De fait, moins de 10 % des personnes âgées de 80 ans et plus vivent seules. C'est dans ce contexte, et en application de la philosophie du gouvernement concernant la promotion de l'aide familiale et des services communautaires pour la prise en charge des plus âgés, que le versement de l'assurance a pris la forme d'une prestation en espèces, qui n'est pas liée au remboursement des soins en institution.

Dans le souci d'encourager une large participation, un système « d'opt-out » a été introduit, en vertu duquel tous les membres du fonds de retraite obligatoire singapourien, le « Central Provident Fund » (CPF), âgés de 40 à 69 ans sont automatiquement inclus dans le régime sans aucune sélection. Ce système « d'opt-out » permet en outre de réduire l'anti-sélection. Après le lancement du régime, tous les membres du CPF qui ont atteint 40 ans et ceux âgés de 40 à 69 ans nouvellement inscrits ont été automatiquement inclus dans le régime sauf « opt-out ». Les primes sont prélevées sur le compte CPF du membre, ce qui contribue à maintenir les coûts à un niveau supportable puisqu'il n'y a pas de sortie d'espèces et les cotisations sont déductibles des impôts. Enfin, tandis que la couverture est viagère, les membres ne paient leurs primes que pendant une période limitée (en général, jusqu'à l'âge de 65 ans). Les primes sont déterminées à l'âge d'entrée et sont nivelées sur l'ensemble de la durée de leur paiement. Les taux des primes ne sont cependant pas garantis, bien que leur révision ne puisse avoir lieu plus d'une fois tous les 5 ans et ne puisse excéder 20 % du taux précédent.

Afin d'encourager la participation du secteur privé et la concurrence, la gestion du plan ElderShield a été initialement confiée pour une durée de 5 ans à deux assureurs privés, à savoir Great Eastern Life et NTUC Income suite à un appel d'offres concurrentiel. À ce jour, ElderShield est l'un des exemples de l'expérience unique menée à Singapour afin d'impliquer le secteur de l'assurance privée dans un plan d'assurance national. Alors que le gouvernement a défini l'idée du plan d'assurance national, sa tarification et sa gestion sont pilotées par le secteur privé, en concertation avec le gouvernement.

2-7-2

Réforme du plan ElderShield et appel d'offres public

En avril 2007, le Ministère de la Santé a lancé un appel d'offres ouvert afin de désigner les assureurs du plan ElderShield pour une nouvelle période de 5 ans (octobre

2007 – septembre 2012). L'intention était de réformer la structure ElderShield dès octobre 2007 en vue des objectifs suivants :

- Conserver un système « ElderShield de base » pour tous les Singapouriens afin de les aider à payer leurs soins dépendance simples.
- Permettre à des assureurs privés de proposer des « compléments ElderShield » consistant en des garanties et des primes supplémentaires au plan ElderShield de base.

Les assureurs ont été invités à un appel d'offre pour pouvoir :

- Proposer un plan ElderShield de base avec « opt-out » aux membres du CPF éligibles à compter d'octobre 2007 ; et
- Proposer des plans complémentaires ElderShield. Ces derniers seront commercialisés sous la forme de garanties « opt-in » et les primes seront payables à partir des comptes MediSave (comptes santé) des assurés, jusqu'à la limite de prélèvement spécifiée (600 S\$ par an actuellement).

Les assureurs ont été invités à soumettre des tarifs pour les primes envisagées. La sélection d'assureurs devait prendre en compte plusieurs facteurs tels que les primes proposées, l'efficacité des business plans prévus pour ElderShield, l'expertise et l'expérience en invalidité sévère ou en Dépendance et enfin le niveau d'investissement en ressources nécessaire pour la gestion des contrats et des sinistres ElderShield.

2-7-2-1

Résultats de l'appel d'offres public

Le 19 juin 2007, le Ministère de la Santé a annoncé les résultats de l'appel d'offres. Aviva a été retenu comme troisième assureur, en plus des deux autres déjà établis, Great Eastern Life et NTUC Income. Aviva est la compagnie qui a proposé la prime la plus compétitive et Great Eastern Life et NTUC Income ont accepté de s'aligner sur ces taux.

Plusieurs changements concernant le plan ElderShield ont également été annoncés :

- Le versement mensuel ElderShield a été relevé de 300 à 400 S\$ et la durée maximum de paiement étendue de 60 à 72 mois en cas de dépendance sévère.
- Les primes mensuelles n'ont été augmentées que de 2 S\$.
- Le nouveau plan demeure cependant un plan avec « opt-out ». Les membres du CPF qui atteignent l'âge de 40 ans sont automatiquement couverts par ce plan, sauf décision contraire de leur part.

Toutefois, il n'y a pas d'augmentation automatique des garanties pour les assurés existants. Ceux-ci doivent subir une sélection médicale avant de pouvoir accéder

au nouveau plan ou souscrire un plan complémentaire ElderShield. S'ils souhaitent bénéficier des nouvelles garanties, les assurés existants doivent également s'acquitter d'un ajustement de prime. Le Ministère de la Santé a travaillé avec les assureurs ElderShield afin de répartir cet ajustement sur une période de 5 ans pour en faciliter le paiement.

2-7-2-2

Rabais sur les primes

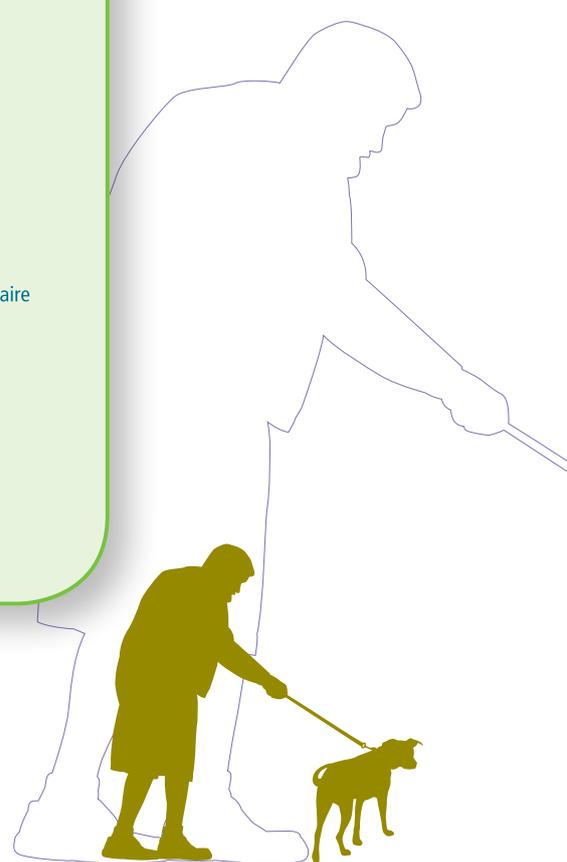
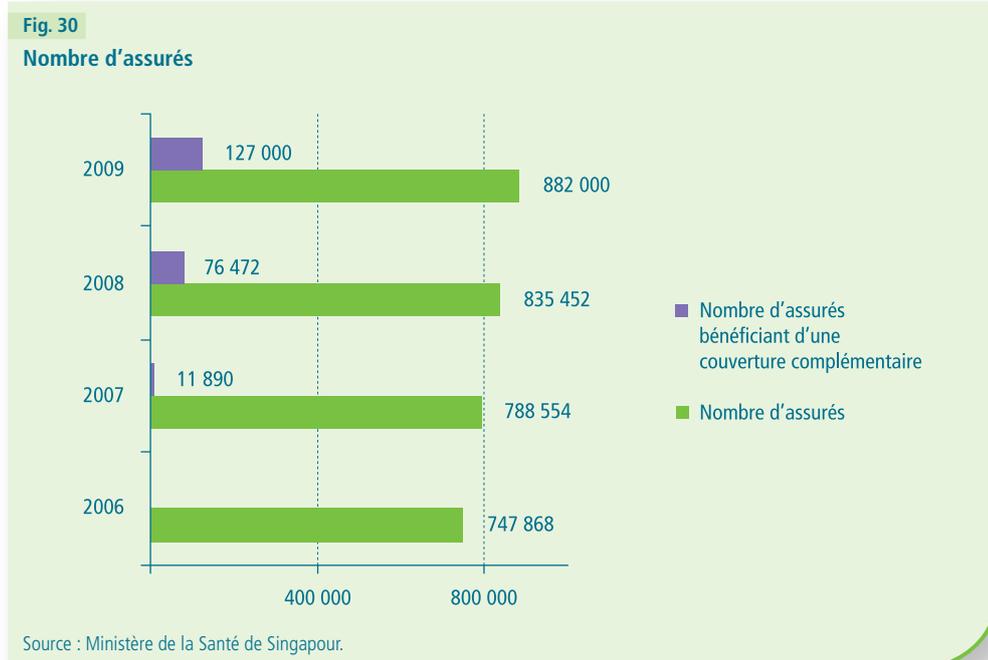
Le contrat ElderShield contenait une clause de rabais sur les primes ; les sinistres ayant été inférieurs aux projections, les assureurs doivent rétrocéder les rabais aux assurés. Selon un communiqué de presse du Ministère de la Santé du 22 juin 2007, le rabais est estimé à 60 millions de dollars, soit environ 7 % des primes acquittées.

2-7-3

ElderShield – situation actuelle

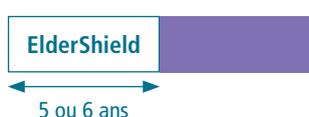
D'après les chiffres publiés fin 2009, le nombre d'assurés ElderShield a atteint 882 000 (55 % des personnes

éligibles), dont 127 000 (14 %) plans complémentaires ElderShield. Le taux d'opt-out a baissé de 38 % (au lancement du plan en 2002) à environ 14 % en 2006 ; il serait passé sous la barre des 10 % au cours des dernières années.



2-7-3-1

Description des garanties supplémentaires actuellement offertes

I – Complémentaires constituant des extensions du plan ElderShield de base**Quand le versement de la prestation commence-t-il ?**

Il commence le mois après lequel votre police ElderShield de base a versé le 60^e ou 72^e paiement (selon si vous relevez du plan ElderShield300 ou ElderShield400).

Quelle est la durée de versement maximum ?

Selon le type de complémentaire acheté, la durée de paiement maximum est soit fixe (4 ou 5 ans), soit viagère. Tous les versements mensuels s'interrompent en cas de décès.

Complémentaires applicables :

ElderShield ValuePlus 300 et 400, ElderShield Lifetime Care 300 et 400.

II – Complémentaires recoupant le plan ElderShield de base**Quand le versement de la prestation commence-t-il ?**

Il commence le même mois que votre police ElderShield de base.

Pendant les 60 ou 72 premiers mois (selon que vous relevez du plan ElderShield300 ou ElderShield400), vous percevez des paiements au titre des deux polices. Ensuite, seule la complémentaire poursuit ses paiements jusqu'à l'expiration de la durée de versement maximum.

Quelle est la durée de versement maximum ?

Selon le type de complémentaire acheté, la durée de paiement maximum est de 6 ou 10 ans. Tous les versements mensuels s'interrompent en cas de décès.

Complémentaires applicables :

ElderShield Comprehensive et ElderShield Care.

III – Complémentaires intégrées dans le plan ElderShield de base**Quand le versement de la prestation commence-t-il ?**

Il commence le même mois que votre police ElderShield de base. Pendant les 60 ou 72 premiers mois (selon si vous relevez du plan ElderShield300 ou ElderShield400), la complémentaire procède aux paiements en plus des paiements au titre de votre couverture ElderShield de base.

Par exemple, un assuré ElderShield400 qui achète une complémentaire offrant une prestation de 1 000 S\$ par mois perçoit les prestations suivantes :

	72 premiers mois	73 ^e mois et au-delà
ElderShield400	400 S\$	0 S\$
Complémentaire ElderShield	600 S\$	1 000 S\$
Total	1 000 S\$	1 000 S\$

Quelle est la durée de versement maximum ?

Selon le type de complémentaire acheté, la durée de paiement maximum est de 12 ans ou viagère. Tous les versements mensuels s'interrompent en cas de décès.

Complémentaires applicables : MyCare et PrimeShield

Depuis le lancement de ce plan, le Ministère de la Santé a toujours affirmé qu'ElderShield était destiné à évoluer avec le temps. Au départ, le Ministère de la Santé a élaboré un dispositif offrant un niveau minimum de couverture et a encouragé le secteur privé à le surpasser en proposant des couvertures complémentaires. Toutefois, lorsqu'il est devenu évident qu'aucune impulsion ne viendrait du secteur privé, le Ministère de la Santé a redoublé d'efforts lors de la dernière réforme, en 2007.

Dans un entretien récent avec la presse, le Ministre de la Santé a annoncé que le plan ElderShield serait renforcé afin d'offrir une meilleure couverture et a exprimé son souhait que davantage d'assurés fassent le choix de compléter leur assurance actuelle. D'abord prévu début 2012, le nouvel appel d'offres sur 5 ans a été repoussé en 2013 afin que le Ministère de la Santé ait le temps d'apporter les améliorations nécessaires au schéma existant. Il est clair que les garanties seront accrues et il faut espérer que le Ministère propose l'introduction de critères appropriés pour évaluer les dossiers d'altérations cognitives comme la démence.

2 - 8

Japon

Avec un âge moyen de 44,7 ans, le Japon est clairement le pays qui affiche la population la plus âgée au monde. L'âge moyen y est supérieur de 5 bonnes années à celui des autres nations industrialisées, et de 15 ans à la moyenne mondiale. Le Japon a réagi de manière appropriée et précoce à ce changement démographique, par le biais de différentes réformes.

Le « Gold Plan » lancé en 1989 par le gouvernement a jeté les bases nationales de la prise en charge Dépendance en institution et à domicile. Toutefois, l'approche consistant à appliquer des garanties Dépendance gratuites a vite été remise en question par la hausse des coûts et des problèmes de financement. Ainsi, en 2000, un système d'assurance Dépendance obligatoire a vu le jour : il est financé à part égale par les cotisations d'assurance et les subventions fiscales. Les primes doivent être payées par l'assuré dès lors que ce dernier atteint l'âge de 40 ans et sont co-financées par son employeur. Le système est administré par les municipalités respectives.

L'introduction de l'assurance Dépendance nationale obligatoire a entraîné un brusque ralentissement du marché Dépendance privé. Les portefeuilles élaborés sur la période de 1989 à 1998, pour environ 2 millions de contrats Dépendance, ont considérablement diminué depuis.

Les garanties des assurances Dépendance obligatoires sont exclusivement axées sur les besoins réels, et non sur la valeur financière de l'aide. Une classification à six niveaux a été spécialement introduite pour évaluer

ces besoins. L'assuré doit acquitter 10 % des prestations fournies. Normalement, aucune allocation n'est versée en espèces, mais les soins formels sont remboursés à hauteur d'un certain montant. À quelques exceptions près, seules les personnes de plus de 65 ans peuvent faire valoir les garanties d'assurance.

La question de la viabilité financière de l'assurance Dépendance nationale dans le futur reste posée. Une première réforme est intervenue en 2006 afin de réduire l'anti-sélection et d'améliorer la qualité des services Dépendance. Une seconde réforme en 2009 a introduit des instruments de contrôle afin d'empêcher les demandes frauduleuses de subventions gouvernementales pour des services qui n'ont jamais été fournis.



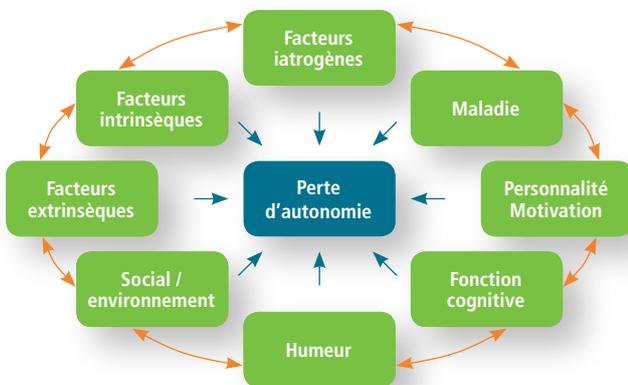
Causes de la perte d'autonomie et conséquences sociales

Les facteurs déclencheurs de la perte d'autonomie sont relativement nombreux et ne font pas toujours l'objet d'une attention suffisante dans les statistiques des garanties souvent fortement agrégées. Le graphique suivant illustre la relation entre les facteurs internes et les facteurs externes et comment ils interagissent. Chaque facteur affecte directement la personne, et peut renforcer l'impact d'autres facteurs.



Fig. 31

Facteurs déclencheurs



3 - 1

Statistiques des causes de cas de dépendance

La répartition moyenne des principales causes de perte d'autonomie (tous groupes d'âge confondus) calculée selon l'expérience des portefeuilles d'assurance français est la suivante :

Fig. 32

Causes de perte d'autonomie

Causes	Pourcentage
Maladies neuro-psychiatriques (démence)	25 - 50 %
Cancer	15 - 30 %
Maladies cardiovasculaires	15 - 30 %
Autres maladies neuro-psychiatriques	10 - 20 %
Rhumatisme	2 - 10 %
Accident	5 - 10 %
Maladies oculaires	1 - 3 %

Le pourcentage d'hommes atteints d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire est nettement supérieur à celui de femmes. Pour leur part, les femmes souffrent bien davantage de démence et de polypathologies. Il est également acquis qu'en moyenne, les hommes perdent leur autonomie un ou deux ans plus tôt que les femmes. L'espérance de vie à compter de la perte d'autonomie est, comme l'on pouvait s'y attendre, plus faible chez l'homme que chez la femme à âge égal.

3 - 2

Démence

Les statistiques sur les différentes causes reflètent clairement la pertinence de la prise en compte de la démence en assurance Dépendance. Le pourcentage de sinistres dus à la démence, de 25 à 50 %, s'applique à tous les groupes d'âges ; toutefois le pourcentage de cas de démence augmente de manière significative avec l'âge. Chez les plus de 75 ans, la prévalence moyenne est de plus de 18 % et peut atteindre plus de 70 % des personnes en institution, la Maladie d'Alzheimer représentant 70 à 80 % des cas.

Contrairement aux autres causes de perte d'autonomie, les soins liés à la démence peuvent entraîner une durée de prestation exceptionnellement longue. Selon des recherches récentes, l'espérance de vie dans les pays développés d'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer est de 8 ans. Au final, il est possible de conclure à la gradation suivante :

Fig. 33

Durées de prestation, par causes

Cause de perte d'autonomie	Durée de prestation
Cancer	Inférieure à la moyenne
Polypathologies	Moyenne
Démence	Supérieure à la moyenne

3 - 2 - 1

Le Minimental State Examination (MMSE)

Il est très difficile de prouver de manière fiable des altérations cognitives. Le minimental state examination (MMSE) est aujourd'hui très répandu. Ce test a été développé en 1975 par Monsieur Folstein et ses collègues, ce qui explique qu'il soit parfois appelé test de Folstein.

Il consiste en un questionnaire permettant à travers 9 activités d'examiner les capacités cognitives de la personne testée. Le score obtenu à cet entretien d'une dizaine de minutes permet d'évaluer les capacités cognitives du patient. Un total inférieur à 15 points indique

des dysfonctionnements cognitifs sévères. Entre 15 et 17, le dysfonctionnement cognitif est modéré. Au-delà, aucun dysfonctionnement cognitif n'est établi.

3 - 3

Taux de rejet

Comme pour l'assurance Invalidité, les assureurs Dépendance enregistrent également un taux de rejet élevé des sinistres soumis. En fonction du marché et de l'assurance, ce taux de rejet peut atteindre 75 %. L'expérience a montré que les rejets sont dus aux causes suivantes :

Fig. 34

Analyse des sinistres rejetés

Motif de rejet	Pourcentage
Conditions (qualifications requises pour la garantie) non remplies	30 - 40 %
Perte d'autonomie uniquement temporaire	15 - 25 %
Délai de carence pas encore expiré	5 - 10 %
Fausse déclaration à la souscription du contrat	5 - 10 %
Décès au cours du délai de franchise (90 jours)	5 - 10 %

Cette liste de motifs de rejet s'appuie sur les expériences accumulées sur le marché français et dépend très fortement de la conception des produits français. Sur d'autres marchés où les délais de carence sont nettement plus courts, le fait que le délai de carence ne soit pas expiré ou que les qualifications requises ne soient pas remplies joue un rôle moins important.

3 - 4

Risques psychosociaux et dépendance

3 - 4 - 1

Les coûts cachés de l'aide informelle

Sur un plan économique, l'aide informelle apportée par la famille ou les amis d'une personne dépendante peut être considérée comme un substitut gratuit à l'aide professionnelle. Cette aide qui peut prendre des formes diverses réduit le recours à l'aide professionnelle et donc diminue les besoins financiers des personnes dépendantes.

Cependant la « gratuité » de l'aide n'est qu'apparente car elle représente un coût en termes de santé des aidants ou d'offre de travail. Ainsi les politiques incitant les quinquagénaires ou sexagénaires à s'occuper de leur parent dépendant afin de maintenir ces derniers

à domicile ne sont pas compatibles avec les dispositifs visant à prolonger l'activité professionnelle des seniors.

Or, les politiques dites de « vieillissement actif » améliorent les capacités de financement des dispositifs de santé et de retraite. Une étude canadienne, intitulée « Longévité : une richesse » (CIRANO, Janvier 2010), se penche sur les enjeux liés au vieillissement de la population. Le constat est clair : pour maintenir la croissance économique à un niveau souhaitable, les travailleurs québécois vont devoir travailler plus longtemps. Les travaux présentés démontrent qu'une hausse du taux d'activité des travailleurs aurait un impact positif sur le PIB.

Au final si l'objectif d'accroissement du taux d'emploi des seniors affiché au niveau européen est atteint, le recours à l'aide professionnelle et donc le risque financier de la dépendance pourrait augmenter.

Il est évident que l'aide informelle réduit le temps de travail des salariés « aidants ». Elle peut par ailleurs contraindre les individus à renoncer à certaines opportunités professionnelles ou à accepter des emplois moins bien payés afin de bénéficier d'horaires plus flexibles leur permettant d'être plus proches du domicile de leurs parents et plus disponibles. Cependant, si l'offre d'aide informelle exerce un effet d'éviction par rapport à l'offre de travail, il est rare que le rôle d'aidant conduise les individus à quitter définitivement le marché du travail (Le Bihan et Martin, 2006).

Il est souvent avancé que le nombre d'aidants informels pourrait diminuer dans les prochaines années du fait de la baisse relative du nombre d'enfants par famille, de l'éloignement géographique des enfants et de manière plus générale de « l'éclatement » de la structure familiale. Cependant, la raréfaction du nombre d'aidants dans les prochaines années semble plus difficile à estimer qu'il n'y paraît. La quantité d'aide reçue par la personne dépendante n'augmente pas nécessairement avec le nombre d'enfants au sein de la famille. Des travaux récents montrent par ailleurs que les aides et entraides au sein de la famille restent fortes et que le nombre d'aidants n'a jamais été aussi élevé. (cf. SCOR Papers N° 15, avril 2011)

3-4-2

L'impact sur la santé des « aidants naturels »

L'aide informelle exerce également un effet sur le niveau de santé des aidants.

De nombreuses études épidémiologiques ont ainsi montré l'effet négatif de l'aide informelle sur le niveau de santé des aidants (Sorensen et al., 2002 ; Brodaty et al., 2003).

Lorsque l'on parle de dépendance, on évoque en effet la perte d'autonomie d'individus qui se retrouvent à la charge physique et mentale de leurs proches (enfants ou conjoints), catégorie nouvellement identifiée comme « aidants naturels ».

Une attention particulière se porte actuellement sur ces « aidants naturels », car cette charge représente une responsabilité qui les confronte à un stress chronique et altère leur santé, des études évoquant même une augmentation de décès précoces.

Depuis de nombreuses années, des efforts de rééducation et de domotique sont faits pour soutenir les personnes en perte d'autonomie physique et l'accès aux soins est organisé afin de les aider dans les gestes de la vie quotidienne devenus impossibles ou difficiles.

Mais, au-delà de ces actes techniques, le sentiment de solitude gagne les personnes âgées dépendantes et le silence dans lequel elles s'enfoncent n'est que le signe de la fin d'un combat perdu et du renoncement. Maintenir une relation affective est souvent un effort important de part et d'autre, car les rôles sont modifiés voire inversés. En outre, les aidants naturels ont souvent tendance à dissimuler leurs difficultés aux professionnels de santé parce qu'ils pensent qu'il n'est pas acceptable d'en faire état.

Dans les situations de pertes d'autonomie cognitive, les efforts faits actuellement en faveur d'un diagnostic précoce des démences et autres maladies neuro dégénératives vont amener une population plus jeune, au tout début de la dégradation, à se confronter à la maladie. Bien sûr, tous les espoirs dans la recherche pharmacologique sont permis et des traitements attendus, mais ils ne sont pas pour aujourd'hui.

Par ailleurs, l'annonce du diagnostic est un choc qui enferme immédiatement la personne et son entourage dans la maladie et les confronte à la dégradation redoutée que l'évaluation a mise en évidence. Pour les plus jeunes, le maintien d'une activité professionnelle est difficile dès l'annonce de la maladie car l'atteinte des fonctions cognitives fait apparaître pour eux et leur entourage familial et professionnel, le spectre de l'irresponsabilité et de la mise en danger. Commence alors la lente descente dans le gouffre de la perte d'autonomie, descente vertigineuse pour les uns, par paliers pour d'autres, insidieuse parfois, mais descente tout de même, qui laisse l'entourage face à ses peurs et ses espoirs, qui stoppe tout projet de vie et embarque les familles dans un ajustement de vie au jour le jour qui les place en insécurité chronique.

Ces réalités étaient jusqu'à présent gérées dans le silence d'une relation duelle, avec un support familial qui en masquait la dureté et l'inscrivait comme un devenir normal en relation avec l'avancement en âge.

Aujourd'hui l'allongement de la durée de la vie entraîne une augmentation du nombre de personnes en risque de dépendance, phénomène conjugué à l'allongement de la durée de la vie professionnelle. Ainsi, des salariés (qui peuvent être par ailleurs toujours en charge d'adolescents ou de jeunes adultes) se retrouvent dans leur dernier quart de vie professionnelle à devoir porter la

responsabilité et la charge financière de leur parent ou de leur conjoint et de concilier le tout avec leur vie professionnelle. Ainsi les parents (conjointes ou enfants) se retrouvent-ils seuls à gérer un quotidien de plus en plus difficile, dans les difficultés relationnelles mêlées de culpabilité qu'induisent ces pathologies.

En se souvenant que ces parents responsables sont des salariés, on repère rapidement que cette charge familiale vient s'ajouter à la charge professionnelle, sur son versant quantitatif (car elle représente 2 à 3 h de travail chaque jour) et sur son versant qualitatif (la charge émotionnelle et mentale est particulièrement forte, et particulièrement dans les dépendances cognitives).

L'épuisement guette ces travailleurs de l'ombre et ils vivent parfois dans un huis clos qui les isole.

Le maintien d'une vie professionnelle est un remède pour eux, pour autant qu'elle soit enrichissante. Pour les entreprises, ces travailleurs sont plus sujets aux problèmes professionnels (retards, absence, attention et rendement réduit). De ce fait, ces travailleurs « fragilisés » sont particulièrement sensibles aux risques psychosociaux, principalement l'absence de soutien social et les difficultés de conciliation vie personnelle/vie professionnelle.

3 - 4 - 3

Les actions de prévention

Sur la problématique de la maîtrise des dépenses de santé, tant les entreprises (avec les questions de stress et de conditions de travail) que les États sont confrontés à la question de la dépendance.

On a vu combien il est important que les « aidants naturels » soient soutenus dans leurs besoins ponctuels ou plus durables, d'aménagement de leur conditions de travail, car ils peuvent devenir une charge sociale et financière importante si l'épuisement précipite la dégradation de leur propre état de santé.

Actions de Réhalto auprès des aidants naturels

Dans le cadre de nos service de prévention et de l'accompagnement des personnes en arrêt de travail, nous sommes de plus en plus fréquemment amenés à prendre en charge des aidants naturels salariés (et parfois même les salariés de leur parent dépendant) en état d'épuisement émotionnel ou physique.

Notre action vise en priorité le retour à un état de santé optimum pour retrouver l'énergie nécessaire à la gestion de la situation. Ceci passe par un rééquilibrage émotionnel mais aussi d'hygiène de vie (nutrition, activité physique et ressources sociales) car bien souvent l'épuisement induit une perte d'attention à soi (son aspect mais aussi son propre bien être) et une perte d'empathie qui induit rapidement de la maltraitance.

C'est pourquoi, l'attention que nous portons à ces personnes est le premier gage pour elles de retour à un comportement plus humain. « C'est ce trésor de compréhension, d'émotions et surtout d'exigences éthiques pour soi et pour les autres que nous avons peu à peu développé avec l'évolution » (Albert Jacquard) qui devra les accompagner tout au long de leur rôle.



Conclusion

Avec une population vieillissante, la majorité des pays développés se trouvent aujourd'hui confrontés au problème d'un nombre croissant de personnes âgées et dépendantes. Les besoins en matière de dépendance, que ce soit au domicile du patient ou au sein d'une institution, continueront de croître tant sur les marchés matures que sur les marchés émergents. En outre, les tendances démographiques et sociales ainsi que les provisions étatiques inadéquates incitent le marché de l'assurance à proposer des solutions de financement en matière d'assurance Dépendance. Le recours aux soins informels prodigués par un membre de la famille à une personne vieillissante est de moins en moins fiable. La nécessité d'anticiper ce qu'il adviendra des personnes qui perdent leur autonomie devient inévitable.

Les produits d'assurance Dépendance garantissent le versement d'une rente ou d'une compensation au titre des soins prodigués à la personne dépendante, en fonction de l'intensité de la perte d'autonomie. Les couvertures proposées peuvent considérablement varier d'un marché à l'autre.

Afin d'aider nos clients à créer et améliorer les produits d'assurance Dépendance qui leur conviennent, SCOR Global Life accompagne l'évolution de ces produits à l'échelle mondiale. Notre Centre R&D dédié à l'assurance Dépendance suit de près toutes les tendances en la matière et reste à l'affût de nouveaux développements afin de s'assurer que les choix de nos clients sont basés sur les informations les plus récentes dont il dispose.

De plus, en tant que réassureur en produits d'assurance Dépendance depuis plus de 25 ans, SCOR a acquis une solide expérience de terrain dans la résolution de problèmes liés à la sélection et à la gestion des risques. SCOR Global Life croit fermement à l'offre de produits la plus complète, conçue sur mesure pour chaque marché. Nos clients bénéficient de l'aide de nos experts pour les accompagner dans la création et l'adaptation d'une large gamme de produits d'assurance Dépendance, qu'il s'agisse de projets de moindre envergure, de projets ciblés ou de solutions complètes livrées clés en main.

Veillez contacter votre interlocuteur SCOR Global Life habituel pour vous aider à concevoir vos produits d'assurance Dépendance.





Assurance
Dépendance

Auteur
SCOR Global Life

Responsable de Publication
Gilles Meyer

Responsable de Rédaction
Bérange Mainguy
Tél. : +33 (0)1 58 44 70 00
life@scor.com

© 2012 – ISSN : 1959-7703

SCOR Global Life SE
Societas Europaea au capital de 274 540 000 €
5, avenue Kléber
75795 Paris Cedex 16 – France
RCS Paris 433 935 558

www.scor.com