



ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE LA RÉASSURANCE EN FRANCE

Octobre 2011

Evolution des couvertures Dépendance en France

SOMMAIRE

Introduction

Cadre possible d'une évolution des couvertures Dépendance en France

1. Expertise réassurance
2. Choix techniques
3. Conclusion

Annexes

- I. Définition de la dépendance*
- II. Différentes approches de l'assurance dépendance*
- III. Continuité dans le temps des droits des assurés*
- IV. Indexation et/ou revalorisation des garanties dans le temps*
- V. Fiscalité*
- VI. Comparaison internationale*

Introduction

Dans le cadre des discussions récentes sur la prise en charge de la dépendance, l'APREF (Association des Professionnels de la Réassurance en France) propose d'apporter un éclairage technique et assurantiel sur les questions liées à l'assurance dépendance.

L'APREF n'a pas pour ambition de proposer un schéma global pour mieux prendre en charge la dépendance en France. Sécurité sociale, partenariat public-privé ou assurance privée obligatoire : ces trois grandes options avaient été discutées au sein des groupes de travail installés en février dernier par les pouvoirs publics, mais ne sont plus désormais d'actualité, la réforme de la Dépendance envisagée par les pouvoirs publics ayant été différée suite à des contraintes budgétaires liées à la crise financière.

Dans ce contexte, il aurait été facile de renoncer à toute forme de développement de produits ou de recherche de croissance en attendant les futures décisions des pouvoirs publics. Il apparaît, au vu du calendrier politique et des priorités de crise, que le contexte réglementaire devrait être stable pour les deux prochaines années, ce qui est favorable pour une transition autonome du marché. En effet les débats récents et les annonces répétées de réforme ont créé des attentes fortes auprès des consommateurs et du grand public. Il nous semble qu'il faut profiter de cette opportunité pour réfléchir aux améliorations possibles de l'offre.

Il s'agit en effet, pour développer ce produit, de rendre le marché plus transparent, homogène et efficient en prenant un certain nombre de mesures allant dans le sens de la standardisation et de la comparabilité des offres. De nombreuses questions techniques doivent être abordées : quels types de couvertures assurantielles souhaite-t-on voir diffuser ? Quelle définition retenir pour la dépendance ? Comment préserver au mieux les intérêts des assurés tout en ne fragilisant pas l'équilibre financier des assureurs ? Quelle visibilité peuvent avoir les assurés sur l'évolution de leurs droits au fil du temps ? Comment trouver un compromis entre accessibilité de l'assurance pour l'utilisateur en termes de tarif et de formalités médicales, niveau des prestations et pérennité de la couverture dans le temps ?

Ces questions, on le voit, soulèvent d'importants enjeux pour les assurés et les assureurs. Des associations de défense des consommateurs en ont d'ores et déjà abordé quelques unes en pointant certaines insuffisances des produits actuels. L'approche proposée ici est agnostique par rapport aux formes de produits ou de distribution, elle se limite à une analyse globale, technique et pédagogique sur l'ensemble des principales thématiques liées à l'assurance dépendance.

Après avoir rappelé le rôle de la réassurance en matière d'assurance dépendance, cette note donnera une vision synthétique de ces enjeux, en formulant pour chaque thématique abordée des propositions concrètes fondées sur l'expertise accumulée par les réassureurs depuis maintenant plusieurs décennies. Elle est complétée par six annexes qui analysent de façon plus détaillée les questions de la définition des différentes approches de l'assurance dépendance (collective ou individuelle, viagère ou annuelle, formalités médicales), de la continuité dans le temps des droits des assurés, de l'indexation et/ou revalorisation des garanties dans le temps, de la fiscalité et enfin une brève comparaison internationale.

Perspectives d'une évolution de la couverture Dépendance en France

1. Expertise réassurance

Les réassureurs ont aujourd'hui développé une connaissance fine du risque dépendance. Peu connus du grand public, les réassureurs offrent à leurs clients (assureurs traditionnels, institutions de prévoyance, mutuelles, que l'on appellera « assureurs » au sens large dans la note), une capacité financière et une expertise technique et internationale leur permettant de mieux gérer les risques qu'ils souscrivent auprès des assurés.

Plus encore que sur la plupart des autres risques d'assurance de personnes sur lesquels ils interviennent (prévoyance, santé, retraite), les réassureurs jouent en matière dépendance un rôle central. En effet, rares sont les produits d'assurance dépendance qui ne donnent pas lieu à un partage de risque avec un ou plusieurs réassureurs. Sur le marché français, environ 70% des primes d'assurance dépendance font l'objet d'une cession de réassurance¹. Il y a à cela deux principales raisons :

1.1. La dépendance engendre pour les assureurs un besoin de capacité financière et de partage du risque

La dépendance est un risque à déroulement long, c'est-à-dire qu'il s'écoule généralement un délai important (de l'ordre de vingt à trente ans) entre le moment où une personne s'assure et le moment où elle entre, le cas échéant, en dépendance. Pendant cette période, les hypothèses prises par l'assureur pour établir son tarif et le montant de ses réserves (probabilité de devenir dépendant, espérance de vie des personnes dépendantes, espérance de vie des personnes autonomes) peuvent être modifiées alors que l'engagement pris envers l'assuré est, pour sa part, fixe et prévu au contrat initial. Assurer la dépendance nécessite donc pour les assureurs de s'engager sur la durée et de prendre des risques qui peuvent peser, à terme, sur leur solvabilité.

Par ailleurs, les premiers contrats ayant été introduits sur le marché français au milieu des années 1980, le risque n'est pas aujourd'hui totalement « déroulé ». Cela signifie que les portefeuilles comprennent encore les assurés des premières générations, dont les contrats ne se sont pas encore dénoués (soit par l'entrée en dépendance de l'assuré, soit par son décès). Bien que la connaissance du risque dépendance ait considérablement progressé ces dernières années, les assureurs ne disposent pas encore d'une observation globale de l'incidence du risque sur une génération complète d'assurés. Pour ces raisons, les assureurs qui proposent des couvertures dépendance souhaitent en général maîtriser le risque qui pèse sur leurs fonds propres en en cédant une partie à des réassureurs.

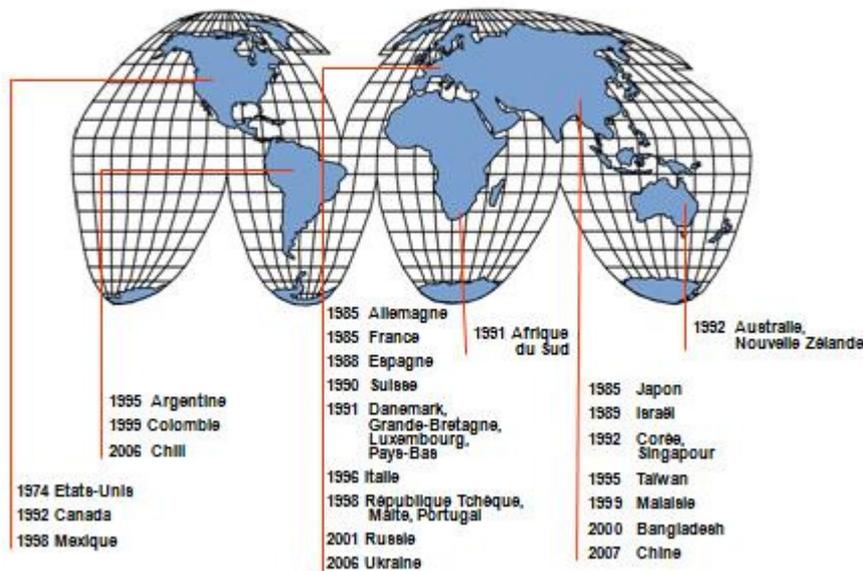
¹ Une cession de réassurance est l'acte par lequel un organisme d'assurance transmet à un réassureur une partie du risque qu'il a souscrit auprès de son client initial. En dépendance, il s'agit généralement de cession en « quote-part », c'est-à-dire que le réassureur reçoit un pourcentage des cotisations perçues par l'assureur et lui rembourse le même pourcentage des prestations dues par l'assureur à l'assuré.

1.2. Les réassureurs disposent d'une connaissance fine du risque

Plus que pour une simple raison de partage du risque, les assureurs font surtout appel aux réassureurs pour leur expertise technique. Cette dernière s'exerce aujourd'hui à plusieurs niveaux.

Historiquement, même si les premiers produits dépendance ont été imaginés par des assureurs pionniers, tant aux États-Unis (1974) qu'en France (1985) ou en Allemagne (1985), il n'en demeure pas moins que les réassureurs ont souvent participé à la conception des nouveaux produits mis sur le marché.

Dates d'introduction des couvertures dépendance privées dans le monde



Les réassureurs combinent des données « population », issues des régimes de prise en charge publics (comme l'APA en France), à des données issues des portefeuilles d'assurance de leurs cédantes. Ils complètent cette connaissance en étudiant généralement aussi des bases statistiques extérieures aux portefeuilles réassurés et en nouant des partenariats avec d'autres professionnels du risque tels que des épidémiologistes ou des médecins. De ce fait, ils occupent aujourd'hui une position centrale qui leur permet de développer une connaissance fine du risque, fréquemment sollicitée par les assureurs.

Par ailleurs, les réassureurs mettent à la disposition de leurs cédantes leur expertise en matière d'approche médicale du risque et de tarification des risques aggravés. Ainsi, chaque dossier pourra autant que possible trouver une solution d'assurance, fût-ce à un tarif supérieur.

Enfin, de par leur présence internationale, les réassureurs peuvent faire profiter leurs clients présents sur un marché national de l'expérience acquise sur un autre marché, en y important les pratiques et innovations pertinentes.

2. Choix techniques

Les choix techniques qui devront être faits pour assurer le développement harmonieux du marché soulèvent d'importants enjeux pour les assurés et les assureurs. Sur la base de leur expérience et de leur connaissance du risque, les réassureurs souhaitent éclairer quelques points de l'actuel débat sur l'assurance dépendance.

2.1. Une définition simple de la dépendance est souhaitable à la fois pour l'assuré et l'assureur (Annexe 1)

Sur le marché français, plusieurs définitions de la dépendance ont aujourd'hui cours. Il s'agit essentiellement de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-Ressources) d'une part, utilisée également par les conseils généraux pour l'APA, et des AVQ (Actes de la Vie Quotidienne), d'autre part. Chaque grille est en général complétée par des tests complémentaires visant à mesurer les déficiences cognitives éventuelles de la personne.

Si chaque grille d'évaluation comporte ses avantages et ses inconvénients, la simplicité de la grille AVQ et sa pérennité dans le temps (la grille AGGIR a déjà été réformée six ans après sa création) constituent des arguments en faveur de son utilisation plutôt que celle de la grille AGGIR.

En tout état de cause, l'APREF souscrit aux propositions formulées dans le cadre du groupe « Evaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées » piloté par la CNSA entre mars et octobre 2010. Notamment, la constitution d'un glossaire et d'un recueil d'informations communs au référentiel marché (et entre référentiels publics et privés) devraient permettre une meilleure comparabilité, une meilleure articulation des couvertures publiques et privées et une demande unique d'informations pour l'utilisateur.

2.2. Les principaux types de couvertures existantes, annuelles ou viagères, collectives ou individuelles, font peser des risques de natures différentes sur l'assuré et l'assureur (Annexe 2)

Le risque de devenir dépendant peut s'assurer de différentes manières, les principales étant l'assurance individuelle d'une part, et l'assurance collective dans le cadre de groupes déjà constitués (entreprises, branches professionnelles, groupes d'assurés en santé) d'autre part. En assurance individuelle, l'assuré paie une prime correspondant à sa catégorie de risque (âge, état de santé), ce qui implique des formalités médicales. En assurance collective, l'adhésion ne résulte pas de décisions individuelles. L'assuré paie une prime uniforme correspondant au risque de l'ensemble du groupe et non à son risque individuel. Aucune formalité médicale n'est alors requise.

Par ailleurs, la couverture souscrite peut être annuelle ou viagère, ce qui est une distinction importante en ce qui concerne un risque croissant avec l'âge. Dans le premier cas, l'assurance ne couvre que le risque qui survient dans l'année, sans anticiper les

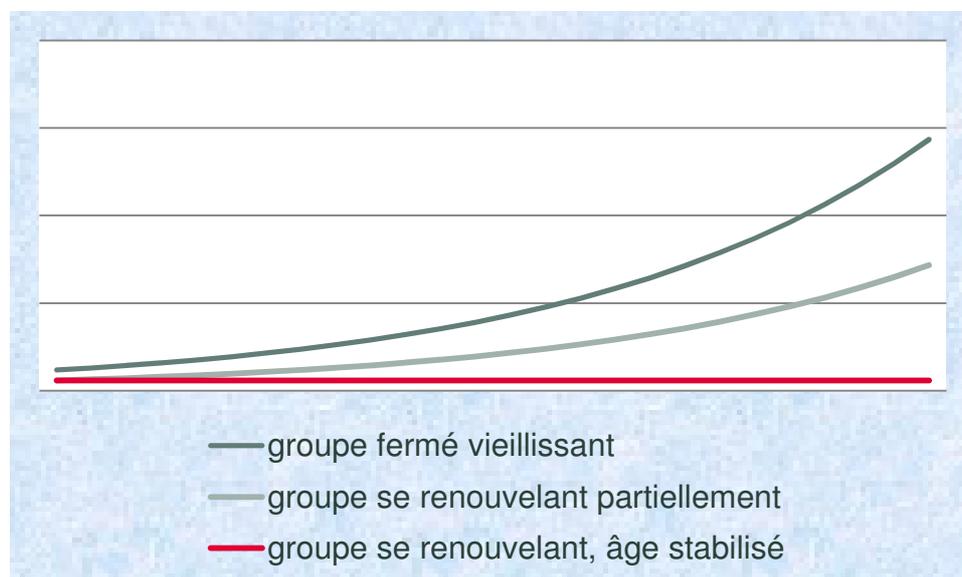
besoins de couverture liés au vieillissement. L'assureur n'a pas d'engagement au-delà de l'année, et l'assuré n'est plus couvert si sa garantie n'est pas renouvelée. Les primes peuvent évoluer dans le temps en fonction du vieillissement de la population assurée.

Dans le deuxième cas, l'assuré paie lorsqu'il est encore « jeune » un prix plus élevé que le risque qu'il présente à ce moment-là. Une partie de la prime est mise en réserve pour couvrir le coût croissant du risque lorsqu'il vieillira. La prime est fixée en fonction de l'âge d'entrée dans l'assurance et ne varie pas en fonction du vieillissement. Pour l'assureur, cette formule présente davantage de risques car il est engagé sur le long terme. Pour l'assuré, cette formule apparaît plus compatible avec le profil d'évolution des revenus, notamment l'absence de croissance significative des revenus pendant la retraite.

Si chaque formule d'assurance a ses mérites, l'APREF souhaite néanmoins mettre en garde contre le risque que présentent les couvertures annuelles de groupes dont le renouvellement des générations n'est pas assuré. Un groupe vieillissant (dont l'âge moyen augmente, par exemple parce que les générations vieillissantes ne sont pas remplacées par des générations entrantes plus jeunes) sera inévitablement confronté à une hausse progressive du prix de la couverture au fil des ans, qui peut rapidement devenir inabordable pour les assurés. Le graphique suivant représente l'évolution des primes d'assurance d'un groupe-type en fonction de différents scénarios démographiques :

Couverture annuelle d'un groupe

Evolutions des primes dans le temps selon différentes évolutions démographiques du groupe



En ce qui concerne les formalités médicales, il importe de noter que ces dernières sont indispensables dans le cadre d'une souscription individuelle. En leur absence, l'assureur se verrait dans l'obligation de faire porter par l'ensemble des assurés le risque de proposants déjà dépendants ou avec de fortes probabilités de le devenir à court terme.

Tous les assurés se verraient donc imposer une augmentation générale de tarif, ce qui rendrait au final le coût de l'assurance prohibitif.

Les formalités médicales peuvent néanmoins être allégées dans certains cas de figure, et se réduire à quelques questions ciblées. C'est notamment le cas pour les personnes de moins de 60 ans à la souscription, pour les contrats ciblés sur la dépendance lourde ou les populations d'assurés relativement homogènes.

L'assurance collective présente l'avantage de supprimer les formalités médicales et de faire adhérer « en bloc » une collectivité d'assurés. Elle comporte en revanche d'autres risques, notamment celui du vieillissement du groupe en cas de couverture annuelle, et celui du devenir des droits constitués au moment où l'assuré quitte le groupe (au moment du départ à la retraite, par exemple, cf. paragraphe suivant).

Le tableau suivant résume les caractéristiques des différentes approches d'assurance dépendance ainsi que le type de formalités médicales envisagées par l'assureur :

Caractéristiques des différentes approches d'assurance

	Couverture viagère	Couverture annuelle
Assurance individuelle	Prime calculée sur la base de l'âge d'entrée dans l'assurance Budget maîtrisable car anticipation du coût du risque aux âges élevés Formalités médicales demandées par l'assureur	Prime calculée sur la base de l'âge atteint lors de l'année de couverture Budget inabordable aux âges élevés Régime qui n'existe pas en pratique
Assurance collective	Prime calculée sur la base de l'âge d'entrée dans l'assurance des membres du groupe Budget maîtrisable même si l'évolution démographique du groupe est défavorable Pas ou peu de formalités médicales demandées par l'assureur	Prime calculée sur la base de l'âge atteint par les membres du groupe lors de l'année de couverture Budget maîtrisé uniquement si le groupe est pérenne et démographiquement stable Pas ou peu de formalités médicales demandées par l'assureur Nécessité de renouveler le contrat annuellement, sinon risque d'absence de couverture lors de l'entrée en dépendance

2.3. La dépendance étant un risque long, il importe que l'assuré dispose d'une visibilité sur l'évolution de ses droits en cas d'évolution de sa situation (Annexe 3)

La façon dont les droits de l'assuré évoluent au fil du temps, soit en cessant, soit en se modifiant, soit en se prolongeant, revêt une importance particulière compte tenu du déroulement long du risque dépendance.

La relation entre l'assureur et l'assuré peut évoluer de multiples manières durant la vie du contrat. Hormis la survenance de la dépendance et le décès, qui déterminent le versement éventuel de la rente et la période de versement, des événements peuvent survenir qui ont un impact sur les droits de l'assuré. Principalement :

- l'assuré peut arrêter de verser les primes à l'assureur, le contrat fait l'objet dans la plupart des cas d'une « mise en réduction » ;
- l'assuré peut quitter le groupe par lequel il était assuré de façon collective (licenciement, démission ou départ à la retraite pour des contrats d'entreprises ou de branches professionnelles, résiliation de l'assurance santé pour les garanties dépendance incluses dans les assurances complémentaires maladie).

La question de la continuité des droits pour l'assuré ne se pose que pour les contrats à couverture viagère, que ce soit dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective. En effet, dans les contrats à couverture annuelle, les primes de l'année servent à couvrir le risque de l'année. Dans ce cas, il n'y a pas de constitution de réserve pour couvrir un risque futur, donc aucun droit « acquis ». Dans les contrats à couverture viagère, en revanche, des réserves spécifiques doivent être constituées pour financer, aux âges élevés, la différence entre le risque de l'année et la prime payée par l'assuré.

2.3.1. La mise en réduction pourrait être davantage sécurisée pour l'assuré sans toutefois compromettre l'équilibre financier de l'assureur

La mise en réduction d'un contrat viager correspond à la diminution des garanties souscrites par l'assuré en cas d'arrêt de versement des primes à l'initiative du souscripteur du contrat d'assurance. Il s'agit par exemple de la réduction du montant de la rente ou du capital prévus au contrat initial.

La garantie réduite est obtenue par application d'un coefficient de réduction à la garantie souscrite. Ce coefficient dépend de la durée de pleine adhésion et éventuellement, de l'âge à la souscription du contrat. Il n'y a pas de barème standard des coefficients de réduction sur le marché français et les organismes d'assurance, pour la plupart, ne garantissent pas de niveau minimal au coefficient de réduction.

On pourrait souhaiter donner plus de visibilité à l'assuré en lui garantissant explicitement un niveau de valeur de réduction, soit au moment de la souscription, soit au moment où l'assuré cesse le versement des primes. Mais il faut prendre garde à ce que ce gain en visibilité ne soit pas contrecarré par un renchérissement du tarif lié aux nouveaux

engagements pris par l'assureur, et leur nécessaire couverture en capital (Solvabilité 2). Un arbitrage est donc à effectuer entre la visibilité que l'on souhaite donner à l'assuré et les coûts que pourraient engendrer des engagements trop précoces de la part de l'assureur concernant le niveau des valeurs de réduction.

Dans ce cadre, les propositions suivantes constitueraient pour l'APREF un juste équilibre pour la continuité des droits de l'assuré dans le temps :

- garantir le principe d'une valeur de réduction pour tous les contrats à couverture viagère ;
- ne pas constituer d'engagements sur les montants des valeurs de réduction au moment de la souscription ;
- s'engager sur un niveau de valeur de réduction au moment de la cessation de paiement des primes de la part de l'assuré ;
- pour accroître encore la visibilité donnée à l'assuré, il pourrait être envisagé de définir une grille de coefficients de réduction qui constitueraient des valeurs minimales opposables aux assureurs. Cette grille ne serait applicable que pour certains motifs de cessation de versement des primes de la part de l'assuré, et non pour tout motif.

2.3.2. La transférabilité des garanties doit être organisée de façon à créer une continuité de droits pour les assurés

De la même façon que pour la mise en réduction, la question du devenir des droits acquis par l'assuré dans le cadre d'un contrat viager se pose lorsque l'assuré quitte le groupe par lequel il était couvert, lorsque le groupe lui-même change d'assureur ou lorsque l'assuré à titre individuel souhaite changer d'assureur. Dans ces cas on pourrait imaginer un transfert, d'un assureur à un autre, ou d'un contrat à un autre, des droits acquis par l'assuré. Un tel transfert serait sans doute souhaitable pour l'assuré du point de vue de sa liberté de choix et de la concurrence entre organismes d'assurance.

Ce transfert se heurterait cependant à des difficultés techniques. La principale d'entre elles est qu'ouvrir trop largement un droit à transfert pour les assurés expose l'assureur à un risque de démutualisation. En effet, la prime des contrats d'assurance dépendance à engagement viager est calculée sur le principe de la mutualisation des risques (et donc de la compensation des risques entre les assurés). Si les assurés ont une large possibilité de transférer leurs droits acquis auprès d'autres assureurs, ils font courir un risque à la collectivité assurée en fragilisant la mutualisation au sein du groupe, ce qui fait peser sur les assurés restant un risque plus élevé de majoration tarifaire. Des garde-fous devraient donc être prévus, par exemple sous forme de pénalités.

Compte tenu de ces contraintes, l'APREF propose le cadre suivant pour organiser le transfert des droits des assurés de la façon la plus équilibrée possible, en distinguant les contrats individuels des contrats collectifs.

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

- d'une acceptation par le nouvel assureur et à ses conditions, Se pose alors la question de la sélection des risques à l'entrée pour le nouvel assureur ;

- du cumul des primes versées depuis la date d'effet du contrat diminué des frais de l'assureur ;
- d'une pénalité ;
- d'une durée minimale d'assurance laissant le temps pour l'organisme d'assurance d'amortir les coûts d'acquisition des contrats ;
- d'une limite d'âge pour l'assuré.

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

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

2.4. Pour les mêmes raisons, les clauses de revalorisation dans le temps des garanties sont importantes pour l'assuré et l'assureur (Annexe 4)

Le déroulement long du risque dépendance impose également de prêter attention aux clauses de revalorisation des garanties dans le temps. En effet, une rente mensuelle de 1 000 € revalorisée à hauteur 2% par an s'élèverait à 1 800 € trente ans plus tard. C'est dire la perte de pouvoir d'achat que pourrait subir un assuré qui ne verrait pas ses garanties revalorisées.

Cependant, la revalorisation des garanties ne va pas sans poser quelques questions au plan technique. Trois types de méthodes peuvent être envisagés.

D'abord, la revalorisation peut être effectuée par référence à l'évolution d'un indice extérieur (on parle généralement dans ce cas d'indexation). Cela peut être, par exemple, par référence à l'indice des prix à la consommation (inflation), l'indice AGIRC-ARRCO ou tout autre indice. L'indexation est délicate car source d'incertitude quant à l'évolution de l'indice. Le risque qui pèse sur l'assureur est donc grand, difficile – voire impossible – à tarifier et engendre un coût important en capital du fait des obligations prudentielles (Solvabilité 2).

Ensuite, la revalorisation peut être prévue sur la base d'un taux d'évolution forfaitaire fixé au contrat initial, par exemple 1% par an. Cette méthode peut être pilotée sans difficulté par l'assureur, mais se traduit par une hausse de tarif pour l'utilisateur.

Enfin, la revalorisation peut être issue, non pas d'un taux d'évolution prévu au contrat initial, mais des résultats dégagés par la gestion du contrat. En effet, un contrat d'assurance dépendance est susceptible de dégager deux types de bénéfices. D'une

part, des bénéfices financiers peuvent être issus des placements effectués par l'assureur, en fonction de l'évolution des marchés. D'autre part, des bénéfices dits « techniques » peuvent être dégagés si les statistiques observées sur les assurés sont plus favorables que les lois de probabilité ayant servi au calibrage initial du tarif et des réserves.

Sur ces deux types de bénéfices, la question est de savoir comment ils sont partagés entre l'assureur et l'assuré. L'assureur peut choisir librement de se les approprier ou de les redistribuer aux assurés sous forme de plus fortes prestations ou de moindres cotisations. Plus fréquemment en France, une clé de partage peut être prévue dans le contrat d'assurance, allouant un pourcentage des bénéfices obligatoirement aux assurés (par exemple, 75%). Une telle clause s'apparente à la « participation aux bénéfices » telle qu'elle est répandue – et réglementée – en assurance vie.

Pour plus de lisibilité pour les assurés, on pourrait souhaiter standardiser davantage les pratiques en prévoyant un minimum de participation des assurés aux résultats techniques et financiers des contrats d'assurance dépendance.

Il importe cependant de se garder de l'idée que, puisque des résultats apparaissent au cours de la gestion du contrat, ces derniers doivent être redistribués immédiatement entre l'assureur et l'assuré. En effet, la projection dans le temps des portefeuilles dépendance a montré que les contrats peuvent être en apparent bénéfice sur un certain nombre d'années avant d'être en pertes par la suite et ce, bien que la garantie soit sous-tarifée à l'origine. Il suffit pour cela que la loi de mortalité des assurés autonomes ait été surévaluée à l'origine, par exemple. Les bénéfices des premières années sont donc à mettre en réserves impérativement dans l'attente de statistiques suffisantes pour se faire une opinion du comportement du portefeuille par rapport aux lois de tarification. A ce titre, l'APREF souhaite que soit créée (en franchise d'impôts) une provision dite « d'égalisation » qui permet de lisser ces effets dans le temps, comme c'est déjà le cas pour les contrats de prévoyance collective.

Au total pour l'APREF, une solution équilibrée pour assurer la revalorisation des droits des assurés sur le long terme consisterait en un partage entre une revalorisation forfaitaire prévue au contrat initial, de l'ordre de 1% par an par exemple, et une revalorisation sous forme de partage des résultats du contrat. Une revalorisation forfaitaire de 1% pourrait sembler faible comparée à l'évolution des coûts de main d'œuvre à domicile ou des tarifs des maisons de retraite, qui ont été sur la période récente supérieurs à l'inflation. Cependant, il faut veiller à ne pas trop alourdir le tarif du contrat pour l'utilisateur, ce qui serait le cas si la revalorisation forfaitaire était trop élevée. En outre, cette revalorisation forfaitaire serait complétée par celle liée aux résultats du contrat, qui peut s'élever selon les années à entre 0% et 3%.

2.5. La Fiscalité doit être adaptée pour une branche à long déroulement (Annexe 5)

Afin de prendre en compte le risque dépendance, les sociétés d'assurance doivent constituer des provisions techniques et réglementaires conformément au Code des Assurances :

Délégation Générale : B. DOLLFUS – tél +33 (0)1 42 47 90 10

Secrétariat Général : J-M. SZMARAGD - tél +33 (0)1 46 98 70 62

Siège : 26 boulevard Haussmann – 75009 Paris

Site : www.apref.org

Page 12 sur 46

Provisions pour risques croissants : elle est calculée individuellement et est égale à la différence entre l'engagement de l'assureur et l'engagement de l'assuré comme une provision mathématique. Elle est constituée pour les contrats d'assurance à primes périodiques nivelées, pour lesquels le risque croît avec l'âge des assurés. Les primes sont calculées de façon à ce que l'équilibre financier soit maintenu globalement sur toute la durée du contrat : l'assuré paye plus que le prix de son risque au début du contrat et moins que le risque en fin de contrat.

Provisions mathématiques de rentes : elle représente la valeur actuelle des engagements de l'entreprise en ce qui concerne les rentes et accessoires de rente mis à sa charge. Les rentes visées ici sont les rentes dépendance versées aux personnes éligibles à prestation.

Provisions pour sinistres à payer : valeur estimative des dépenses en principal et en frais nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés.

Les opérations d'assurance contre le risque de perte d'autonomie sont des opérations de très longue durée, puisque l'âge moyen de souscription des contrats est de 60 ans et l'âge moyen d'entrée en dépendance est supérieur à 80 ans.

Les tarifs de ces contrats sont établis en fonction de la sinistralité attendue, et il se peut donc que des fluctuations soient enregistrées dans le futur. Du fait de la durée des engagements, des variations de sinistralité – même de faible amplitude - ont des impacts importants sur la constatation d'excédents ou de déficits dans le temps.

La constitution d'une provision pour égalisation permettrait de faire globalement face à des dérives de sinistralité future et d'éviter que ces évolutions aléatoires de la sinistralité n'affectent trop négativement les résultats du contrat et rendent nécessaires d'importants réajustements tarifaires.

Ceci permettrait de :

- mutualiser le risque dans le temps;
- mutualiser les résultats entre personnes valides et dépendantes;
- se prémunir contre un accroissement non anticipé de la sinistralité ;
- de revaloriser les prestations

2.6. Les comparaisons internationales incitent à tirer parti des meilleures pratiques observées à l'étranger (Annexe 6)

Les choix faits dans les pays étrangers permettent d'éclairer utilement le débat français sur l'assurance dépendance, soit qu'ils soient à éviter car n'ayant pas produit les résultats escomptés, soit au contraire qu'ils constituent des bonnes pratiques intéressantes à importer en France.

L'APREF a retenu dans ce cadre quatre pays dans lesquels l'assurance dépendance est particulièrement développée, même si chacun a retenu un modèle différent :

- Etats-Unis : premier marché au monde devant la France ;

Délégation Générale : B. DOLLFUS – tél +33 (0)1 42 47 90 10

Secrétariat Général : J-M. SZMARAGD - tél +33 (0)1 46 98 70 62

Siège : 26 boulevard Haussmann – 75009 Paris

Site : www.apref.org

Page 13 sur 46

- ' Allemagne: modèle intéressant de partenariat public-privé proche de la Sécurité sociale ;
- Singapour : modèle novateur d'assurance privée obligatoire ;
- Israël : dont le marché est très développé et standardisé.

Même s'il est hasardeux de tirer des conclusions définitives de l'observation d'exemples étrangers car les facteurs de succès ou d'échec varient probablement beaucoup d'un pays à l'autre, l'analyse de ces expériences fait ressortir les constats suivants.

2.6.1. Le financement de la dépendance par répartition engendre un risque fort de dépenses non soutenables

L'Allemagne offre l'exemple d'un système par répartition dont le financement n'est pas assuré compte tenu du différentiel de croissance entre les recettes et les dépenses. Depuis sa création en 1995, le système allemand présente un déficit récurrent qui n'a pu être équilibré qu'en augmentant les taux de cotisation pesant sur les salaires. Ce dernier a été augmenté de 15% en 2010 à 1,95% du salaire. Compte tenu de l'évolution démographique, ce taux devrait s'établir à 3,5% en 2030 et à 6-7% en 2060.

2.6.2. Les prestations forfaitaires sont de loin préférables aux prestations indemnitaires

Le remboursement des frais engagés par les assurés (prestations indemnitaires) a suscité de fortes dérives aux Etats-Unis allant jusqu'à provoquer la faillite de certains organismes d'assurance. Les risques sont dans ce cas difficilement maîtrisables par l'assureur. Les systèmes de garanties forfaitaires ou plafonnées, comme en France, sont de loin préférables.

2.6.3. Les garanties temporaires permettent d'offrir des solutions alternatives plus abordables pour les assurés

Tant aux Etats-Unis qu'à Singapour ou en Israël, les garanties sont le plus souvent limitées dans le temps et non pas viagères comme en France². Il s'agit de rentes mensuelles pendant une période de 2 à 8 ans. Ces garanties temporaires limitent le coût de l'assurance pour l'utilisateur, et peuvent se justifier dans le cadre d'une réflexion patrimoniale : l'assurance couvre le risque de devenir dépendant si la durée de vie en dépendance se situe dans la moyenne ; au-delà, le coût sera couvert par le patrimoine résiduel.

2.6.4. Le risque d'entente entre prestataires de services à domicile ou établissements est fréquent

Ce problème est observé aux Etats-Unis et en Allemagne et constitue un défi tant pour les assureurs que pour les assurés. Les solutions sont à rechercher dans une plus grande concurrence entre offreurs de services.

² A ne pas confondre avec la notion de « couverture viagère », développée plus haut dans la note. Une garantie viagère est une rente versée jusqu'à la mort de l'assuré. Une couverture viagère est une assurance à prime nivelée, où une partie de la prime est mise en réserve pour couvrir le risque futur.

2.6.5. Un système reposant sur une obligation d'assurance privée comporte de nombreux avantages mais paraît peu crédible en France

Le système singapourien dispose d'une forte cohérence interne : 100% du risque est géré par des acteurs privés en concurrence mais devant se conformer à un cahier des charges strict défini par l'Etat, les assurés et les assureurs sont responsabilisés, les usagers ne sont pas soumis à formalités médicales, les finances publiques sont dégagées de cet engagement pour les décennies à venir. Ce système paraît cependant difficile à mettre en place dans le cas français où, contrairement à Singapour, un système public élaboré est déjà en place. Mais ne peut-on imaginer un système complémentaire ?

2.6.6. Il est souhaitable d'éviter les incitations trop complexes à la souscription

Des incitations à la souscription sont sans doute souhaitables pour développer l'assurance dépendance. Cependant, ces dernières ne doivent pas viser trop d'objectifs à la fois et céder à la complexité. Aux Etats-Unis, les contrats de type « Partenariat Qualifié » ouvrent droit à des avantages fiscaux pour les usagers ainsi qu'à un desserrement des contraintes de patrimoine pour être éligible au programme public Medicaid. La complexité de cette incitation fait que le bilan de cette mesure est aujourd'hui mitigé : peu de souscriptions, effets d'aubaine, pas de retardement de l'entrée de l'assuré dans le programme Medicaid.

2.6.7. Une forte standardisation des produits semble utile pour la lisibilité des garanties et la confiance des assurés

En Israël, les produits sont fortement standardisés en ce qui concerne la définition du risque (AVQ), la méthode de tarification après 65 ans, les valeurs de réduction, l'indexation des garanties, etc. De ce fait, les polices sont facilement comparables pour les usagers. Cela est probablement l'une des explications du fort développement de ce marché (plus de 60% de la population est couverte), même si cette standardisation s'est faite au prix d'un interventionnisme excessif de l'autorité de contrôle prudentiel israélienne.

2.6.8. La définition de droits précis en sortie de groupe conditionne le succès des couvertures collectives

La majorité des contrats sur le marché israélien sont des contrats collectifs diffusés par les mutuelles Santé. L'une des raisons de ce succès est probablement à rechercher du côté du fort encadrement des droits des assurés en sortie de groupes : l'autorité de contrôle israélienne a imposé le maintien de la garantie sur une base individuelle en cas de départ du groupe (cf. proposition APREF ci-dessus).

ANNEXE I

Les définitions de la dépendance dans les contrats d'assurance

I. En France, les contrats d'assurance dépendance mesurent l'état de perte d'autonomie principalement à l'aide de deux outils, éventuellement combinés

A. *La capacité à effectuer les **Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)**, au nombre de 4, 5 ou 6*

1. Se laver : capacité à se laver dans un bain ou une douche ou à faire sa toilette au lavabo, sans l'assistance d'une tierce personne et y compris en utilisant un matériel adapté ou des aides techniques.
2. S'habiller et se déshabiller : capacité à enfiler ou enlever des vêtements préalablement préparés, sans l'assistance d'une tierce personne et y compris en utilisant des vêtements adaptés ou aides techniques.
3. Mobilité : capacité à se déplacer dans son lieu de vie sur une surface plane, sans l'assistance d'une tierce personne et y compris en utilisant des aides techniques ou appareillages tels que cannes, béquilles, déambulateur ou fauteuil roulant.
4. Manger et boire : capacité à porter à la bouche et avaler les aliments et les boissons préalablement préparés et mis à disposition, sans l'assistance d'une tierce personne et y compris en utilisant des ustensiles adaptés ou aides techniques.
5. Hygiène de l'élimination urinaire et fécale : capacité à assurer (et non simplement maîtriser) son hygiène intime (élimination urinaire et fécale), sans l'assistance d'une tierce personne et y compris en utilisant des aides techniques. Capacité à utiliser et changer régulièrement des protections hygiéniques ou poches.
6. Effectuer ses transferts : capacité à se lever, se coucher, et s'asseoir, c'est-à-dire pouvoir passer d'une des trois positions à une autre dans les deux sens, sans l'assistance d'une tierce personne et y compris en utilisant un appareillage ou un matériel adapté.

B. *La classification dans la grille AGGIR*

Cette grille **AGGIR** (Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-Ressources) a été définie par la loi en 2001³ et constitue l'outil d'évaluation de l'état de dépendance par l'Etat dans le cadre du dispositif mis en place pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes (APA ou « Allocation Personnalisée d'Autonomie »).

³ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le Groupe Iso-Ressources I regroupe les personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées. Elles nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le Groupe Iso-Ressources II comprend deux groupes de personnes :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées. Elles nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leur(s) capacité(s) de se déplacer.

Le Groupe Iso-Ressources III regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillement ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Le Groupe Iso-Ressources IV comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. La plupart s'alimentent seule ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

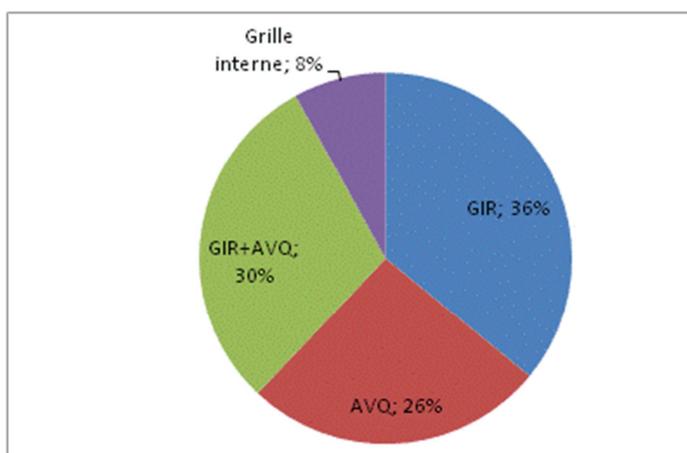
Le Groupe Iso-Ressources V comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le Groupe Iso-Ressources VI réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Les 4 premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

C. En France, les contrats utilisent en proportions comparables les grilles AVQ, AGGIR ou une combinaison des deux

Le graphique suivant illustre la répartition des contrats ouverts en 2010 sur le marché français en fonction de l'outil utilisé pour la reconnaissance de l'état de dépendance :



Quel que soit l'outil de mesure retenu, les assureurs mesurent également :

- les déficiences cognitives avec l'aide de tests spécifiques
- le caractère définitif et irréversible de la perte d'autonomie.

II. Quand y a-t-il prise en charge par l'assureur ?

- A. En cas d'impossibilité d'effectuer 3 AVQ sur 4, ou 4 AVQ sur 5 ou 6
- B. En cas de classement en GIR 1 ou 2
- C. En cas d'impossibilité d'effectuer 2 AVQ sur 4, ou 3 AVQ sur 5 ou 6
- D. En cas de classement en GIR 3
- E. En cas de classement en GIR 4

Dans les deux premiers cas, il s'agit de perte d'autonomie très lourde ; l'assureur parle de dépendance totale.

Dans les trois cas suivants, il s'agit de perte d'autonomie moins lourde ; l'assureur parle alors de dépendance partielle. Peu de contrats prévoient une prise en charge en cas de classement GIR 4 et, lorsque c'est le cas, cette prise en charge se réalise le plus souvent par le versement d'un capital.

Un assureur prévoit une prestation en capital en cas de classement en GIR 5.

III. Les avantages / inconvénients de chaque outil de mesure

Chaque grille d'évaluation (AVQ et AGGIR) comporte ses avantages et ses inconvénients. De façon sommaire, ces derniers peuvent être listés comme suit.

AVQ :

- Avantages
 - Plus facile à comprendre / plus transparent pour le consommateur
 - Plus pérenne
 - Plus lisible par le grand public

- Inconvénients
 - Appréhende mal les déficiences intellectuelles (mais la grille AVQ peut être complété par d'autres outils spécifiques)
 - Ne coïncide pas avec la grille utilisée pour l'APA

AGGIR :

- Avantages
 - Coïncide avec la grille utilisée pour l'APA
 - Prend mieux en compte les déficiences intellectuelles, bien que de façon imparfaite
- Inconvénients
 - Peut évoluer dans le temps en fonction des décisions gouvernementales (par exemple en 2008 avec le décret n°2008-821 du 21 août 2008)
 - Grille utilisée uniquement en France, ce qui empêche une approche internationale du risque
 - Plus difficilement lisible pour le grand public

Ces avantages et inconvénients plaident davantage pour une standardisation des grilles d'évaluation sur la base des AVQ, plus simples et plus lisibles pour les usagers.

En tout état de cause, l'APREF souscrit aux propositions formulées dans le cadre du groupe « Evaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées » piloté par la CNSA entre mars et octobre 2010. Cette collaboration public-privé a notamment permis de faire émerger les préconisations suivantes :

- adopter un glossaire commun pour comprendre et concevoir les outils d'évaluation et d'éligibilité aux prestations tant publiques que privées ;
- organiser un recueil d'informations nécessaires pour l'évaluation, qui soit commun aux acteurs publics et privés, que chaque organisme pourra utiliser selon ses propres critères d'éligibilité ;
- inclure un certificat médical détaillé dans le dossier d'évaluation ;
- instaurer une commission nationale du partenariat public-privé composée à parts égales de représentants des institutions publiques, d'une part, et des organismes d'assurance et de réassurance d'autre part.

Annexe II

Les différentes approches de l'assurance dépendance : collective ou individuelle, viagère ou annuelle, formalités médicales

1. Les différentes approches d'assurance

Le risque de devenir dépendant peut s'assurer de différentes manières, les principales étant l'assurance individuelle et l'assurance collective dans le cadre de groupes déjà constitués (entreprises, branches professionnelles, groupes d'assurés en santé). De même, plusieurs approches existent pour définir le prix de ce risque et prendre en compte son évolution au fil des âges des assurés. Toutes ces formes d'assurance mettent en œuvre une mutualisation entre les assurés face à un événement considéré comme aléatoire, qui consiste à faire payer à chacun d'entre eux un coût du risque statistiquement attendu.

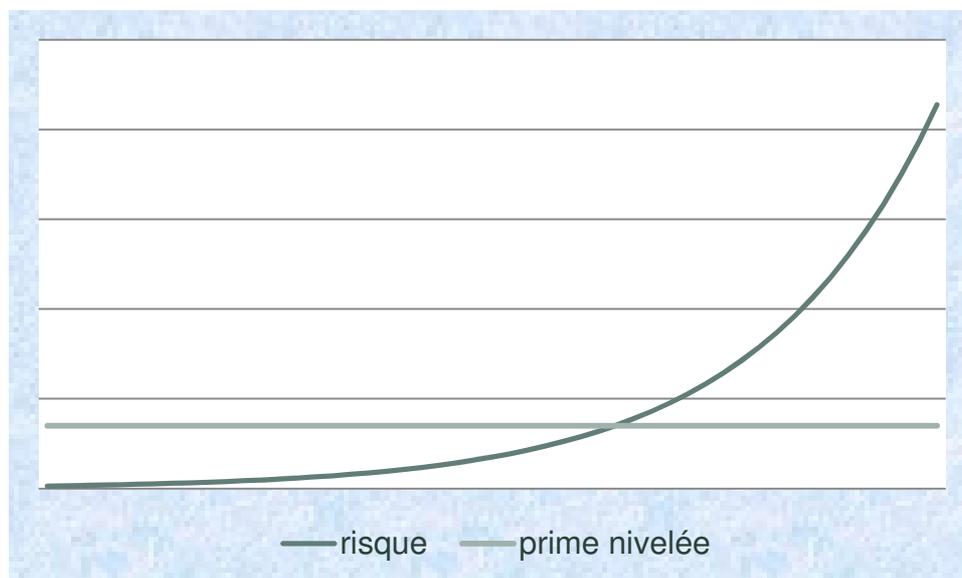
1.1. Le niveau des primes comparé au niveau du risque

Le risque de dépendance est croissant avec l'âge, et ce de façon exponentielle. Ceci doit être pris en compte lorsqu'une couverture d'assurance est mise en place : l'utilité de l'assurance va croissant avec l'âge puisque c'est aux âges les plus élevés que le risque est le plus fort. L'assurance dépendance, pour avoir sa pleine utilité, doit ainsi pouvoir être conservée tout au long de la vieillesse.

Une approche simple du risque, qui consiste à faire payer aux assurés chaque année le risque qu'ils présentent dans l'année en fonction de leur âge, conduit à un prix qui varie comme le risque, donc principalement en fonction de l'âge. Autrement dit, le prix est faible lorsque les assurés sont encore « jeunes », c'est-à-dire par exemple lorsqu'ils sont dans leur vie active ; le prix atteint en revanche un niveau très élevé lorsque les assurés parviennent à des âges élevés (au-delà de 75 ou 80 ans). Cette formule présente l'inconvénient d'une croissance forte du prix de l'assurance lorsque les assurés sont en retraite, c'est-à-dire lorsque leurs revenus n'augmentent plus : l'assurance risque alors de ne plus être compatible avec les ressources financières de l'assuré.

Une approche plus « planifiée » de l'assurance du risque consiste à « niveler » le prix de l'assurance sur l'ensemble de la période d'assurance, de façon à éviter cette croissance du prix lorsque l'assuré vieillit. Cette formule, dite en « **prime nivelée** », présente une prime uniquement fonction de l'âge d'entrée dans l'assurance (c'est l'âge d'entrée qui détermine la durée d'assurance prévisionnelle et donc la période sur laquelle le nivellement va s'effectuer). Cette prime ne varie ensuite pas en fonction de l'âge de l'assuré. Cette approche consiste à faire payer, lorsque l'assuré est encore « jeune », un prix plus élevé que le risque qu'il présente à ce moment-là. Le supplément de prime payé est mis en réserve pour être utilisé par la suite : lorsque l'assuré atteint un âge plus élevé, et alors qu'il continue à payer la même prime, le coût réel du risque devient supérieur à la prime ; les sommes mises en réserve précédemment sont alors utilisées pour couvrir l'insuffisance de prime. Cette formule apparaît ainsi beaucoup plus compatible avec le

profil d'évolution des revenus des assurés, notamment l'absence de croissance significative des revenus pendant la retraite.



1.2. Approche individuelle ou collective, viagère ou annuelle

L'assurance du risque dépendance peut s'exercer dans le cadre d'une **approche individuelle** ou **collective**.

L'approche individuelle correspond à une décision individuelle d'achat de couverture d'assurance prise par le futur assuré. Afin de garantir une couverture tout au long de la vieillesse, l'assurance prend une forme de **couverture viagère**. Pour prendre en compte le vieillissement à venir de l'assuré, c'est la formule en prime nivelée, décrite ci-dessus, qui est proposée, puisqu'elle est compatible avec l'évolution des revenus des assurés lorsqu'ils entrent en retraite. L'assuré paie une prime correspondant à sa catégorie de risque, ce qui implique des formalités médicales (cf. ci-dessous).

L'approche collective prend la forme d'une assurance obligatoire ou quasi-obligatoire (inclusion) d'un groupe déjà constitué. Il peut s'agir d'un groupe de salariés d'une entreprise ou d'une branche professionnelle, ou encore d'un groupe d'adhérents à une mutuelle santé. Cette approche a pour avantage de pouvoir couvrir « en bloc » un grand nombre de personnes, en simplifiant l'entrée dans la couverture du fait que l'adhésion ne résulte pas de décisions individuelles. L'assuré paie une prime uniforme correspondant au risque de l'ensemble du groupe et non à son risque individuel.

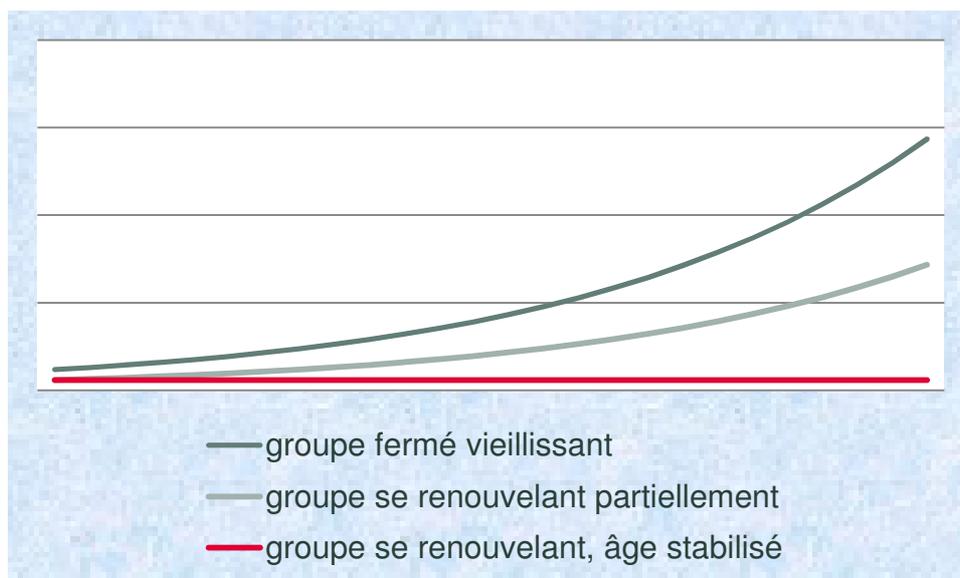
L'assurance collective peut prendre la forme d'une **couverture annuelle** ou d'une **couverture collective**.

Dans le premier cas, l'assurance ne couvre que le risque qui survient dans l'année, mais n'anticipe pas les besoins de couverture aux âges les plus avancés. Le prix d'une couverture annuelle est révisable annuellement en fonction de l'évolution de la

démographie du groupe et de la connaissance du risque. Il est important de comprendre que dans cette approche, un groupe vieillissant (dont l'âge moyen augmente, par exemple parce que les générations vieillissantes ne sont pas remplacées par des générations entrantes plus jeunes) serait confronté à une hausse progressive du prix de la couverture au fil des ans.

Couverture annuelle d'un groupe

Evolutions des primes dans le temps selon différentes évolutions démographiques du groupe



L'assurance collective peut aussi s'envisager dans le cadre d'une **couverture viagère**, à l'instar de l'approche individuelle. Tout en conservant l'avantage de l'uniformisation du niveau des primes entre les différents assurés du groupe, elle anticipe alors le vieillissement de ces assurés dans l'optique du maintien de cette couverture jusqu'aux âges les plus avancés. Dans ce cas, le prix prend en compte le vieillissement à venir et offre donc plus de visibilité, en facilitant sur le long terme le financement du coût de l'assurance pour les assurés.

Pour illustration, pour une assurance collective à adhésion obligatoire avec une couverture annuelle, le tarif collectif unique correspondra environ à 40 fois la prime qu'auraient payée des assurés à titre individuel entre 20 et 40 ans mais seulement à un dixième de la prime qu'auraient payée des assurés à titre individuel de plus de 75 ans.

Pour le même contrat dans le cadre d'une couverture viagère, l'écart est moins grand par le mécanisme même du nivellement de la prime sur la durée du contrat : pour un contrat dont l'âge moyen du groupe est de 40 ans, la cotisation viagère nivelée correspondra à deux fois la prime viagère nivelée de l'assuré de 20 ans et à un tiers environ de la prime viagère nivelée réelle de l'assuré de 70 ans.

2. Les formalités médicales en assurance dépendance

Le principe de l'assurance est de couvrir des risques non encore survenus au moment de la souscription (principe de l'aléa). En conséquence, l'assureur ne peut accepter à l'entrée au contrat les personnes déjà dépendantes ou dont le risque est sur le point de se réaliser. Le but de l'assureur est d'accepter le maximum de postulants en leur faisant payer un juste prix. Pour cela, l'assureur applique des formalités médicales plus ou moins complexes, qui sont fonction de l'approche d'assurance retenue (cf. ci-dessus § 1.2.) et de la garantie offerte.

2.1. Souscription obligatoire / volontaire

Selon l'approche d'assurance retenue, l'assureur demandera ou non des formalités médicales.

- a) Si la souscription du contrat ne dépend pas du choix individuel de l'assuré mais se fait dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, l'assureur suppose que les risques se mutualiseront entre eux à partir d'une certaine taille de groupe. Les personnes en excellente santé compenseront celles ayant un risque aggravé de santé pouvant les rendre plus rapidement dépendantes. Dans ce cas, l'assureur tiendra compte dans son tarif non pas du risque individuel mais du risque de la collectivité et l'approche médicale individuelle n'est pas nécessaire : les assurés les plus jeunes paieront une grande partie des risques des plus âgés.

Lorsque la taille du groupe est trop petite, l'assureur considère que la mutualisation ne peut se faire et que cela nécessite une approche médicale individuelle des risques. Celle-ci peut se faire jusqu'à des groupes obligatoires d'environ 50 personnes.

- b) Si la souscription du contrat dépendance est un acte de prévoyance volontaire, l'assureur demande dans ce cas à ce que l'assuré paye le prix correspondant à sa catégorie de risque, c'est-à-dire selon son âge et ses caractéristiques médicales.

S'il ne le faisait pas, l'assureur se verrait dans l'obligation de faire porter par l'ensemble des assurés le risque de postulants déjà dépendants ou avec de fortes probabilités de le devenir à court terme. Tous les assurés se verraient donc imposer une augmentation générale de tarif. A terme, les postulants n'ayant que peu de chances de devenir dépendants estimeraient que le coût de l'assurance est trop élevé (ils trouveraient moins cher ailleurs), et ne souscriraient pas au contrat. Cela aurait à son tour pour effet d'augmenter encore le tarif et au final de rendre le coût de l'assurance prohibitif.

L'approche médicale individuelle des risques permet ainsi de protéger la collectivité des assurés.

Elle se pratique par l'intermédiaire de questionnaire à remplir par l'assuré ou son médecin, selon le degré de complexité nécessaire en fonction des âges ou des niveaux de rente dépendance garantis.

Les formalités médicales permettent également d'identifier les personnes à risque qui paieront en conséquence une prime davantage en rapport avec leur situation.

2.2. Formalités médicales légères / complexes

La tarification médicale des assurés peut se faire par l'intermédiaire d'un questionnaire de santé ou d'une simple déclaration de santé, complétés si besoin par une visite chez un médecin remplissant un questionnaire médical plus poussé. Le nombre de questions posées peut varier d'un assureur à un autre.

La complexité des formalités médicales dépend de plusieurs facteurs.

a) Age de la clientèle ciblée :

Les formalités médicales sont différenciées selon l'âge : elles sont allégées pour des proposant de moins de 60 ans, les pathologies liées à la dépendance apparaissant plutôt chez des assurés plus âgés. En outre les personnes de moins de 60 ans sont pour la plupart en activité et donc non dépendantes à la souscription.

b) Homogénéité de la clientèle :

Si l'assureur s'adresse à une population dont les caractéristiques sont homogènes (par exemple sur une base professionnelle), les formalités peuvent être plus légères que dans le cas d'un assureur offrant une garantie à une population hétérogène.

c) Garantie dépendance offerte :

En dépendance totale, la garantie couvre en générale une perte équivalente à la perte de 4 sur 6 (ou 3 sur 4) actes de la vie quotidienne (AVQ – cf. Fiche 1) et donc une dépendance lourde. Un proposant qui a déjà été victime d'une pathologie et qui comporte des séquelles pourra être accepté en assurance, à condition que ses séquelles soient stabilisées et peu susceptibles de s'aggraver. Généralement, quelques questions bien ciblées selon l'âge du proposant suffisent à cerner son risque.

A contrario, en dépendance partielle, un proposant présentant une incapacité évolutive ou une pathologie pourvoyeuse d'incapacité dans un délai rapproché, serait susceptible de mettre en jeu immédiatement la garantie. Les critères sont en effet beaucoup plus rapidement atteints puisque la dépendance partielle correspond en général à la perte de seulement 3 sur 6 (ou 2 sur 4) actes de la vie quotidienne. Les formalités médicales doivent donc être plus complètes afin de cerner l'état de santé de l'assuré et éviter que l'ensemble de la collectivité des assurés soit pénalisée.

En définitive, des formalités médicales trop légères peuvent faire courir un risque à la collectivité des assurés : celui de hausses tarifaires non maîtrisées qui ne pourraient pas être assumées par les assurés. Inversement, des formalités médicales trop complexes

peuvent également constituer un frein à la diffusion du produit : leur complexité peut rebuter le proposant et rendre la garantie moins attractive. Un juste milieu est donc à trouver pour parvenir à une solution équilibrée.

Les deux tableaux suivants résument les caractéristiques des différentes approches d'assurance dépendance ainsi que le type de formalités médicales envisagées par l'assureur :

Caractéristiques des différentes approches d'assurance

	Couverture viagère	Couverture annuelle
Assurance individuelle	Prime calculée sur la base de l'âge d'entrée dans l'assurance Budget maîtrisable car anticipation du coût du risque aux âges élevés Formalités médicales demandées par l'assureur	Prime calculée sur la base de l'âge atteint lors de l'année de couverture Budget inabordable aux âges élevés Régime qui n'existe pas en pratique
Assurance collective	Prime calculée sur la base de l'âge d'entrée dans l'assurance des membres du groupe Budget maîtrisable même si l'évolution démographique du groupe est défavorable Pas ou peu de formalités médicales demandées par l'assureur	Prime calculée sur la base de l'âge atteint par les membres du groupe lors de l'année de couverture Le budget est maîtrisé uniquement si le groupe est pérenne et démographiquement stable Pas ou peu de formalités médicales demandées par l'assureur

Types de formalités médicales envisagées par l'assureur

	Formalités médicales légères	Formalités médicales complexes
Assurés moins de 60 ans	X	
Assurés 60 – 79 ans		X
Population homogène	X	
Population hétérogène		X
Garantie dépendance totale	X	
Garantie dépendance totale et partielle		X

ANNEXE III

Continuité dans le temps des droits des assurés

La dépendance étant un risque à déroulement long (on s'assure souvent bien longtemps avant la survenance du risque), la façon dont les droits de l'assuré évoluent au fin du temps, soit en cessant, soit en se modifiant, soit en se prolongeant, revêt une importance particulière.

La relation entre l'assureur et l'assuré peut évoluer de multiples manières durant la vie du contrat. Hormis la survenance de la dépendance et le décès, qui déterminent le versement éventuel de la garantie et la période de versement, des événements peuvent survenir qui ont un impact sur les droits de l'assuré :

- l'assuré peut arrêter de verser les primes à l'assureur, le contrat fait l'objet dans la plupart des cas d'une « mise en réduction » (cf. ci-dessous) ;
- l'assuré peut quitter le groupe par lequel il était assuré de façon collective (licenciement, démission ou départ à la retraite pour des contrats d'entreprises ou de branches professionnelles, résiliation de l'assurance santé pour les garanties dépendance incluses dans les assurances complémentaires maladie) ;
- le groupe d'assurés peut changer d'assureur pour la garantie dépendance.

Il importe de noter que la question de la continuité des droits pour l'assuré ne se pose que pour les contrats à couverture viagère, que ce soit dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective. En effet, dans les contrats à couverture annuelle, les primes de l'année servent à couvrir le risque de l'année. Dans ce cas, il n'y a pas de constitution de réserve pour couvrir un risque futur, donc aucun droit « acquis ».

Dans les contrats à couverture viagère, en revanche, des réserves spécifiques doivent être constituées pour financer, aux âges élevés, la différence entre le risque de l'année et la prime payée par l'assuré (la prime est dite « nivelée », cf. Fiche 2). Ces réserves sont appelées « provisions pour risques croissants ». Le terme de provisions pour risques croissants désigne une provision « destinée à faire face dans l'avenir à l'accroissement des risques des opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité »⁴.

La présente fiche analyse le devenir des droits que l'assuré s'est construit pour l'avenir (en se constituant une provision pour risques croissants) dans les situations décrites plus haut, en distinguant deux cas de figure principaux : la mise en réduction et la transférabilité des droits.

Au préalable, le tableau page suivante présente un panorama simplifié de l'offre d'assurance dépendance sous l'angle de la prolongation des droits dans le temps.

⁴ Références réglementaires : R331-6 du Code des assurances, R931-10-14 du Code de la Sécurité sociale et R212-23-6 du Code de la Mutualité.

Panorama simplifié de l'offre d'assurance dépendance
du point de vue de la continuité des droits

	Primes viagères	Primes temporaires
Couverture viagère : engagement viager de l'organisme d'assurance	Contrat souscrit dans une démarche individuelle <u>avec</u> mise en réduction en cas d'arrêt de paiement des primes : <ul style="list-style-type: none"> - L'arrêt du paiement des primes ne met pas un terme à l'engagement de l'organisme d'assurance du fait de la mise en réduction des garanties - Contrats de prévoyance individuelle actuellement vendus sur le marché français 	Contrat souscrit dans une démarche collective <u>avec droits acquis</u> et primes payables sur un horizon temporel donné (ex : jusque l'âge de liquidation des droits à la retraite) : <ul style="list-style-type: none"> - Régime collectif avec préfinancement des droits avant le départ en retraite : les primes ont été entièrement prélevées avant l'âge de départ en retraite - Les droits sont totalement acquis au moment du départ en retraite de l'assuré et de ce fait, ils constituent un engagement pour l'organisme d'assurance
	Contrats souscrits dans une démarche collective <u>avec</u> mise en réduction en cas d'arrêt de paiement des primes (possibilité pour l'assuré de poursuivre son adhésion à titre individuel en sortie de groupe) : <ul style="list-style-type: none"> - L'arrêt du paiement des primes ne met pas un terme à l'engagement de l'organisme d'assurance du fait de la mise en réduction des garanties - La garantie est acquise viagèrement même en cas de non poursuite de la garante à titre individuel en cas de sortie du groupe 	
Couverture annuelle : engagement temporaire de l'organisme d'assurance	Néant	Contrat souscrit dans une démarche individuelle dans lequel une garantie complémentaire dépendance est incluse dans la garantie de base (garantie dépendance incluse dans la complémentaire santé) <ul style="list-style-type: none"> - La protection de l'assuré existe tant que la garantie de base est active - La résiliation de la garantie de base met un terme à l'engagement dépendance sauf pour les sinistres en cours qui demeure pris en charge par l'organisme assureur <hr/> Contrats souscrits dans une démarche collective <u>sans droits acquis</u> : <ul style="list-style-type: none"> - La protection de l'assuré existe tant que le contrat collectif demeure en vigueur et que l'assuré est attaché au contrat collectif sous jacent (tant que le contrat de travail est actif) - La couverture de l'assuré cesse lorsque le contrat collectif est résilié par le souscripteur ou lorsque le salarié sort du groupe (dès que le contrat de travail est rompu)

1. Mise en réduction des garanties

La mise en réduction d'un contrat viager correspond à la diminution des garanties souscrites par l'assuré en cas d'arrêt de versement des primes à l'initiative du souscripteur du contrat d'assurance. Il s'agit par exemple de la réduction du montant de la rente ou du capital prévus au contrat initial.

La mise en réduction permet de transformer les droits que l'assuré s'est construits pour l'avenir (en se constituant une provision pour risques croissants) en cas d'arrêt de versement des primes

Le principe de mise en réduction est apparu au début des années 2000 du fait, notamment, des positions prises par les organismes de protection des consommateurs pointant régulièrement les contrats d'assurance dépendance comme étant des contrats « à fonds perdus », à savoir, des contrats d'assurance dont les primes étaient à régler viagèrement pour lesquels tout arrêt de paiement des primes entraînait la résiliation définitive du contrat et l'arrêt de la garantie pour l'assuré.

Actuellement, la mise en réduction est généralement :

- accordée après une durée minimale de pleine adhésion (5 à 8 ans). Cette durée trouve notamment sa justification dans la nécessité pour l'organisme d'assurance d'amortir les coûts d'acquisition du contrat. Par ailleurs, la valeur de réduction déterminée avant cette date est souvent très faible et la gestion par l'organisme d'assurance d'une prestation en rente serait trop coûteuse ;
- limitée à la dépendance totale. La mise en réduction du contrat met ainsi un terme à la garantie dépendance partielle si elle avait été souscrite simultanément.

La garantie réduite est obtenue par application d'un coefficient de réduction à la garantie souscrite. Ce coefficient dépend de la durée de pleine adhésion et éventuellement, de l'âge à la souscription du contrat. Il n'y a pas de barème standard des coefficients de réduction sur le marché français et les organismes d'assurance, pour la plupart, ne garantissent pas de niveau minimal au coefficient de réduction.

On pourrait souhaiter donner plus de visibilité à l'assuré en lui garantissant explicitement un niveau de valeur de réduction, soit au moment de la souscription, soit au moment où l'assuré cesse le versement des primes. L'avantage qu'en tirerait l'assuré en termes de visibilité doit alors être comparé au renchérissement du tarif qu'il subirait du fait des contraintes prudentielles.

En effet, les obligations qui pèsent sur les organismes d'assurance afin d'assurer leur solvabilité (Solvabilité 2) leur imposent d'immobiliser du capital à proportion des risques qu'ils prennent. Conserver un engagement figé à l'égard d'assurés qui ne paient plus de primes (et dont les primes ne pourront *a fortiori* être révisées, contrairement aux primes des assurés « actifs ») ferait peser un risque nouveau sur les assureurs, ce qui se traduirait par une exigence de capital plus élevée, coût qui se répercuterait sur les assurés.

Le tableau suivant analyse l'impact en termes de visibilité pour l'assuré et de coûts liés à Solvabilité 2 des différentes formules envisageables concernant les garanties des valeurs de réduction.

Coefficient de réduction	Impact en termes de visibilité pour l'assuré	Impact en termes de coût lié à Solvabilité 2
Le coefficient de réduction est figé à la date de reconnaissance de la dépendance de l'assuré	<p>Aucune garantie n'est donnée dès la souscription : <u>le montant de la rente versée en cas de sinistre sera connu au moment du sinistre.</u></p> <p>La mise en réduction n'est donc qu'un engagement de transformation du contrat dans le temps, sans autre engagement de la part de l'organisme d'assurance : <u>le risque est donc porté par l'assuré.</u></p> <p>→ <u>Solution qui offre le moins de visibilité à l'assuré.</u></p>	<p>Aucun impact tant que l'assuré n'est pas sinistré dans la mesure où l'ajustement du coefficient de réduction est tout le temps possible permettant ainsi à l'organisme d'assurance de piloter son régime.</p> <p>L'engagement de l'organisme d'assurance reste maîtrisable : <u>le niveau du coefficient de réduction servant de variable d'ajustement.</u></p> <p>Une fois le sinistre survenu et validé par l'organisme d'assurance, la rente est mise en service.</p> <p>→ <u>Solution qui engendre le moins de coûts liés à Solvabilité 2.</u></p>
Le coefficient de réduction est figé à la date d'arrêt de versement des primes	<p>Aucune garantie n'est donnée dès la souscription : <u>le montant de la rente versée en cas de sinistre sera connu au moment de la date de mise en réduction correspondant à la date d'arrêt de versement des primes.</u></p> <p>L'assuré connaît le niveau de la garantie réduite dès l'arrêt du versement des primes, date à partir de laquelle l'engagement sur le niveau de la garantie réduite devient donc effectif pour l'organisme d'assurance.</p> <p>→ <u>Plus de visibilité pour l'assuré.</u></p>	<p>Aucun impact particulier tant que l'assuré paye ses primes car l'ajustement du coefficient de réduction est toujours possible jusqu'à la date d'arrêt de paiement des primes.</p> <p><u>Une fois le contrat mis en réduction, l'organisme d'assurance doit suivre le sous-portefeuille des contrats « réduits ».</u> Se pose alors la question des lois de probabilité à utiliser considérant que le comportement de sous-portefeuille pourrait être différent de celui du portefeuille « actif ».</p> <p>→ <u>Plus de complexité pour l'assureur et plus de coûts liés à Solvabilité 2.</u></p>
Le coefficient de réduction est figé dans les conditions générales dès la date d'effet du contrat.	<p>L'assuré connaît le niveau des garanties réduites dès la souscription.</p> <p>→ <u>La visibilité et l'information de l'assuré sont maximales.</u></p>	<p>En termes de capital de risque, cette solution est la plus dommageable : <u>l'assureur a garanti le niveau de ses engagements en perdant tous les leviers lui permettant de piloter le risque.</u></p> <p>A la limite, une majoration des primes pour compenser une dérive du risque (liée par exemple à la démographie) pourrait voir ses effets anéantis par la mise en réduction des contrats dont les coefficients de réduction auraient été contractualisés dans les conditions générales.</p> <p>→ <u>Le coût lié à Solvabilité 2, qui sera répercuté sur l'assuré, est maximal.</u></p>

Le tableau précédent montre qu'un arbitrage est à faire entre la visibilité que l'on souhaite donner à l'assuré et les coûts que pourraient engendrer des engagements trop précoces de la part de l'assureur concernant le niveau des valeurs de réduction.

Compte tenu de ces éléments, les propositions suivantes semblent constituer un juste équilibre pour la continuité des droits de l'assuré dans le temps :

- Garantir le principe d'une valeur de réduction pour tous les contrats à couverture viagère.
- Ne pas constituer d'engagements sur les montants des valeurs de réduction au moment de la souscription.
- S'engager sur un niveau de valeur de réduction au moment de la cessation de paiement des primes de la part de l'assuré. Pour maîtriser le coût en capital, plusieurs formules peuvent être imaginées :
 - o cet engagement pourrait être un engagement en valeur de capital payé à l'assuré et non en valeur de rente ;
 - o le choix pourrait être offert à l'assuré au moment de la mise en réduction entre un capital garanti et une rente non garantie ;
 - o la possibilité pourrait être ouverte aux assurés de sortir du contrat grâce à une « valeur de rachat » (comme en assurance vie), ce qui ferait cesser les engagements de l'assuré et de l'assureur.
- Pour accroître encore la visibilité donnée à l'assuré, il pourrait être envisagé de définir une grille de coefficients de réduction qui constitueraient des valeurs minimales opposables aux organismes d'assurance. Ces valeurs devraient être estimées avec prudence afin de ne pas pénaliser le niveau du capital de risque nécessaire. Cette grille ne serait applicable que pour certains motifs de cessation de versement des primes de la part de l'assuré, et non pour tout motif. A titre d'exemple, les motifs de sortie anticipée du PEE ou ceux du PERP pourraient servir de base.

Motifs de sortie anticipée du PEE	Motifs de sortie anticipée du PERP
<ul style="list-style-type: none"> - Acquisition ou agrandissement de la résidence principale - Mariage ou PACS - Naissance ou adoption du 3e enfant et les suivants - Divorce ou dissolution du PACS avec au minimum la garde partagée d'un enfant - Cessation du contrat de travail: démission, licenciement, départ à la retraite - Décès du bénéficiaire ou de son conjoint (mariage ou PACS) - Invalidité du bénéficiaire, de ses enfants ou de son conjoint (mariage ou PACS) - Création ou reprise par le bénéficiaire, ses enfants ou son conjoint d'une entreprise - Surendettement 	<ul style="list-style-type: none"> - Expiration des droits aux allocations d'assurance chômage en cas de licenciement - Cessation d'activité non salariée à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire - Invalidité grave empêchant l'exercice d'une profession (IPT 2 ou 3 SS)

1. Transférabilité des garanties

De la même façon que pour la mise en réduction, la question du devenir des droits acquis par l'assuré dans le cadre d'un contrat viager se pose lorsque l'assuré quitte le groupe par lequel il était couvert, lorsque le groupe lui-même change d'assureur ou lorsque l'assuré à titre individuel souhaite changer d'assureur.

Dans ces cas on pourrait imaginer un transfert, d'un assureur à un autre, ou d'un contrat à un autre, des droits acquis par l'assuré par le biais de la constitution d'une provision pour risques croissants. Un tel transfert serait sans doute souhaitable pour l'assuré du point de vue de sa liberté de choix et de la concurrence entre organismes d'assurance.

Ce transfert se heurterait cependant à deux difficultés techniques.

D'une part, ouvrir trop largement un droit à transfert pour les assurés expose l'assureur à un risque de démutualisation. En effet, la prime des contrats d'assurance dépendance à engagement viager est calculée sur le principe de la mutualisation des risques (et donc de la compensation des risques entre les assurés). Si les assurés ont une large possibilité de transférer leurs droits acquis auprès d'autres assureurs, ils font courir un risque à la collectivité assurée en fragilisant la mutualisation au sein du groupe, ce qui fait peser sur les assurés restant un risque plus élevé de majoration tarifaire.

Plus précisément, il sera difficile pour l'organisme d'assurance d'évaluer cette provision isolément et de la sortir de sa mutualisation sans en être fragilisé, ce qui pourrait être le cas s'il devait faire face à un transfert massif de contrats.

Ces raisons militent pour la mise en place de limites à la transférabilité des droits entre assureurs. Il faudra veiller en particulier à ce que ne se développe pas un marché de transferts organisés par des distributeurs, qui pourrait fragiliser les mutualités constituées par les assureurs. Des garde-fous devraient ainsi être prévus, par exemple sous forme de pénalités.

D'autre part, les contrats sont difficilement comparables entre eux, ce qui soulève une difficulté quant aux garanties auxquelles on peut s'attendre en ayant transféré ses droits au sein d'un nouveau contrat. En effet, les conditions d'assurance tels les tarifs, la définition retenue pour la dépendance (cf. Fiche 1), les niveaux et les modes de calcul des provisions, les critères de sélection des risques (cf. Fiche 2), etc. sont très divers d'un contrat à l'autre.

En l'état du marché, les disparités existantes entre les contrats ne permettent pas d'envisager une transférabilité parfaite des droits. Des conventions devront nécessairement être retenues pour déterminer à la fois les droits qu'il s'agit de transférer (quelle valeur retenir ?) et les garanties auxquelles cette valeur donne droit au sein du contrat d'accueil.

Compte tenu de ces contraintes, les paragraphes qui suivent proposent un cadre pour organiser le transfert des droits des assurés de la façon la plus équilibrée possible, en distinguant les contrats individuels des contrats collectifs.

2.1. Contrats souscrits dans le cadre d'une démarche individuelle

Au moment de la souscription, on peut supposer que l'assuré a fait preuve d'un jugement raisonné quant à son choix de l'organisme d'assurance et du produit d'assurance. Pour cette raison et celle qui précède (risque de démutualisation), il est souhaitable d'assortir cette possibilité de transfert d'une pénalité à la charge de l'assuré.

La transférabilité des garanties acquises à titre individuel d'un assureur à un autre pourrait donc s'effectuer dans les conditions suivantes :

- sur la base d'une acceptation par le nouvel assureur et à ses conditions, se pose alors la question de la sélection des risques à l'entrée pour le nouvel assureur ;
- sur la base du cumul des primes versées depuis la date d'effet du contrat diminué des frais de l'assureur (*par exemple, frais d'acquisition, de gestion et coût du capital de risque*) ;
- sur la base d'une pénalité (*par exemple, coefficient appliquée au cumul ci-dessus qui serait fonction de l'ancienneté dans le contrat et commun au marché*) ;
- sur la base d'une durée minimale d'assurance laissant le temps pour l'organisme d'assurance d'amortir les coûts d'acquisition des contrats (*par exemple, alignée sur celle de la mise en réduction*) ;
- sur la base d'une limite d'âge pour l'assuré (*par exemple, la transférabilité pourrait être opérée avant les 70 ans de l'assuré et plus au-delà*).

De façon alternative au transfert des droits acquis pendant la vie du contrat, la continuité des droits des assurés pourrait être assurée de deux façons :

- la mise en réduction des garanties constitue toujours une alternative à la transférabilité. Elle est déjà opérée par la plupart des organismes d'assurance même si elle n'a pas tous les avantages d'une totale transférabilité ;
- le transfert non pas des droits acquis avant la survenance de la dépendance mais des droits acquis au moment de la tombée en dépendance. Les provisions de rentes en cas de sinistre pourraient alors être regroupées au sein d'un payeur unique, pour plus de simplicité du point de vue de l'assuré.

2.2. Contrats souscrits dans le cadre d'une démarche collective

La question de la transférabilité se pose tout particulièrement dans le cadre des contrats souscrits dans une démarche collective, pour lesquels l'assuré n'a pas eu le choix de l'assureur et du produit, dans la mesure où ce choix a été opéré pour le souscripteur du contrat.

Dans ce cas, il faut noter que la notion de transférabilité est distincte de la notion de « portabilité » des droits, ayant acquis une portée juridique avec l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 qui garantit aux ex-salariés dont la rupture de travail ouvre droit à indemnisation par l'assurance chômage la poursuite de leurs garanties collectives.

L'assuré, pour lequel des droits sont progressivement constitués du fait de son adhésion à un contrat d'assurance souscrit par un tiers (en général son employeur, mais la question pourrait être soulevée dans le cadre des garanties en inclusion dans des complémentaires maladie, avec engagement viager de l'organisme d'assurance), doit pouvoir bénéficier de la continuité et du maintien de ses droits en cas de sortie du dispositif.

La transférabilité pourrait alors être organisée de la façon suivante, en distinguant deux cas de figure :

- Résiliation du contrat de travail (démission, licenciement, retraite)
 - la faculté de poursuite de la garantie à titre individuel doit être offerte par l'organisme assureur du contrat collectif dans le cadre d'un contrat d'accueil ;
 - la prime doit être estimée sur la base de l'âge de l'assuré à l'entrée dans le contrat collectif, ce qui permettrait d'éviter que l'assuré n'ait à faire face à un fort effet de seuil entre la prime payée dans le cadre collectif et celle dans le cadre du contrat d'accueil individuel ;
 - l'entrée dans le contrat d'accueil doit se faire sans formalités médicales tant que l'assuré souscrit dans un délai raisonnable à partir de la date de sortie du contrat collectif (par exemple, dans les 3 mois).
- Changement d'organisme assureur du contrat collectif
 - en cas de changement d'assureur, le transfert des garanties est généralement l'élément de négociation et une reprise des passifs est organisée ;
 - pour faciliter le changement d'organisme assureur, il pourrait être organisé une portabilité des garanties, le temps que les garanties du nouvel assureur prennent effet. L'ancien assureur demeurerait responsable des sinistres qui surviendraient au cours des premières années suivant le transfert du contrat, ce qui offre au nouvel assureur un délai de carence et évite un trou de garanties pour les assurés ;
 - les conditions financières du transfert seront à valider entre les assureurs quant à la reprise des passifs et à la détermination du niveau des provisions de transfert. A charge de l'entreprise de verser une soulte correspondant au montant de provisions complémentaires, le cas échéant.

ANNEXE IV

Indexation et/ou revalorisation d'un contrat dépendance

Les contrats du marché prévoient une revalorisation qui peut être exprimée en fonction d'un indice, mais qui est limitée à ce que permet le fonds de revalorisation. Ce fonds est alimenté par les produits financiers provenant du placement des provisions. La revalorisation est possible lorsque les produits financiers sont supérieurs au taux technique ayant servi de base au calcul des primes et provisions.

Une revalorisation ou une indexation à un taux fixe, exprimé en pourcentage, peut également être prévue. Elle se traduit automatiquement par une augmentation significative et immédiate du prix.

L'idée de prévoir une revalorisation automatique et garantie suivant l'inflation médicale ou l'inflation peut être séduisante mais expose à un fort risque technique, très difficile (impossible ?) à maîtriser. Se posera d'abord la problématique du choix de l'indice (pts AGIRC, PASS, Taux d'inflation ?...). Ensuite en cas d'obligation de revalorisation et d'insuffisance des produits financiers, l'équilibre technique et financier ne serait plus assuré et pourrait engendrer une modification de l'approche. A titre d'exemple, deux branches ont ainsi connu de graves déséquilibres en raison d'une forte inflation non suffisamment évaluée : les accidents corporels graves en assurance automobile en France et la dépendance indemnitaire aux Etats-Unis.

Il n'est pas possible de prévoir l'inflation à un horizon de 30 ans. Une décision politique visant une revalorisation importante d'un indice exposerait les assureurs à un risque de dérive majeur, potentiellement insupportable. Enfin et dans le cadre notamment de solvabilité 2, les engagements d'ordre financier sur du long terme sont extrêmement coûteux en capital et de nature à fortement accroître le coût d'une couverture.

Indexation : toute référence à un indice extérieur non pilotable directement par l'assureur est source d'incertitude quant à l'évolution dudit indice. Ceci impliquera un risque supplémentaire pour l'assureur, risque qui devra être pris en charge d'une manière ou d'une autre. En effet, la courbe d'évolution n'est pas certaine et ne peut être prise en compte directement dans le tarif bien qu'elle corresponde à un engagement réel de l'assureur. Un risque de déviation devra donc être inclus dans le calcul du capital requis sous Solvabilité II.

Cette assertion est valable dans le cadre d'une assurance à primes nivelées viagères. Elle comporte un inconvénient : certaines garanties d'assurance sont indexées, telles les garanties 'frais médicaux' et les garanties construction. Si l'on fait le parallèle avec l'assurance dépendance, il apparaît que des garanties évoluant selon un indice extérieur peuvent être données dès lors que l'assurance est annuelle, ce qui pourrait être fait par l'inclusion d'une garantie dépendance dans un contrat santé. Dans ce cas, si l'assureur ne peut résilier à tout moment le contrat, il peut augmenter les cotisations pour suivre l'évolution de l'indice (et au passage, ajuster ses lois de tarification aux lois observées, ce qui pourrait enchérir ou diminuer le tarif demandé).

Revalorisation de la rente selon un taux fixé à l'avance (assurance à primes viagères nivelées) : il est possible de tarifier une garantie qui varie dans le temps, à la hausse comme à la baisse (même si l'on peut estimer que cela n'a pas beaucoup de sens de faire varier à la baisse, c'est un cas que l'on peut rencontrer comme en Israël). Il suffit d'avoir la série des rentes futures en fonction de la durée passée dans le contrat. Cette revalorisation peut être fixe et constante dans le temps, 1% par an par exemple, ou faire un saut à un moment donné, comme un doublement de la rente à 65 ans, ou suivre tout autre scénario que l'on pourrait imaginer. Toutes ces variations sont intégrables mais il faut faire attention au niveau d'augmentation du tarif à l'origine : ainsi, 1,5% d'augmentation annuelle de la garantie pourrait conduire à une augmentation de tarif de l'ordre de 40 à 50% à l'origine ; une fois de plus, les garanties accordées aux assurés doivent être « raisonnables » afin de ne pas trop renchérir les tarifs correspondants.

Revalorisation de la rente selon les résultats techniques et/ou financiers du contrat (assurance à prime viagères nivelées) : Il est courant d'avoir sur les contrats dépendance français des clauses de revalorisation des garanties et de cotisations fonction des résultats techniques et éventuellement financiers du contrat. Hormis l'opacité fréquente de telles clauses ce « standard » de marché appelle quelques remarques :

- Il s'agit en fait d'une clause de participation aux bénéfices puisque cette clause permet de redistribuer aux assurés une partie des bénéfices supposés du contrat.
- La revalorisation porte non seulement sur les garanties mais aussi sur les cotisations. En effet, les bénéfices supposés du contrat proviennent du passé notamment à travers les produits financiers issus du placement des provisions : seul le passé est donc revalorisé et la revalorisation de la partie future de l'adhésion au contrat est acquise par la revalorisation proportionnelle des cotisations futures. Finalement, la part de garantie correspondant à la revalorisation est acquise sur le passé par les bénéfices du contrat, à charge pour l'assuré de financer cette part de garantie revalorisée pour le futur.
- Nous avons mentionné que la revalorisation des garanties correspondait à une part des bénéfices supposés du contrat. L'adjectif « supposé » est important : en effet, si l'on projette des portefeuilles, nous pouvons constater que les contrats peuvent être en apparent bénéfice sur un certain nombre d'années avant d'être en perte par la suite et ce, bien que la garantie soit sous-tarifée à l'origine. Il suffit pour cela que la mortalité des assurés autonomes ait été surévaluée à l'origine par exemple. Les bénéfices des premières années sont donc à mettre en réserves impérativement dans l'attente de statistiques suffisantes pour se faire une opinion du comportement du portefeuille par rapport aux lois de tarification. Nous pourrions imaginer que soit créée (en franchise d'impôts) une provision d'égalisation comme il l'est fait pour les contrats emprunteurs. Il faudrait envisager d'allonger la période de reprise obligatoire d'une dotation donnée de 10 à 20 ou 25 ans pour tenir compte de la spécificité du risque dépendance.

ANNEXE V

Fiscalité : Exemple justifiant de la nécessité d'une provision pour égalisation

Profil de portefeuille :

- Génération de 10 000 assurés
- Ages à l'adhésion compris entre 50 et 75 ans
- Age moyen : 65 ans
- Répartition 65% Femmes - 35% Hommes

Garantie :

- Rente mensuelle de 1 000 euros versée en cas de dépendance (GIR 1, 2 ou 3).
- Pas de délai de carence, ni de franchise

Bases tarifaires et de provisionnement :

- Calculs en primes pures (sans chargement)
- Taux technique : 2%
- Hypothèse : Les bases restent inchangées pendant tout le déroulement de la simulation (pas de prise en compte des déviations)
- On suppose qu'il n'y a pas d'excédents financiers.

Compte de résultat

Débit	Crédit
Prestations	Cotisations
PRC au 31/12	PRC au 1/1
PM au 31/12	PM au 1/1
PSAP au 31/12	PSAP au 1/1
	Intérêts techniques

- PRC = Provisions pour Risques Croissants (pour les valides, du fait des primes nivelées)
- PM = Provisions Mathématiques de rentes (rentes dépendance en cours de service)
- PSAP = Provisions pour Sinistres à Payer (états de dépendance non encore reconnus)

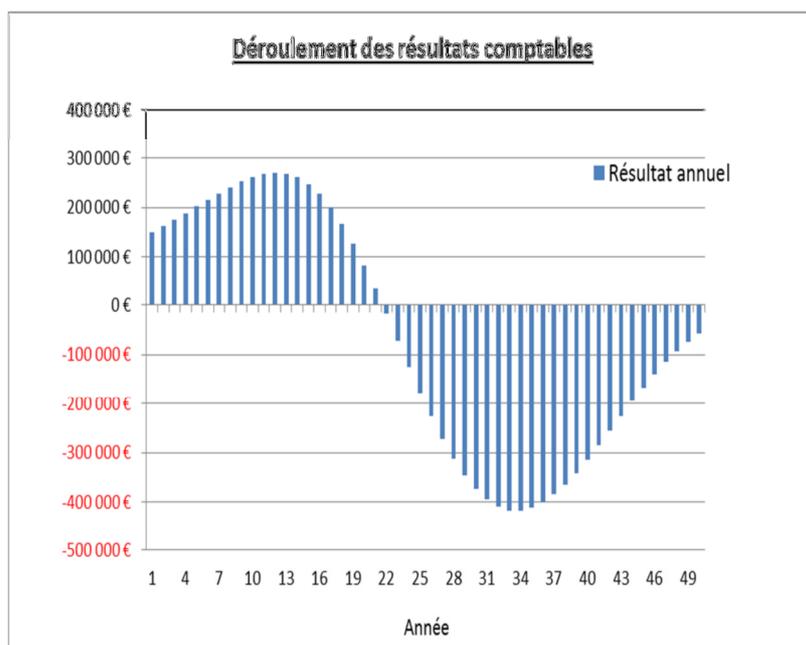
Déroulement des résultats comptables sans déviation

Si le risque n'évolue pas, la tarification devrait conduire à un résultat comptable nul chaque année sur toute la période.

Déroulement des résultats comptables avec un changement de profil du risque dans le temps

- Baisse d'incidence de 10%
- Baisse de mortalité des dépendants de 6%

Sous ces hypothèses, le tarif serait inchangé, néanmoins le déroulé des résultats comptables diffère. Les assurés tombent moins en situation de dépendance que prévu dans le barème de provisionnement et atteignent des âges plus élevés où l'incidence est plus forte. Les deux effets se compensent, conduisant **au même tarif que le tarif initial**.



Sans constitution d'une provision d'égalisation, les résultats annuels seront « en apparence » excédentaires pendant plus de 20 ans et s'ils sont externalisés, ils ne pourront compenser des pertes futures.

Ainsi pour une baisse d'incidence très faible de l'ordre de *25 pour 10 000* assurés au moment du pic du nombre de personnes dépendantes (soit 0,25%), et une baisse de mortalité des dépendants conduisant à une augmentation d'espérance de vie modeste de l'ordre d'un trimestre pour une personne âgée de 80 ans, le régime peut se retrouver en perte au bout d'une vingtaine d'année, alors même que le contrat a été bien tarifé.

La provision pour égalisation serait donc bien destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité, et pas à une sous-tarifcation du risque. La provision pour égalisation ne se substitue pas aux autres provisions techniques qui doivent être correctement évaluées et suffisamment dotées.

ANNEXE VI

Comparaison internationale

Exemples étrangers intéressants :

- **Etats-Unis** : Partenariat entre la plupart des Etats Fédéraux et les assureurs privés, avec incitation fiscale à la souscription des contrats dépendance (liée au régime social Medicaid).
- **Allemagne** : Deux acteurs séparés en termes de personnes couvertes, de tarification (répartition versus capitalisation) mais garantie définie par l'Etat (polices et règles uniformes).
- **Singapour** : Trois assureurs privés, choisis après appel d'offre par l'Etat, s'occupent de la gestion et du portage du risque, sur la base d'une garantie définie et régulée par l'Etat
- **Israël** : Couvertures assurantielles et étatiques sans lien mais encadrement par l'Etat des contrats d'assurance privés et de leur gestion

Conclusions de l'analyse des expériences étrangères :

- **Intérêt d'une labellisation/uniformisation des contrats** : Clarté et simplicité vis-à-vis des assurés, limite le dérapage des prestations.
- **Nécessité de limiter le coût d'acquisition d'une couverture dépendance** :
 - ✓ Redéfinir les garanties avec limitation de la durée de prestation en durée
 - ✓ Etablir un statut fiscal spécifique (exonération ou crédit d'impôt).
 - ✓ Promouvoir les polices avec participation de l'employeur.
 - ✓ Laisser la liberté tarifaire aux assureurs (l'inverse renchérit le prix pour l'assuré et coutera trop lourd à l'assureur sous Solvabilité II).
- **Nécessité de sécuriser cette couverture pour les plus démunis** : Intervention de l'Etat pour une partie de la population.

1. ETATS-UNIS

1.1 Fonctionnement de l'assurance dépendance

Principaux programmes publics :

- ✓ Medicaid
- ✓ Medicare

Assurances privées :

- ✓ **Polices individuelles (4,63 millions)** : âge de souscription de 18 à 84 ans, garantie principale ou combinée à des produits décès ou rentes
- ✓ **Polices collectives (2,1 millions)** : couverture des seuls employés ou de l'ensemble des employés et retraités ainsi que leur famille

Garantie :

- ❖ majoritairement remboursement des coûts médicaux
- ❖ durée fixe des prestations (2 à 5 ans en général) ;
- ❖ plafond de garantie journalier
- ❖ déclencheur à 2/6 AVQ ou maladie cognitive, franchise 90 jours.

1.2 Partenariat public-privé

- Principe : incitations fiscales à la vente de polices d'assurance privée
- Incitation fiscale en lien avec le programme Medicaid :

1.3 Avantages et inconvénients

Avantages :

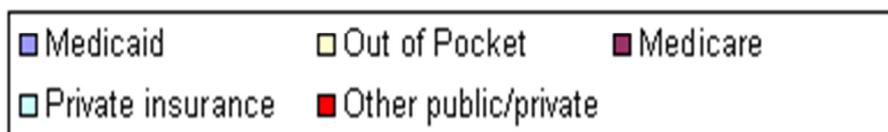
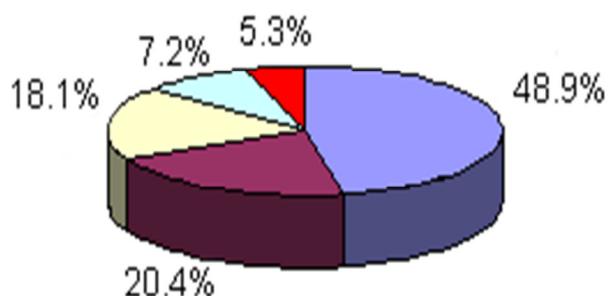
- Garantie temporaire avec limitation des couts d'acquisition:
- Début de prise en compte de la charge portée par les aidants familiaux
- Protection du patrimoine dans le cadre des polices « Partenariat Qualifié » :

Inconvénients :

- ❖ Problème des garanties indemnitaires avec dérapage des coûts de fonctionnement

Marché privé

- Le marché d'assurance privée US est le premier du monde, mais représente un faible poids dans la prise en charge des dépenses

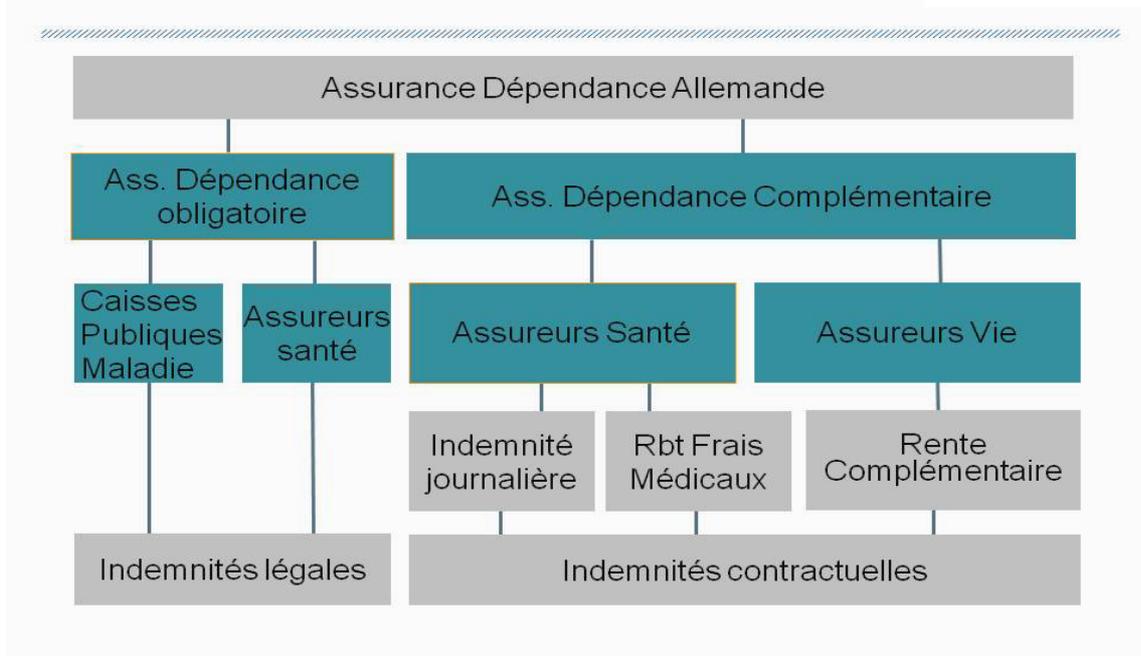


▪ **Source : U.S. Department of Health and Human Services**

- Arrêt de la commercialisation de l'assurance dépendance par de nombreux acteurs ou majoration tarifaire importante

2. ALLEMAGNE

2.1. Fonctionnement de l'assurance dépendance



- **Couverture sociale** - s'adresse à toute personne sans limitation d'âge
 - ✓ **Définition de la dépendance** : Evaluation du degré « Important », « Sévère » ou « Extrême » de la dépendance, , au regard de 21 AVQ répartis en 4 rubriques .
- **Couverture privée** - moins de 75 à la souscription, voire 85 ans
 - ❖ **Assureurs Vie** : rente forfaitaire au choix, dépendance basée sur 6 AVQ avec la démence en déclencheur indépendant.
 - ❖ **Assureurs Santé** : remboursement des montants restant à charge après la couverture sociale,

2.1. Partenariat public-privé

Partenariat public-privé à travers la couverture sociale mise en place en 1995 et basé sur la garantie définie par l'Etat. - 97% des 82,2 Millions d'Allemands étaient couverts au travers de deux acteurs (2007):

- **Caisses Publiques Maladie**
 - ✓ couvrent obligatoirement tous les salariés avec un salaire annuel inférieur à 49 500 € (2011) ; 2007 : 70,34 millions de personnes*.

- **Assureurs santé de la couverture obligatoire**

- ✓ couvrent obligatoirement les fonctionnaires, les travailleurs indépendants et les salariés avec un salaire brut supérieur à € 49 500 (2011) ayant opté pour la couverture sous le régime privé. 2007 : 9,32 millions de personnes*.

*Source : German Ministry of Health, Association of the Health Insurance Companies.

- **Financement par répartition par les Caisses Publiques Maladie :**

- **Financement par capitalisation de la couverture par les assureurs privés**

2.2. Avantages et inconvénients

Avantages :

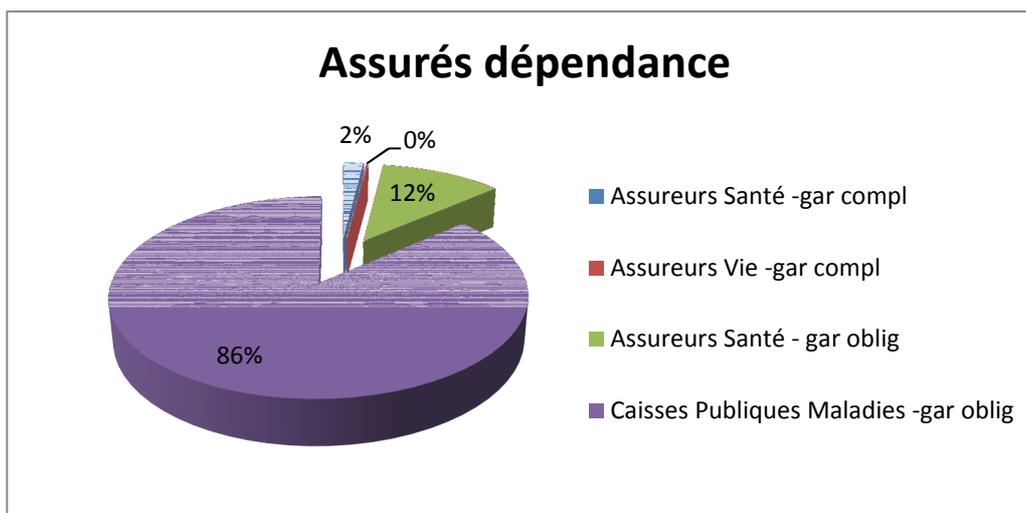
- ✓ Amélioration de la prise en charge du statut d'aidant
- ✓ Meilleure coordination entre les prestataires de service et les payeurs.

Inconvénients:

- ✓ Déficit structurel du modèle par répartition :
- ✓ Difficile maîtrise des coûts des soins :

2.3. Marché privé

- Faible poids de l'assurance privée dans la prise en charge des dépenses



- Croissance régulière dans la vente de garanties complémentaires par les assureurs privés

3. SINGAPOUR

3.1. Fonctionnement de l'assurance dépendance

▪ **Couverture sociale :**

- ✓ **Medisave**
- ✓ **Medishield**
- ✓ **Medifund**
- ✓ **Plan Eldersshield.**

▪ **Couverture privée :**

- ✓ **Polices complémentaires Eldersshield** : uniquement pour les assurés ayant déjà une assurance Eldersshield de base. Possibilité de payer les primes via le compte Medisave.

3.2. Partenariat public-privé

▪ **Plan Eldersshield actuel :**

- ✓ Assurance dépendance obligatoire pour les personnes de plus de 40 ans non dépendants.
- ✓ Pour les + de 70 ans et les personnes déjà dépendantes, financement par l'Etat d'un fonds d'aide

▪ **Garantie :**

- ✓ Dépendance sur base de la perte d'au moins 3 AVQ sur 6.
- ✓ Couverture viagère offrant une rente temporaire de 400 SGD / mois pendant un maximum de 6 années.

▪ **Tarif / Gestion :**

- ✓ Fait par les 3 assureurs choisis par l'Etat après appel d'offres.
- ✓ Prime basée sur l'âge à l'entrée dans le plan et payable jusqu'à 65 ans.
- ✓ Possibilité d'augmenter le niveau de la rente ou d'étendre la durée de la prestation

3.3. Avantages et inconvénients

▪ **Avantages:**

- ✓ Cohérence du partenariat public-privé
- ✓ Responsabilisation des assurés (compte d'épargne médical individualisé.)
- ✓ Couverture privée financée par le compte épargne médical
- ✓ Pas de sélection médicale
- ✓ Couverture temporaire du risque (pas de risque de longévité)
- ✓ Tarif établi par les assureurs avec révision autorisée par le gouvernement
- ✓ Garantie non indexée mais maîtrise des soins et services par l'Etat.

▪ **Inconvénients :**

- ✓ Pas de prise en charge pour les personnes avant 40 ans.
- ✓ Marché privé complémentaire réservé aux seuls assureurs agréés.
- ✓ Système qui nécessite des conditions particulières : taux d'épargne élevé, taux de chômage bas et surtout population jeune et aisée

3.4. Marché privé

▪ Importance relative de l'assurance privée :

- ✓ Le secteur privé gère 100% de l'assurance dépendance du pays, mais n'est pas maître des conditions de la garantie.
- ✓ Plus d'un patient sur deux a ses coûts dépendance pris en charge à 65% de leur montant par l'Etat (source : Budget du Ministère de la Santé Singapourien).

4. ISRAËL

4.1. Fonctionnement de l'assurance dépendance

- **Couverture sociale :**

- Pour toute personne résidente en Israël de plus de 18 ans,

- **Couverture privée :**

- ✓ **Assurances individuelles :** couverture de la dépendance sur base des 6 AVQ et des maladies cognitives, indemnités payées sur une période fixe de 3 à 8 ans majoritairement.
- ✓ **Assurances collectives :** remboursement des coûts de la dépendance sur une durée limitée de 3 à 5 ans, à l'assuré seul ou à l'assuré et ses ayants-droits.

4.2. Partenariat public-privé

- **Réglementation du marché privé par l'Etat :**

- ✓ Contrat dépendance vendu sans connexion avec d'autres contrats.
- ✓ Définition de la garantie standard correspondant à la couverture d'au minimum 50% de la mensualité en cas de perte de 3/6 AVQ et 100% en cas de maladie cognitive.
- ✓ Les frais de soins à domicile couverts sous forme de prestation de services ou d'indemnité forfaitaire
- ✓ Prime nivelée pour les plus de 65 ans, prime de risque possible avant 65 ans.
- ✓ Niveau de valeur de réduction affiché dès la souscription.
- ✓ Indexation des primes et des garanties sur l'indice du coût de la vie.

4.3. Avantages et inconvénients

- **Avantage :**

- ✓ Transparence vis-à-vis des assurés et facilité de comparaison des polices

- **Inconvénients :**

- ✓ Pas de liberté de gestion des assureurs privés
- ✓ Couverture large en cas de dépendance partielle : risque de déséquilibre des contrats du fait de la fréquence élevée des sinistres

4.4. Marché privé

- **Grande importance de l'assurance privée :**

- ✓ Pas de véritable couverture sociale donc la garantie dépendance repose sur l'offre privée.
- ✓ Les 4 mutuelles Santé du pays offrent des contrats groupe, moins chers que les contrats individuels mais avec des garanties plus restreintes.
- ✓ Complément des garanties groupe par les polices individuelles.