



HAL
open science

Quel avenir pour l'assurance dépendance? Leçons de l'expérience américaine

Jean Pinquet

► **To cite this version:**

Jean Pinquet. Quel avenir pour l'assurance dépendance? Leçons de l'expérience américaine. La dépendance: que sait-on vraiment?, Dec 2008, PARIS, France. hal-00396151

HAL Id: hal-00396151

<https://hal.science/hal-00396151>

Submitted on 17 Jun 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

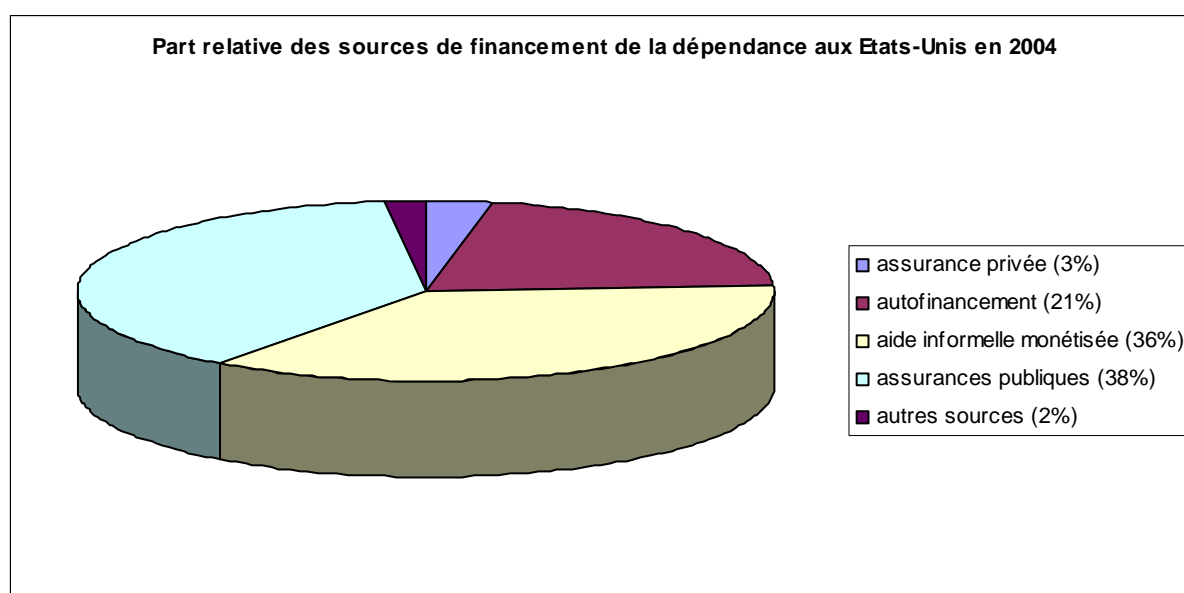
Quel avenir pour l'assurance dépendance? Leçons de l'expérience américaine, *Jean Pinquet*

Maître de conférences à l'Université Paris-X, chercheur au département d'économie de l'École Polytechnique, associé à la chaire « grands risques » AXA-X-ENSAE, co-éditeur de la revue « The Journal of Risk and Insurance »

Le titre de la session : « la dépendance : un choix de société ? » évoque deux axes de réflexion à l'auteur de cette note. Le premier concerne le partage entre échanges monétaires et non monétaires, le second a trait à la ventilation du financement des risques entre autofinancement, assurances publiques, et assurances privées.

Comme pour le maintien du niveau de vie des personnes âgées, la diminution tendancielle des échanges non monétaires (se traduisant ici par des soins informels apportés aux personnes dépendantes par la famille et les voisins) augmente les besoins de financement. Ces besoins augmentent également du fait du vieillissement des populations, et de l'augmentation avec l'âge de la prévalence de l'état de dépendance.

Même dans les sociétés occidentales, la part des échanges non monétaires reste importante dans le cas de l'aide apportée aux personnes dépendantes, comme en témoigne un rapport récent du Congressional Budget Office (CBO, 2004). Il fournit les résultats suivants pour les sources de financement de la dépendance aux Etats-Unis.



La part de 38% revenant aux assurances publiques se répartit entre les programmes Medicaid (22% du total), et Medicare (16%). Le programme Medicaid, consacré aux personnes indigentes, est d'un poids plus élevé que Medicare, qui est dédié aux personnes âgées.

L'auteur ne dispose pas des chiffres correspondants pour la France, mais on peut faire des comparaisons sur les types de produits offerts par l'assurance privée. Evoquons d'abord le contrat le plus courant, qui est souscrit quand l'assuré est en bonne santé, et qui donne lieu à des primes périodiques versées tant que l'assuré reste dans cet état. Alors que les Etats-Unis ont opté pour des couvertures indemnitaires d'épisodes de dépendance pas forcément irréversibles, les assureurs français (à l'instar de la plupart des assureurs européens) proposent des couvertures

forfaitaires d'épisodes de dépendance irréversible (Taleyson, 2003). Les garanties indemnitaires ont pour avantage d'offrir une couverture plus proche de la réalité des risques. Mais elles ont plusieurs inconvénients, et d'abord de conduire à une dérive des coûts, particulièrement difficile à contrôler dans un environnement de droit jurisprudentiel (Kessler, 2008). Par ailleurs, les règlements de l'assureur dans le cas de la dépendance servent à financer des services (de soins, d'hébergement) et non à réparer un préjudice. Une logique indemnitaire conduit à contractualiser les prestations. Les évolutions technologiques pourraient également changer la nature des services apportés aux personnes dépendantes (par exemple l'utilisation de robots, avec un peu d'imagination?), et sont en tous cas difficiles à contractualiser à long terme. Il est plus simple de laisser l'assuré libre de choisir la nature, et le niveau de qualité et de prix des prestations. Les assureurs proposant des garanties forfaitaires peuvent par ailleurs être fournisseurs de services à la personne dépendante.

Le risque de dépendance a trois niveaux : le risque d'entrée dans l'état de dépendance (qu'on supposera irréversible pour simplifier), la durée de vie dans cet état, et le coût par unité de temps pour une garantie indemnitaire. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes dans un état de dépendance, et leurs taux d'entrée sont également supérieurs à ceux des hommes dans les âges élevés. Le genre n'est pas utilisé dans la tarification des produits d'assurance dépendance. Une étude sur données américaines évoque un rapport règlements/prime égal à 0,56 pour les hommes, à 1,04 pour les femmes, et à 0,82 en moyenne globale (Finkelstein et Mc Garry, 2006). Ces rapports sont calculés sans tenir compte des rachats et annulations de contrats, un point sur lequel cette note revient par la suite. Cette importante subvention croisée entre genres ne semble pas peser beaucoup sur la demande d'assurance, comme le montrent les chiffres précédents.

Un autre type d'assurance dépendance ne couvre que le risque de durée en dépendance, et pas le risque d'entrée. Il s'agit de produits de rente viagère immédiate, souscrits par des individus venant d'entrer en dépendance et dont l'espérance de vie s'est de ce fait notablement réduite (c'est d'autant plus vrai qu'ils sont jeunes). Ces produits sont à prime unique, laquelle peut être financée par la vente d'actifs immobiliers. Ils représentent en France une part infime du marché de l'assurance dépendance, et la pauvreté de la structure tarifaire (qui utilise l'âge, mais ni le genre ni le type de problème de santé causant la dépendance) autorisée pourrait expliquer cela. En effet, un phénomène d'écémage est alors à l'œuvre, et seuls les profils les plus risqués (par exemple, les femmes victimes d'une maladie neurodégénérative) peuvent être intéressés. Plus de liberté dans la tarification pourrait sans doute permettre d'élargir ce marché.

Plusieurs causes expliquent le très faible poids des assurances privées dans le financement de la dépendance aux Etats-Unis. L'une d'entre elles, qui concerne sans doute aussi la France, est abordée par deux économistes américains dans une publication récente. En analysant les données du Health and Retirement Survey (HRS), ils ont mis en évidence le poids des rachats et annulations de contrat dans la rentabilité de l'assurance dépendance. D'après leurs calculs, 82% des primes reviendraient aux assurés en l'absence de rachats et d'annulations de contrat,⁴⁴ alors que cette proportion tombe à 49% en les incluant (Brown et Finkelstein, 2007). L'auteur de la présente note a eu l'occasion de travailler récemment sur des données espagnoles, et sur des contrats qui comportaient une clause d'assurance dépendance (Guillén et Pinquet, 2008). Nous avons également constaté un nombre important de rachats et d'annulation de contrats, sur les vingt années d'observation dont nous disposons. Les conditions de rachat étaient également très peu favorables aux assurés.

La nature du produit explique cela : un contrat d'assurance dépendance peut être détenu pendant des décennies, et la concurrence entre assureurs joue seulement à la signature du contrat. D'autres marchés d'assurance à long terme, tels ceux associés aux contrats vie entière⁴⁵ aux Etats-Unis, ont vu se développer un marché secondaire. Mais ces contrats sont transférables (l'assuré peut

⁴⁴ Chiffre déjà cité plus haut, issu d'une autre publication du même auteur de référence.

⁴⁵ Assurance décès sans limite d'âge de l'assuré pour le versement du capital au bénéficiaire du contrat.

modifier l'identité du bénéficiaire en cours de contrat), ce qui permet la création d'un marché secondaire. Cela n'est pas possible pour l'assurance dépendance, car l'assuré est le bénéficiaire.⁴⁶ La rente de monopole induite par les caractéristiques précitées du contrat d'assurance dépendance devrait impliquer une supervision plus étroite par les autorités de régulation que pour les contrats renouvelables, où l'assuré peut faire jouer la concurrence à intervalles réguliers. Par ailleurs, l'assureur n'est pas engagé à long terme sur sa tarification, ce qui se justifie par le fait qu'il y a une grande incertitude sur les lois de risques, qu'elles concernent l'entrée en dépendance ou la durée de vie dans cet état. Mais c'est une raison de plus pour justifier une supervision accrue de ces contrats.

La perte potentielle pour les assurés induite par les annulations et les rachats de contrat est sans doute l'un des freins principaux au développement de l'assurance dépendance en France comme aux Etats-Unis. Pour l'assurance dépendance, trois causes d'interruption de contrat sont identifiables *a priori*. Soit l'assuré révisé son risque à la baisse suite à de nouvelles informations sur son état de santé⁴⁷, soit les motivations à s'assurer ont diminué (effet de richesse, par exemple), soit enfin des contraintes de liquidité le poussent à interrompre le versement de la prime. A la connaissance de l'auteur, il n'existe pas de publications faisant la part de chacune des causes d'interruption de contrat. La dernière cause évoquée a sans doute un poids important. Elle peut expliquer pourquoi les acheteurs sont âgés (les liquidités augmentant avec l'âge), et pourquoi le taux de détention de cette assurance augmente avec la richesse, au moins jusqu'à un certain niveau. Il est sans doute souhaitable que les contrats soient aussi transparents que possible sur les conditions de rachat, de manière à pouvoir créer une concurrence sur ce point.

Références

1. Brown, J. et Finkelstein, A. (2007) "Why is the market for long-term care insurance so small?", *Journal of Public Economics* **91** 1967-1991.
2. Congressional Budget Office (CBO) (2004) "Financing long-term care for the elderly", URL <http://www.cbo.gov/ftpdocs/54xx/doc5400/04-26-LongTermCare.pdf>.
3. Doherty, N. et Singer, H. (2002) "The benefits of a secondary market for life insurance policies", document de travail de la Wharton School.
4. Finkelstein, A. et McGarry, K. (2006) "Multiple dimensions of private information: Evidence from the long-term care insurance market", *American Economic Review* **96** 938-958.
5. Guillén, M. et Pinquet, J. (2008) "Long-term care: risk description of a Spanish portfolio and economic analysis of the timing of insurance purchase," *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice* **33** 659-672.
6. Hendel, I. et Lizzeri, A. (2003) "The role of commitment in dynamic contracts: evidence from life insurance", *The Quarterly Journal of Economics* 299-327.

⁴⁶ Le développement d'un marché secondaire élargit le champ des couvertures pour l'assuré, mais renchérit l'assurance primaire. Le débat a été vif aux Etats-Unis concernant l'assurance vie entière, aussi bien dans le monde professionnel qu'académique. Les marchés d'assurance secondaire concernent les assurés vie entière ayant, soit perdu leur motivation à léguer le capital assuré (marché du *life settlement*), soit une espérance de vie très réduite et des besoins financiers liés à leur état de santé (marché du *viatical settlement*). Dans la littérature académique, on peut trouver des publications argumentant en faveur du développement des marchés secondaires (Doherty et Singer, 2002), et d'autres dont les conclusions sont plutôt négatives (Hendel et Lizzeri, 2003). En tout cas, le développement du marché secondaire a eu pour effet d'élargir la gamme des contrats offerts sur le marché primaire, avec l'inclusion d'options correspondant aux situations poussant à recourir au marché secondaire.

⁴⁷ Dans l'étude de Finkelstein et McGarry, les assurés ayant interrompu leur contrat se montraient moins risqués d'un tiers que les autres vis-à-vis de l'entrée en dépendance, et à l'horizon de l'analyse.

7. Kessler, D. (2008) "The long-term care insurance market", *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice* **33** 33-40.
8. Taleyson, L. (2003) "Private long-term care insurance - international comparisons", *The Geneva Association, Health and Ageing* **8** 8-11.