

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Les contrats d'assurance dépendance
sur le marché français en 2006**

Sandrine Dufour-Kippelen

n° 84 – décembre 2008

*« Etude qualitative sur les contrats d'assurance dépendance en France, étude
monographique et typologie des contrats », 2006-2007
Convention DREES-Université Paris Dauphine*

Sandrine Dufour-Kippelen (Université Paris Dauphine, LEGOS)

Cette étude n'engage que ses auteurs

Sommaire

1. Le marché de l'assurance dépendance en France en 2006	7
1.1 Les acteurs	7
1.2 Les contrats d'assurance dépendance.....	7
1.2.1 Nature du contrat et mode de souscription.....	7
1.2.2 Les dispositions fiscales.....	8
1.3 Nombre d'assurés.....	9
2. Méthodologie de l'enquête sur les contrats d'assurance dépendance	10
2.1 Le questionnaire.....	10
2.2 Un échantillon représentatif des contrats individuels et à adhésion facultative en garantie principale.....	23
3. Les contrats individuels ou à adhésion facultative en garantie principale.....	26
3.1 Distribution des contrats	26
3.2 Définition de la dépendance couverte	26
3.3 Niveau de couverture	27
3.4 Maîtrise du risque	27
3.4.1 Âges de souscription	27
3.4.2 Sélection médicale	28
3.4.3 Délais de carence et franchises	29
3.5 Les garanties	29
3.5.1 Les garanties en dépendance totale.....	30
3.5.2 Les services.....	31
3.5.3 Garanties en dépendance partielle.....	31
3.5.4 Valeur de réduction.....	31
3.5.5 Exemple de contrat.....	32
3.6 Les cotisations.....	33
3.7 Les revalorisations des rentes et des cotisations	33
4. Bibliographie.....	35
5. Annexe 1 - Les contrats collectifs à adhésion obligatoire.....	37
6. Annexe 2 - Définition des groupes AGGIR, des AVQ et AIVQ	39

Dans le contexte de réflexion sur la prise en charge financière de la dépendance et de l'articulation potentielle de l'assurance publique et de l'assurance privée (Cour des comptes 2005, Gisserot 2007, Sénat 2008), La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et des solidarités a sollicité une étude visant à présenter un *panorama de l'offre d'assurance dépendance en France* et à analyser les principales caractéristiques des contrats proposés, aussi bien individuels que collectifs.

Ce projet a vocation à améliorer la connaissance de l'offre de contrats d'assurance dépendance dans sa diversité et s'intéresse notamment aux caractéristiques spécifiques de ces contrats, liées à la nature propre du risque dépendance qui est un risque long sur lequel pèsent de nombreuses incertitudes, tant épidémiologiques, sanitaires que socio-économiques.

Le marché de l'assurance dépendance français est dynamique et important, c'est le deuxième marché après les États-Unis. L'offre de contrats est abondante : contrats individuels ou collectifs à adhésion facultative ou obligatoire, à garantie principale ou complémentaire, couvrant la dépendance totale ou partielle (Dossiers de l'épargne 2007). On compte environ 3 millions d'assurés, tous contrats confondus.

Les données collectées permettent d'étudier 34 contrats, diffusés par 20 sociétés et qui représentent 1,49 million de personnes assurées. Toutefois, l'analyse portera plus précisément sur les contrats d'assurance individuels ou à adhésion facultative en garantie principale pour lesquels on a pu construire un échantillon représentatif.

Dans une première section, on décrit brièvement le marché de l'assurance dépendance français en 2006. Dans une deuxième section, la méthodologie de l'enquête menée est exposée. Elle a permis la constitution d'un échantillon représentatif des contrats d'assurance individuels ou à adhésion facultative en garantie principale. Enfin, dans la troisième section, sont présentés les principaux résultats de l'enquête quant aux modalités définissant ces contrats d'assurance dépendance et les garanties qu'ils proposent.

1. Le marché de l'assurance dépendance en France en 2006

1.1 Les acteurs

Trois familles d'acteurs interviennent sur le marché de l'assurance dépendance : des sociétés régies par le code des assurances (compagnies d'assurances, mutuelles d'assurances et bancassureurs) ; des institutions de prévoyance, régies par le code de la sécurité sociale et des mutuelles santé, régies par le code de la mutualité.

Le marché est très concentré, notamment pour les contrats d'assurance dépendance en garantie principale : 3 acteurs principaux pour les contrats individuels ou facultatifs qui se partagent plus de 60 % du nombre total des personnes assurées (AG2R, Groupama, Crédit agricole). Il existe un acteur principal en contrat obligatoire : CNP qui assure plus de 90 % des personnes en obligatoire. Toutefois, de nouveaux assureurs ou bancassureurs sont entrés ces dernières années sur le segment de l'assurance dépendance (La Banque postale, La Caisse d'épargne...).

Les institutions de prévoyance diffusent beaucoup de contrats mais portent le risque par l'intermédiaire d'une filiale d'assurance ou font porter le risque à une société d'assurance. En effet, les directives européennes en assurance stipulent que l'activité d'assurance doit être isolée au sein d'un périmètre juridique spécifique qui ne peut avoir d'activité en dehors de l'assurance (Autorité de contrôle des assurances et mutuelles, 2006). Par exemple, AG2R assure ses contrats par l'intermédiaire de sa filiale Prima ; le Groupe Malokoff assure ses contrats par SAPREM. Par conséquent, de nombreux contrats proposés par les institutions de prévoyance (à l'exception des contrats obligatoires) dépendront du code des assurances.

Les acteurs de l'assurance, de la retraite ou de la santé essaient de fidéliser leurs clients ou adhérents en élargissant leur gamme de produits à la dépendance. Ainsi, les contrats d'assurance dépendance ont souvent comme cible les clients (ou sociétaires) déjà connus : les souscripteurs détiennent souvent d'autres contrats (santé, automobile, obsèques).

1.2 Les contrats d'assurance dépendance

Plusieurs types de contrats peuvent protéger contre le risque de dépendance. Il faut notamment distinguer les contrats qui assurent le risque de dépendance sur la vie entière (risque viager, ce qui est le cas de la plupart des contrats individuels), des contrats qui assurent le risque que la dépendance survienne dans l'année (risque annuel).

1.2.1 Nature du contrat et mode de souscription

Dans le cas des *contrats de prévoyance* (ou de risque pur), en échange du versement de cotisations périodiques par l'assuré, l'assureur s'engage à verser, en cas de dépendance, une rente viagère d'un montant prédéterminé. Si le sinistre ne survient pas, les cotisations versées ne sont pas récupérées : cotisations sont dites versées à fonds perdus. La dépendance est la garantie principale dans ces contrats.

La garantie dépendance peut également correspondre à une garantie complémentaire ou optionnelle dans un *contrat d'assurance vie* pour lequel la garantie principale est une garantie décès, retraite ou épargne. Le fait générateur du versement de la rente ou du capital peut être avancé en cas de dépendance.

Les contrats d'épargne dépendance assurance-vie permettent à l'assuré de verser librement une ou plusieurs cotisations qui se capitalisent sur le contrat. L'épargne ainsi constituée est transformée en rente viagère au moment de l'entrée en dépendance. Le montant de la rente dépend de l'épargne accumulée. Si le sinistre ne survient pas ou l'assuré décède avant d'avoir perdu son autonomie, les fonds accumulés sont récupérés (par les héritiers en cas de décès). *Les contrats d'épargne retraite* classique peuvent aussi prévoir une option dépendance.

La dépendance peut être couverte dans le cadre d'un *contrat de complémentaire santé*, où elle représente une garantie complémentaire.

Les contrats se distinguent par leur mode de souscription qui peut être individuel ou collectif.

Le *contrat individuel* est signé sans intermédiaire entre l'assureur et le souscripteur, qui est le plus souvent l'assuré. Chaque contrat conclu possède sa propre identité juridique, l'assuré peut donc négocier certaines clauses.

Les contrats collectifs sont souscrits par une entreprise, une mutuelle ou une association (le souscripteur est alors différent de l'assuré).

Le *contrat collectif à adhésion facultative* (ou « groupe ouvert ») est conclu entre un assureur et une personne morale chargée de distribuer ce contrat (le souscripteur). Le souscripteur fixe les règles d'adhésion au contrat. Les conditions ne sont pas négociables pour l'assuré : si des modifications sont apportées au contrat, elles s'appliquent à tous les assurés.

Le *contrat collectif à adhésion obligatoire* a la même structure que le contrat à adhésion facultative mis à part que la personne physique éligible à ce contrat a l'obligation d'y adhérer. Ce contrat est souvent souscrit par une entreprise pour ses salariés.

Les contrats collectifs, notamment les contrats à adhésion obligatoire, assurent fréquemment le risque de dépendance annuel, s'apparentant plutôt à une invalidité permanente qui ne serait pas due à l'activité professionnelle. En effet, le risque est couvert pendant l'activité salariée. Toutefois, dans certains contrats, les jeunes retraités peuvent choisir de poursuivre leurs cotisations pour maintenir l'assurance du risque dépendance jusqu'au décès (Gallou 2007). De même, les contrats de mutuelles santé qui proposent une garantie dépendance, n'assurent ce risque que le temps de la souscription du contrat santé.

1.2.2 Les dispositions fiscales

Les primes ou cotisations versées sur des contrats d'assurance dépendance souscrits facultativement ne sont pas déductibles du revenu imposable. En contrepartie, les rentes ou indemnités perçues lors de la réalisation du risque sont exonérées de l'impôt sur le revenu. En outre, elles ne sont pas prises en compte dans le barème de l'APA.

Tous les contrats d'assurance dépendance bénéficient depuis 2002 d'une exonération de taxe sur les conventions d'assurance sans contrepartie en termes de sélection des risques (article 995 du code général des impôts).

Lorsque le risque de dépendance est couvert dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, certaines règles, notamment concernant la tarification, doivent être respectées les règles fiscales et sociales relatives aux régimes de prévoyance pour bénéficier des dispositions de l'article 83 du Code général des impôts et L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale : pour l'employeur, qui paie une part importante des cotisations (souvent 50 %), ces dernières sont déductibles de l'impôt sur les sociétés (art 83) et le contrat donne droit à l'exonération de l'assurance des cotisations de sécurité sociales (art L. 242-1).

1.3 Nombre d'assurés

D'après les estimations réalisées (FFSA 2006, 2007, Gisserot 2007), trois millions de personnes seraient couvertes pour la dépendance, tous contrats confondus en 2006 ; ce qui représente une proportion d'assurés assez faible parmi les 13 millions de personnes de 60 ans et plus.

En outre, seulement un tiers des assurés seraient couverts pour le risque viager.

Les contrats régis par le code des assurances assurent environ 1,8 million de personnes :

- 900 000 assurés en garantie principale par contrats individuels ou à adhésion facultative ;
- 800 000 assurés en garantie principale par contrats à adhésion obligatoire ;
- 150 000 assurés en garantie complémentaire par contrats d'assurance-vie.

Environ 150 000 personnes sont assurées dans le cadre de contrats obligatoires régis par le code de la sécurité sociale.

Les contrats régis par le code de la mutualité couvriraient plus d'1 million d'assurés, la plupart en garantie complémentaire (Gisserot 2007).

2. Méthodologie de l'enquête sur les contrats d'assurance dépendance

Pour effectuer un panorama de l'offre d'assurance dépendance en France et analyser les principales caractéristiques des contrats proposés, le recueil d'informations a été réalisé par l'intermédiaire d'un questionnaire.

L'étude a mobilisé un groupe de travail constitué des fédérations d'assureurs (*FFSA*, Fédération française des assurances), de mutuelles (*FNMF*, Fédération de la mutualité française) et d'institutions de prévoyance (*CTIP*, Centre technique des institutions de prévoyance) ainsi que des mutuelles ou compagnies d'assurance, des institutions de prévoyance, des représentants de la CNSA et de la DGAS.

2.1 Le questionnaire

Les discussions dans le groupe de travail ont permis la définition d'un questionnaire (voir ci-dessous) permettant le recueil des informations pertinentes sur : la nature du contrat, la définition du risque dépendance couvert, le nombre d'assurés, les conditions et modalités de souscription, la reconnaissance de la réalisation du risque, les prestations de base prévues au contrat, les cotisations de base.

Le choix a été fait initialement de s'intéresser aux **contrats individuels** et **collectifs** en portefeuille, qu'ils soient ou non toujours ouverts aux affaires nouvelles, que la dépendance soit la garantie **principale** ou une garantie **complémentaire**.

Toutefois, les contrats à garantie dépendance **optionnelle** n'ont pas été pris en compte en raison de la difficulté d'analyser des options qui peuvent être activées en cours de contrat, et non à la souscription.

Un contrat fermé aux affaires nouvelles est un contrat pour lequel il ne peut plus y avoir de nouvelles souscriptions. En revanche, les personnes assurées par ce contrat pourront faire valoir leurs droits lors de la déclaration de l'état de dépendance. Il est donc nécessaire d'intégrer ces contrats dans l'analyse.

Dans la pratique, un contrat est souvent fermé pour laisser la place à un contrat de la génération suivante. Par exemple, Safir 1, Safir 2 puis Saphir Plus sont trois générations du contrat de l'institution de prévoyance AG2R.

Le questionnaire a été envoyé aux acteurs identifiés par les fédérations et l'équipe de chercheurs comme distributeur ou assurant des contrats d'assurance dépendance.

En outre, des éléments d'analyse qualitatifs de l'offre de contrats d'assurance dépendance ont été réunis à partir de l'étude monographique de quelques acteurs bien représentés sur le marché français de l'assurance dépendance, en termes de parts de marché, de type de contrats offerts et d'ancienneté : un assureur et une mutuelle d'assurance, un bancassureur, trois institutions de prévoyance, deux mutuelles, un réassureur.

Encadré 1 : le questionnaire



Typologie des contrats d'assurance dépendance en portefeuille sur le marché français

On s'intéresse aux **contrats individuels** et **collectifs** (à **adhésion facultative** ou **obligatoire**) en portefeuille, qu'ils soient ou non toujours ouverts aux affaires nouvelles, que la dépendance soit la garantie **principale** ou une garantie **complémentaire**.

On ne prend pas en compte les contrats à garantie dépendance **optionnelle**.

Merci de remplir ce questionnaire pour chaque contrat d'assurance dépendance en portefeuille, à souscription fermée ou en cours

Nom de la compagnie d'assurance, mutuelle ou de l'institution de prévoyance :

Code :

assurances

mutualité

sécurité sociale

Nom et coordonnées de la personne à contacter si besoin d'informations complémentaires :

1- Nature du contrat

1.1) Nom du contrat :

1.2) Type de contrat :
 contrat individuel contrat collectif à adhésion obligatoire contrat collectif à adhésion facultative

1.3) La dépendance est : la garantie principale une garantie complémentaire

1.4) Si la dépendance est une garantie complémentaire, la nature de la garantie principale est :

assurance en cas de vie assurance en cas de décès

1.5) Date de lancement du contrat :

1.6) Mode de distribution : réseau d'assurance réseau de bancassurance
 mutuelles-santé (code Mutualité) Institutions de prévoyance

1.7) Date de fermeture aux affaires nouvelles :

1.8) Mode de reconduction du contrat : annuel viager

1.9) Existence d'une clause de transférabilité : oui non
 Dans quel(s) cas ?

1.10) Dans le cas d'une garantie complémentaire, quel est le pourcentage de la prime réservé à la dépendance ?

1.11) Pour les contrats individuels : le contrat est-il obligatoirement souscrit pour une seule personne (contrat sur une tête) ? oui non

2- Définition du risque dépendance couvert

On utilise ici les termes « dépendance totale » pour désigner la dépendance dite aussi lourde, et « dépendance partielle » pour désigner la dépendance dite aussi légère. Ces deux niveaux de dépendance pourront être eux-mêmes décomposés si nécessaire dans une question qui suit.

2.1) Niveau de dépendance couvert : totale seule totale et partielle

2.2) Grille de définition de la dépendance utilisée : *plusieurs réponses possibles*

- Grille AGGIR
- Activités de la vie quotidienne (AVQ) définies en 4 items (se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter)
- Activités de la vie quotidienne (AVQ) définies en 6 items (les précédents + se lever, aller aux toilettes)
- Grille AGGIR et AVQ
- Autre : préciser

2.3) Définition des différents niveaux de dépendance couverts au titre des différentes garanties contractuelles

Si des niveaux de dépendance intermédiaires sont utilisés et donnent lieu à des prestations différentes, on demande de les détailler.

Par convention ici, la dépendance de « niveau 1 » correspondra à une dépendance plus importante que celle de « niveau 2 ».

Exemples :

La dépendance totale peut être décomposée en GIR1 (« niveau 1 ») et GIR2 (« niveau 2 »)

La dépendance partielle peut être décomposée en GIR3 (« niveau 1 ») et GIR4 (« niveau 2 »)

Dépendance totale :

Qui est décomposée, le cas échéant, en :

Dépendance totale « de niveau 1 »

Dépendance totale « de niveau 2 »

Dépendance partielle :

Qui est décomposée, le cas échéant, en :

Dépendance partielle
« de niveau 1 »

Dépendance partielle
« de niveau 2 »

Dépendance partielle
« de niveau 3 »

3- Chiffrage

3.1) Nombre total de personnes couvertes depuis le lancement du contrat :

- dont nombre de personnes couvertes pour une dépendance totale seule :

- dont nombre de personnes couvertes pour une dépendance totale et partielle :

3.2) Nombre de personnes couvertes au 31 décembre 2006 :

- dont nombre de personnes couvertes pour une dépendance totale seule :

- dont nombre de personnes couvertes pour une dépendance totale et partielle :

3.3) Répartition Hommes/femmes des assurés :

Répartition des assurés

À la souscription pour les
contrats souscrits en 2006

En portefeuille

% de femmes

% d'hommes

3.4) Âge moyen des assurés :

Âge moyen des assurés

À la souscription pour les
contrats souscrits en 2006

En portefeuille

Femmes

Hommes

4- Conditions et modalités de souscription

4.1) âge minimum requis pour la souscription d'un contrat :

4.2) âge maximum à la souscription d'un contrat :

4.3) Sélection médicale :

- Pas de sélection médicale
- Questionnaire médical
- Questionnaire médical et examen complémentaire
- Questionnaire médical puis examen complémentaire, selon les réponses au questionnaire
- Autre

Préciser

4.4) Intervention systématique d'un expert médical ou médecin conseil oui non

4.5) Acceptez-vous des personnes présentant des risques aggravés oui non

4.6) Le souscripteur peut-il être différent de l'assuré ? oui non

4.7) Existe-t-il des réductions tarifaires en cas de souscription multiple (ex : couple) ?

oui

non

Préciser le % :

4.8) Existe-t-il des réductions tarifaires en cas de souscription pour un ascendant ?

oui

non

Préciser le % :

5- Reconnaissance de la réalisation du risque

Définitions retenues :

Délai de carence : période d'attente pendant laquelle l'assuré n'est pas couvert

Délai de franchise : période d'attente entre la reconnaissance du risque et le versement des rentes et prestations

La franchise est absolue lorsque le paiement de la rente ne débute qu'au terme de celle-ci

La franchise est relative lorsqu'il y a un paiement rétroactif de la rente correspondant à la durée de la franchise

5.1) Un délai de carence est prévu : Dès la souscription
 Pas de délai de carence prévu

5.2) Durée des délais de carence

On demande de préciser la durée des différents délais de carence prévus dans le contrat

Nature de la maladie

Délai de carence

Maladie neurologique ou psychique

Toutes les autres maladies

accidents

5.3) Si la dépendance survient pendant le délai de carence, les cotisations payées par l'assuré lui sont-elles remboursées ?

oui

non

5.4) Des délais de franchise sont prévus :

- En cas d'accident
- En cas de maladie neurologique ou psychique
- En cas de maladie (excepté les maladies neurologiques ou psychiques)
- Dans tous les cas
- Pas de franchise

5.5) Durée des franchises prévues dans le contrat en cas d'accident :

On demande de préciser la durée des différentes franchises prévues dans le contrat

Type d'accident	délai	La franchise est-elle absolue ou relative ?
-----------------	-------	---

5.6) Durée des franchises prévues dans le contrat en cas de maladie :

On demande de préciser la durée des différentes franchises prévues dans le contrat

Type de maladie	délai	La franchise est-elle absolue ou relative ?
-----------------	-------	---

Maladie neurologique ou psychique

Toutes les autres maladies

Autre cas : préciser

5.7) La reconnaissance du niveau de dépendance prend-elle en compte les décisions de la commission de l'APA :

oui non

5.8) La dépendance est reconnue après examen d'un médecin conseil ?

oui non

6 – Prestations

6.1) Garanties prévues dans le contrat en cas de reconnaissance de dépendance totale

Rappel : la dépendance de niveau 1 est plus lourde que celle de niveau 2 (voir définition au paragraphe 2)

S'il n'y a qu'un niveau de dépendance totale, répondre au cas NIVEAU 1

Garanties prévues dans le contrat	en cas de reconnaissance de <u>dépendance totale</u>	
	de niveau 1	de niveau 2
Rente viagère forfaitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations d'assistance et de services		
Assistance téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide ménagère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan sur les aménagements du logement à effectuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptation du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléassistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais de déménagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations sur établissements pour personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livraison de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : préciser ci-dessous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capital équipement du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>préciser le montant</i>		
Autre capital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Préciser le montant</i>		
Autre : préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2) Garanties prévues dans le contrat en cas de reconnaissance de dépendance partielle
Rappel : la dépendance de niveau 1 est plus lourde que celle de niveau 2 (voir définition au paragraphe 2) :

S'il n'y a qu'un niveau de dépendance partielle, répondre au cas NIVEAU 1

Garanties prévues dans le contrat	en cas de reconnaissance de <u>dépendance partielle</u>		
	de niveau 1	de niveau 2	De niveau 3
Rente viagère forfaitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Préciser le % de la rente forfaitaire prévue en cas de dépendance totale</i>			
Prestations d'assistance et de services			
Assistance téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide ménagère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide au déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garde malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan sur les aménagements du logement à effectuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptation du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Téléassistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frais de déménagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations sur établissements pour personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portage des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livraison de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <i>préciser ci-dessous</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capital équipement du logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>préciser le montant</i>			
Autre capital :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Préciser le montant</i>			
Autre : préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3) Des garanties supplémentaires peuvent-elles être choisies à la souscription ?

Oui en cas de dépendance totale

donner la liste des garanties

Oui en cas de dépendance partielle

donner la liste des garanties

Non

6.4) Modalités de paiement de la rente viagère forfaitaire : Mensuelle
 Trimestrielle

6.5) Rente viagère forfaitaire minimum prévue au contrat :

6.6) Rente viagère forfaitaire maximum prévue au contrat :

6.7) Rente mensuelle **moyenne** choisie à la souscription sur l'exercice 2006 :
 Pour une couverture de la dépendance totale seule :

Pour une couverture de la dépendance totale et partielle :

6.8) Rente mensuelle **la plus fréquemment** choisie à la souscription sur l'exercice 2006 :
 Pour une couverture de la dépendance totale seule :

Pour une couverture de la dépendance totale et partielle :

6.9) Des modalités de revalorisation automatique de la rente de la part de l'assureur sont-elles prévues : oui non

Si oui, préciser ces modalités :

6.10) Un capital « aménagement du logement » pour prévenir la dépendance partielle est-il prévu ?
 Oui, *montant* : Non

6.11) Des services complémentaires (conseils juridiques, informations etc.) sont-ils disponibles dès la souscription ?
 Oui, *préciser* Non

7 – Cotisations de base

Par convention, la cotisation couvre ici les garanties de base prévues au contrat (hors garanties supplémentaires)

7.1) Contrats individuels : Montant annuel des cotisations par personne assurée selon des cas types :

Age à la souscription		Niveau de dépendance couvert	
		Dépendance totale seule	Dépendance totale et partielle
55 ans			
Rente mensuelle choisie	300 €		
	600 €		
	1000 €		
	2000 €		

Age à la souscription		Niveau de dépendance couvert	
		Dépendance totale seule	Dépendance totale et partielle
60 ans			
Rente mensuelle choisie	300 €		
	600 €		
	1000 €		
	2000 €		

Age à la souscription		Niveau de dépendance couvert	
		Dépendance totale seule	Dépendance totale et partielle
70 ans			
Rente mensuelle choisie	300 €		
	600 €		
	1000 €		
	2000 €		

7.2) Contrats collectifs : Montant annuel des cotisations par personne assurée

À un même contrat collectif peuvent correspondre des taux de cotisation différents selon le groupe assuré (entreprise, collègue, branche professionnelle...).

Pour chaque contrat collectif, on approximera la cotisation moyenne annuelle par personne assurée associée à chaque groupe assuré par le rapport :

Montant des cotisations du groupe / Nombre de personnes assurées dans ce groupe

	Niveau de dépendance couvert	
	Dépendance totale seule	Dépendance totale et partielle
Groupe assuré 1		
Groupe assuré 2		
Groupe assuré 3		

- 7.3) Périodicités proposées pour le versement des cotisations
- Mensuelle
 Trimestrielle
 Semestrielle
 Annuelle

- 7.4) Des modalités de revalorisation des cotisations sont-elles prévues :
- oui non

Si oui, quel est l'indice externe utilisé :

- 7.5) Est-il prévu un ajustement des cotisations ou des prestations en cas de dérive du risque ?
- oui non

- 7.6) Si une hausse des cotisations est prévue en cas de dérive du risque, l'augmentation des cotisations est-elle plafonnée ?

oui non

Quel est ce plafond ?

- 7.7) Une valeur de réduction du contrat est-elle prévue en cas de cessation de paiement des cotisations ?

oui, au bout de combien d'années de souscription ? non

2.2 Un échantillon représentatif des contrats individuels et à adhésion facultative en garantie principale

L'ensemble des données collectées permet d'étudier 34 contrats, diffusés par 20 sociétés : 11 contrats collectifs à adhésion facultative, 19 contrats individuels et 4 contrats collectifs obligatoires, dont la liste figure en annexe. Ces contrats, avec dépendance en garantie principale ou complémentaire (hors contrats d'épargne), qu'ils soient ouverts ou fermés aux affaires nouvelles en 2006, représentent 1,49 million de personnes assurées.

34 contrats 1 490 000 assurés	3 contrats en garantie complémentaire 574 000 assurés	2 contrats individuels	556 000
		1 contrat obligatoire	18 000
	31 contrats en garantie principale 916 000 assurés	17 contrats individuels	323 000
		11 contrats facultatifs	543 000
		3 contrats obligatoires	49 000

Parmi les 34 contrats, seuls les 28 contrats individuels et à adhésion facultative en garantie principale seront étudiés en détail.

En effet, les informations recueillies pour les contrats individuels et à adhésion facultative en garantie principale, régis par le code des assurances permettent de représenter 85 % des assurés en garantie principale (près de 800 000 assurés sur 921 000 estimés par la FFSA pour 2006).

L'échantillon comprend notamment les contrats des trois sociétés les plus importantes sur le marché de l'assurance dépendance pour les contrats individuels ou à adhésion facultative (Groupama, AG2R, Crédit agricole).

En revanche, peu d'informations ont été obtenues à propos des contrats obligatoires ou à garantie complémentaire (régis par le code de la sécurité sociale ou de la mutualité), ne permettant pas une étude représentative de ces contrats.

D'après les données fournies par le CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance) pour 2006, les données recueillies représenteraient un tiers des cotisations reçues dans le cadre du code de la sécurité sociale. Les données recueillies auprès des mutuelles recensent 621 000 personnes (comparées au million estimé) dont 66 000 en contrats individuels ou à adhésion facultative en garantie principale.

Au total, ne seront traités en détail que les 28 contrats individuels ou à adhésion facultative en garantie principale, représentant près de 866 000 assurés en 2006.

Quelques résultats sur les contrats à adhésion obligatoire sont fournis en annexe.

Encadré 2 - Échantillon des 34 contrats

Nom du contrat	Nature du contrat	Diffuseur	Porteur du risque
AGF LIBRE INDEPENDANCE (2006-)	individuel (*)	AGF VIE	AGF VIE
AGF Présentalis 2 (2006-)	individuel	AGF Santé	AGF
AGMF Autonomie et GPM Autonomie (2000-)	Collectif / facultatif	GPM	GPM Assurances
ANTISSIMO DEPENDANCE (2005-)	Collectif /obligatoire	IONIS	OCIRP
ANTISSIMO DEPENDANCE (2003-)	collectif / obligatoire	OCIRP	OCIRP
Assurance dépendance (1996-2002)	Individuel	Groupama	Groupama
Assurance Dépendance (2000-)	collectif / facultatif	Crédit agricole	Predica
Assurance Dépendance Aviva (1991-)	Individuel	AVIVA COURTAGE	AVIVA COURTAGE
AVENIR AUTONOMIE (2002-)	Individuel	Groupama	Groupama
CAP FUTUR AUTONOMIE (2006-)	collectif /facultatif	Groupe Malakoff	SAPREM
CHRYSALIA (2003-2005)	Individuel	IONIS	CNP
CHRYSALIA AUTONOMIE (2007-)	Individuel	IONIS	CNP
CHRYSALIDE (1989-2002)	Individuel	IONIS	CNP
Complément Dépendance BTP (1998-)	collectif / facultatif	Pro BTP	SAF BTP IARD
Contrat Autonomie Macif (2002-)	Individuel	MACIF Mutualité	MACIF Mutualité
Dépendance (2003-)	Individuel	Suravenir assurances	Suravenir assurances
E.G.A.R.D. (1994-)	Individuel	AGIPI	AXA
FUTUR AUTONOMIE (2000-2006)	collectif / facultatif	Groupe Malakoff	SAPREM
Gan Dépendance (2000-)	Individuel	Gan Patrimoine	Gan Patrimoine
Garantie Dépendance (2002-)	individuel (*)	Mutuelle Générale	Mutuelle Générale
INDEPENDANCE SERVICES (2006-)	collectif / facultatif	Mutualité Française	UNPMF
PLAN INDEPENDANCE (2001-2006)	collectif / facultatif	Mutualité Française	UNPMF
PLAN INDEPENDANCE MUTEX (1990-2001)	Individuel	Mutualité Française	UNPMF
Plans Autonomie (1994-)	collectif / facultatif	Assurances du Crédit Mutuel	Assurances du Crédit Mutuel
Prévoir Autonomie (1996-)	Individuel	Groupe Prévoir	Groupe Prévoir
Prévoyance Gros risques (2001-)	collectif / obligatoire (*)	Capra –Prévoyance	Capra –Prévoyance
PROTECTYS Autonomie (2004-)	collectif / facultatif	La Banque Postale	ASSURPOSTE
SAFIR (1985-2004)	collectif / facultatif	AG2R Prévoyance	PRIMA
SAFIR PLUS (2004-)	collectif / facultatif	AG2R Prévoyance	PRIMA
Serenilys 1 (1996-2006)	Individuel	Novalis Prévoyance	ETIKA
Swiss Autonomie (2003-)	Individuel	SwissLife Prévoyance et Santé	SwissLife Prévoyance et Santé
USINOR (1998-)	collectif / obligatoire	Groupe Malakoff	SAPREM
Vauban Autonomie (2002-)	Individuel	GIE VAUBAN HUMANIS	CNP
VIVALIS (1999-)	Individuel	Harmonie Mutualité	MUTALIS

(*) : en garantie complémentaire.

Encadré 3 : Principaux acteurs en 2006

Société		Contrat et nature du contrat	Nombre d'assurés en 2006
Groupama	Mutuelle d'assurance	- Contrats s Assurance dépendance (1996-2002) Avenir Autonomie (2002-)	217 000 assurés 1 ^{er} assureur en nombre de personnes couvertes (depuis 1988 sur le marché)
AG2R Prévoyance (PRIMA)	Institution de prévoyance et filiale d'assurance	- Contrats collectifs à adhésion facultative SAFIR (1985-2004) SAFIR PLUS (2004-)	180 000 assurés 2 ^{ème} assureur en nombre de personnes couvertes (depuis 1985)
Crédit Agricole (Prédica)	Bancassurance et filiale d'assurance	- Contrat collectif à adhésion facultative Assurance Dépendance (2000-)	165 000 assurés 3 ^{ème} assureur (depuis 2000)
CNP	Compagnie d'assurance	800 000 assurés 4 ^{ème} assureur en contrats s ou facultatifs (80 000 assurés) 1 ^{er} assureur en obligatoire (740 000 assurés)	
Mutualité Française (UNPMF - Union Nationale de Prévoyance de la Mutualité Française)	Mutuelle de santé Filiale d'assurance	- Contrat Plan Indépendance MUTEX (1990-2001) - Contrats collectifs à adhésion facultative Plan Indépendance (2001-2007) Indépendance Services (2006-)	76 000 assurés (depuis 1990)
Groupe MALAKOFF (SAPREM)	Institution de prévoyance et filiale d'assurance	- Contrat collectif à adhésion obligatoire USINOR (1998-) - Contrats collectifs à adhésion facultative Futur Autonomie (2000-2006) CAP Futur Autonomie (2006-)	50 000 assurés (depuis 1990) (2 ^{ème} assureur en obligatoire)
Assurances du Crédit Mutuel	Bancassurance	- Contrats collectifs à adhésion facultative Plans Autonomie (1994-)	59 000 assurés (depuis 1994)
Pro BTP (SAF BTP)	Institution de prévoyance et filiale d'assurance	- Contrats collectifs à adhésion facultative Complément dépendance BTP (1998-)	50 000 assurés (depuis 1998)
AGF (AGF Vie – AGF Santé)	Compagnie d'assurance	Contrat avec garantie complémentaire Libre Indépendance (2006-) - Contrat en garantie principale Présentalis 1 (2000-2006) Présentalis 2 (2006-)	10 000 assurés (depuis 1999)
OCIRP Organisme commun des institutions de rente et de prévoyance	Institution de prévoyance	- Contrat collectif à adhésion obligatoire Antissimo Dépendance (2005-)	10 000 assurés (depuis 2005)
Mutuelle Générale	Mutuelle de santé	- Contrat en garantie complémentaire Garantie Dépendance (2002-)	554 000 assurés (depuis 2002)
La Banque Postale (ASSURPOST)	Bancassurance et filiale d'assurance	- Contrats collectifs à adhésion facultative Protectys Autonomie (2004-)	66 000 assurés (depuis 2004)
Seuls les contrats de prévoyance sont cités. Par exemple, AGF et AG2R font aussi des contrats d'épargne. Sources : enquête Drees 2007, FFSA 2006, rapports d'activité			

3. Les contrats individuels ou à adhésion facultative en garantie principale

L'échantillon de 28 contrats, distribués par l'ensemble des trois acteurs (assureurs, institutions de prévoyance et mutuelles), permet de présenter les caractéristiques des contrats individuels ou à adhésion facultative dont la garantie principale est la dépendance.

3.1 Distribution des contrats

Les sociétés d'assurance couvrent plus de 64 % des personnes ayant souscrit un contrat individuel ou à adhésion facultative en garantie principale ; les institutions de prévoyance près de 28 %. On note la place importante des bancassureurs qui ont des contrats importants en nombre d'assurés (4 contrats regroupent près de 300 000 assurés). Les contrats sont définis selon le code des assurances pour la grande majorité (cf. section 1) (23 contrats sur 28, soit 92,3 % des assurés) ; les autres dépendent du code de la mutualité.

Les assurés souscrivent leur contrat dans un réseau :

- de bancassurance : 34,2 % des assurés
- d'assurance : 29,9 %
- d'institutions de prévoyance : 26,6 %
- de mutuelles-santé : 7,2 %

Un contrat est *vendu à distance* (2,1 % des assurés).

3.2 Définition de la dépendance couverte

La définition de la dépendance est un point crucial dans l'assurance privée. Les contrats assurent la dépendance irréversible. L'irréversibilité de la dépendance est vérifiée par l'assureur au moyen d'une franchise et, une fois la dépendance déclarée, de visites médicales.

Les compagnies sont prudentes par rapport à l'utilisation des mesures officielles de la dépendance selon la grille AGGIR (Groupes iso-ressources, définis en annexe) qui, grâce à des équipes médico-sociales, classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie (GIR 1 étant le niveau le plus sévère et GIR 6 le plus léger) grâce à l'observation des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.

Le plus souvent, pour limiter le risque d'erreur de mesure de la dépendance, elles utilisent des combinaisons de plusieurs critères : AGGIR, 4 ou 6 AVQ (activités de la vie quotidienne, définies en annexe), AIVQ (activités instrumentales de la vie quotidienne, voir annexe), et autres grilles.

D'une part, les compagnies veulent ainsi maîtriser leur risque en n'étant pas dépendantes des définitions ou dispositifs officiels. Ainsi, l'ouverture des droits à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ne peut pas servir de déclaration de sinistre et donner lieu au versement des garanties (seul un contrat collectif à adhésion facultative le prévoit).

D'autre part, la méconnaissance du phénomène médical, épidémiologique, social, de la dépendance rend impossible d'en poser une définition unique et définitive.

Notamment, les maladies neuropsychiques sont mal appréhendées dans la grille AGGIR, et pas toutes connues. Les AIVQ, des tests tels Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein 1975) ou l'échelle BLESSED (Blessed 1968) essaient de les prendre en compte.

Ainsi, neuf contrats dans la base (dont deux mis sur le marché en 2006), représentant 215 000 assurés, intègrent spécifiquement le psychique dans leur définition de la dépendance.

Au total, la définition de la dépendance totale est *in fine* assez voisine dans les contrats : *Gir 1 et 2, et/ou impossibilité de réaliser au moins 3 AVQ sur 4, avec irréversibilité de l'état de santé.*

En revanche, les limites de la dépendance partielle à assurer ne sont pas du tout définies, la dépendance partielle étant d'autant plus difficile à définir qu'elle peut être réversible.

De manière générale, la dépendance partielle est définie par le *GIR 3 ou Gir3 et 4 et/ou l'incapacité de réaliser au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne.* Mais, cette définition a tendance à fortement varier selon les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

3.3 Niveau de couverture

La plupart des contrats proposent une couverture de la dépendance partielle (25 sur 28) et 78 % des assurés ont souscrit un contrat dans lequel la dépendance partielle peut être couverte (par choix de la formule correspondante dans le contrat ou automatiquement) : près de 680 000 personnes ont ainsi pu choisir d'être protégées en cas de dépendance partielle. Toutefois, les personnes ayant souscrit *effectivement* un contrat avec couverture de la dépendance partielle sont beaucoup moins nombreuses : **entre 200 000 et 300 000.**

La couverture en dépendance partielle est nettement plus importante pour les contrats encore ouverts aux affaires nouvelles (au moins 29 % pour les contrats ouverts contre 14 % des assurés pour les contrats fermés fin 2006).

3.4 Maîtrise du risque

Outre une définition stricte de la dépendance, la maîtrise du risque passe par la définition des conditions de souscription (âges limites et sélection médicale), de délais de carence et de franchises.

3.4.1 Âges de souscription

Au-delà de 75 ans (voire 78), il n'est plus possible de souscrire ce type de contrat. En revanche, les conditions de souscription permettent de souscrire dès 40 ans (voire 18). En moyenne, dans notre échantillon, les nouveaux assurés souscrivent plus jeunes : 62 ans pour les contrats ouverts, 65 ans pour les contrats fermés.

3.4.2 Sélection médicale

Tous les candidats à la souscription d'un contrat d'assurance dépendance individuel ou facultatif en garantie principale sont soumis à une sélection médicale (afin d'éviter la dissimulation de certaines pathologies, pour limiter l'asymétrie d'information).

Lors de la demande de souscription, la personne doit en effet donner des informations sur son état de santé. L'adhésion se fait sur les déclarations de la personne, ou de son médecin traitant, et, souvent, sur la base de questionnaires détaillés.

La sélection est graduelle, notamment avec le montant de la rente choisi. Elle peut prendre la forme d'une attestation de santé sur l'honneur ou questionnaire simplifié (notamment pour les rentes de faible montant) ou d'un questionnaire détaillé. Les questionnaires et les examens sont étudiés par le médecin conseil de l'assureur afin de refuser l'adhésion ou de l'accepter, avec ou sans aménagements (surprime, augmentation du délai de carence...).

Une première sélection peut s'opérer par la signature d'une déclaration de bonne santé ou le renseignement d'un questionnaire simplifié. Dans ces deux procédures, la personne qui demande à souscrire le contrat doit attester vérifier des critères tels que :

- Ne pas bénéficier d'une prise en charge à 100 % de la sécurité sociale ou régime assimilé
- Ne pas avoir été reconnu en invalidité par un organisme de sécurité sociale, Cotorep ou compagnie d'assurances...
- À la date de demande de souscription, et au cours de 5 dernières années, ne pas avoir interrompu ses activités plus de 2 ou 3 semaines consécutives pour raison de santé, ni avoir été hospitalisé plus de 5 à 7 jours consécutifs, ni avoir suivi un traitement médical prolongé.

Exemple de Questionnaire simplifié

Il faut répondre à 6 questions par OUI ou NON.

Pour ne pas avoir à remplir de questionnaire complet, il faut :

1. Ne pas être en cours de traitement médical ou ne pas avoir eu de traitement médical depuis plus de 30 jours au cours des 5 dernières années.
2. Ne pas être suivi ou ne pas avoir suivi pour maladie ou accident durant les 5 dernières années.
3. Ne pas être atteint d'un handicap rhumatologique, ou d'une affection neurologique ou psychiatrique.
4. ne pas bénéficier de l'exonération du ticket modérateur (ALD 100 %) et ne pas avoir de demande en cours
5. ne pas bénéficier et ne pas avoir bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'incapacité pour maladie ou accident.
6. ne pas bénéficier d'une aide ménagère pour raison médicale.

La personne qui ne peut pas signer une telle attestation de santé ou tel questionnaire de santé simplifié doit remplir un questionnaire médical complet, et parfois, passer des examens médicaux.

Ce questionnaire est rempli sur la base des déclarations de l'assuré potentiel (ou de son médecin traitant dans certains cas). Il fait apparaître tout accident, maladie ou malformation antérieur à la date de souscription.

Dans la plupart des questionnaires, la personne doit indiquer :

- Son poids, sa taille
- si elle souffre d'une infirmité, de séquelle d'accident, d'un handicap, d'une maladie régulière, d'un essoufflement au moindre effort
- si elle a des difficultés pour marcher, monter ou descendre des escaliers, porter des objets, écrire, faire sa toilette, se chausser...

Dans certains questionnaires on renseigne sur la consommation d'alcool, de tabac. Des justificatifs et des examens médicaux peuvent être demandés.

Le taux de refus suite à l'analyse de ces questionnaires par les assureurs serait de 15 à 20 %. On peut penser que la sélection réelle est sous estimée du fait de candidats découragés par ces questionnaires et ne poursuivant pas leur demande.

De fait, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer seront écartées par le questionnaire.

3.4.3 Délais de carence et franchises

Tous les contrats imposent un délai de carence dès la souscription. Ainsi, le souscripteur n'est pas assuré en cas de déclaration de sa dépendance du fait d'une maladie neuropsychologique dans les trois ans qui suivent sa souscription. Pour toutes les autres maladies, ce délai est de un an. La plupart des contrats prévoient des clauses de remboursement des cotisations en cas de survenance de la dépendance pendant ce délai.

Beaucoup de contrats prévoient en outre une période d'attente entre la reconnaissance du risque et le versement des rentes et prestations. Les franchises figurent dans la grande majorité des conditions générales des contrats individuels (14 contrats sur 17) tandis que les contrats collectifs à adhésion facultative y ont moins recours (5 sur 11). Au total, plus de la moitié des assurés sont soumis à une franchise. Les contrats qui ne prévoient pas de franchise sont diffusés notamment par des mutuelles ou institutions de prévoyance (7 contrats sur 9).

La franchise, d'une durée de trois mois, est le plus souvent absolue : le paiement de la rente ne débute qu'au terme de la franchise. Dans 3 contrats, il y a un paiement rétroactif de la rente correspondant à la durée de la franchise (franchise relative).

3.5 Les garanties

Les contrats définis sur le marché français de l'assurance dépendance proposent des garanties forfaitaires : ils garantissent un supplément de revenu en cas de dépendance. Ce ne sont pas des contrats de remboursement de frais occasionnés par la dépendance (contrats indemnitaires).

Les contrats mis sur le marché ces dernières années proposent en outre des services (ou renseignements) dès la souscription ou aux premiers signes de dépendance et, au moins sous forme d'option, l'assurance de la dépendance partielle.

3.5.1 Les garanties en dépendance totale

Dans le cas d'une dépendance totale, les garanties de base, c'est-à-dire non soumises à option, sont une *rente*, à laquelle on peut associer, selon les contrats :

- *une prise en charge financière (au moins partielle) d'un système de téléassistance ;
- *des services sans aucune prise en charge financière de la part de l'assureur ;
- *des services avec une prise en charge financière de certaines prestations (le plus souvent quelques heures d'assistante ménagère, de transport (de l'assuré et d'un proche)) en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation temporaire ;
- *un capital (Capital premiers frais ou aménagement du logement) ;
- *un capital Alzheimer.

Lorsqu'un capital fait partie des garanties de base, sa valeur est fixe ou proportionnelle à la rente : il est d'une valeur d'environ 3 000 euros ou de 3 mois de rente (6 mois pour le capital Alzheimer).

À chaque contrat sont associées une rente minimale et maximale. Le souscripteur choisit un montant de rente situé entre ces deux valeurs.

Dans notre échantillon, les rentes mensuelles minimales s'échelonnent de 150 à 750 euros ; les rentes mensuelles maximales s'échelonnent entre 900 et 3865 euros.

En moyenne, la rente *choisie*¹ pour couvrir la dépendance totale est d'environ **610 euros mensuels** et le montant de la rente est très proche que la couverture prévue soit la dépendance totale seule ou étendue à la dépendance partielle.

Ce niveau de rente est celui choisi à la souscription. Cette valeur évoluera régulièrement car tous les contrats individuels ou à adhésion facultative en garantie principale de l'échantillon proposent des modalités de revalorisation automatique des rentes.

En résumé, parmi les contrats de l'échantillon :

- Pour 50 % des assurés, les garanties seront assez faibles : une rente seule ou associée à un service de télésurveillance et/ou des services non financés.
- Pour 16 % des assurés, les garanties consisteront en une rente associée à des services pouvant être offerts par l'assureur (et à un service de télésurveillance dans certains contrats).
- 34 % des assurés bénéficieront de garanties plus développées : les mêmes que précédemment, avec un capital « logement » (et un capital Alzheimer dans le cas d'un contrat dans notre échantillon)

La nature des garanties offertes par les contrats évolue dans le temps. Notamment, les contrats fermés fin 2006 proposaient des garanties moins « importantes ».

¹ Les non réponses sont nombreuses pour les questions relatives aux rentes choisies. On dispose de 12 observations pour les rentes en dépendance totale (pour 28 contrats étudiés). Les résultats sont donnés à titre indicatif. Un chiffre très proche est fourni par la Cour de Comptes (2005).

Les contrats en rente seule sont principalement diffusés par les mutuelles. Les contrats aux garanties plus développées (*i.e.* avec Capital dans les garanties de base) sont des contrats diffusés par les compagnies d'assurance via les réseaux d'assurance ou de bancassurance.

3.5.2 Les services

De nouvelles prestations peuvent être prises en charge financièrement par l'assureur dans des circonstances précises.

Le plus souvent :

- avant la reconnaissance de la perte d'autonomie, en cas d'hospitalisation ou de dépendance temporaire : une aide ménagère lors du retour à domicile (pour un nombre limité d'heures et une fois par année civile le plus souvent) ; garde d'animaux de compagnie ; coiffeur à domicile ; accueil d'un proche (des durées et des montants maximum par année étant fixés) ;
- après la reconnaissance de la perte d'autonomie : bilan sur les ressources (que l'assuré vive à domicile ou en établissement) ; intervention d'un professionnel pour conseiller sur l'aménagement du domicile, transport vers l'établissement lors de l'entrée en institution (une fois par contrat).

S'ils sont financés, les services sont soumis à un forfait : les contrats de dépendance restent des produits non indemnitaires.

3.5.3 Garanties en dépendance partielle

Parmi les 28 contrats individuels ou à adhésion facultative en garantie principale, trois contrats ne prévoient pas la couverture de la dépendance partielle. Ce sont des produits aujourd'hui fermés ou anciens.

Pour les autres contrats, les garanties se réduisent lorsque la dépendance est moins forte : à contrat donné, les garanties sont plus importantes pour une dépendance de niveau Gir3 que pour une dépendance de niveau Gir4.

Lorsque le contrat prévoit la couverture de la dépendance partielle de Gir3, dans la plupart des cas, il garantit le versement d'une proportion de la rente prévue pour la dépendance totale : entre 50 et 75 %. Sinon, un capital est versé.

Huit contrats de notre échantillon prévoient une garantie en cas de dépendance partielle « légère » (ici GIR4) : trois contrats prévoient un capital ; trois une rente et deux des services.

Des rentes sont versées en GIR4 dans le cadre mutualiste ou d'une institution de prévoyance.

3.5.4 Valeur de réduction

En cas d'arrêt de paiement des cotisations les garanties de rente sont accordées pour un montant réduit (entre 20 et 40 % de la rente prévue en cas de dépendance totale) dans la

majorité des contrats (21 contrats), sous réserve de paiement effectif des cotisations pendant 10, 8 ou 5 ans. Tous les contrats mis sur le marché après 2000 proposent une rente réduite.

3.5.5 Exemple de contrat

Ci-dessous nous présentons le mode de fonctionnement du choix des garanties offertes par un contrat d'assurance dépendance *fictif* assez représentatif de ce que l'on peut trouver sur le marché². Ce contrat permet au souscripteur un choix large d'assurance selon la formule souscrite : de la dépendance totale seule à la dépendance partielle de GIR 4.

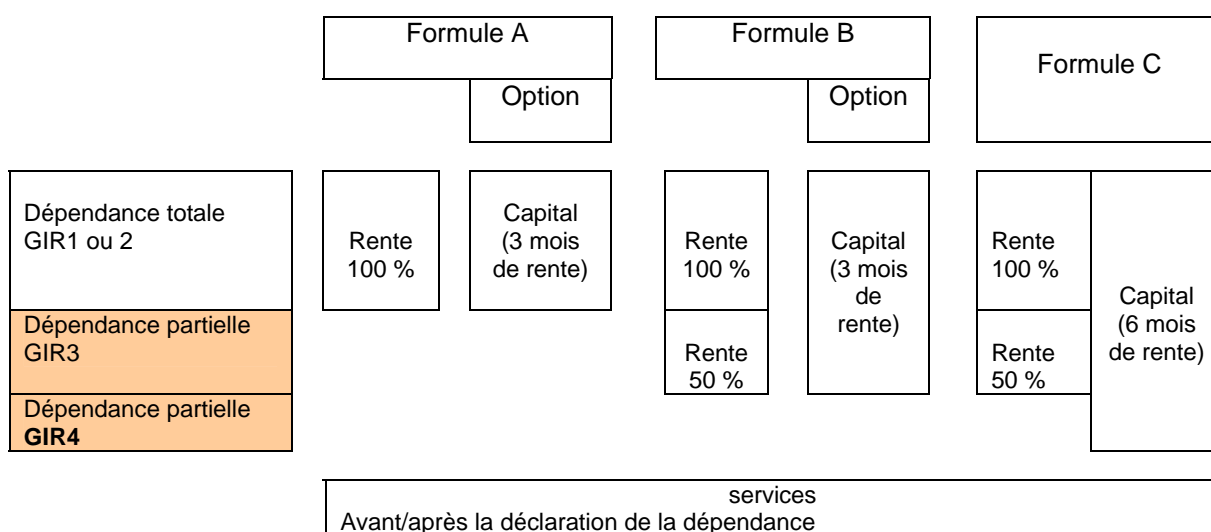
Dans la formule A, seule la dépendance totale, définie par un GIR 1 ou 2, est assurée. Le souscripteur choisit un niveau de rente (entre 200 et 2000 euros par exemple). En cas de dépendance, il recevra cette rente.

En option, un capital (d'un montant de trois fois la rente souscrite) destiné au remboursement de frais d'aménagement du logement peut être souscrit.

Dans la formule B, la couverture est étendue à la dépendance partielle GIR3. Le souscripteur choisit un niveau de rente (entre 200 et 2000 euros par exemple) qu'il recevra en cas de dépendance totale. S'il entre en dépendance partielle avant d'entrer en dépendance totale, il recevra la moitié de la rente souscrite pour la dépendance totale.

Dans la formule C, la couverture est étendue à la dépendance partielle « légère », mesurée par le GIR4. Dès la déclaration de dépendance « légère » il recevra un capital (dont le montant a fixé à 6 mois de rente) permettant d'aménager son logement. Lorsque sa dépendance s'aggravera, il recevra 50 % de la rente prévue pour la dépendance totale ou la totalité de cette rente selon le degré de dépendance atteint (Gir3 ou Gir1/Gir2).

Dans les trois formules, des services sont associés au contrat.



² Le schéma de cette présentation est inspiré par ceux utilisés par Groupama dans les conditions générales de ses contrats d'assurance dépendance.

3.6 Les cotisations

La cotisation associée au contrat dépend de l'âge à la souscription, du niveau de rente choisi (proportionnellement) et de l'étendue de la couverture (dépendance totale seule ou couverture dès la dépendance partielle). En outre, des surprimes peuvent être appliquées suite à la sélection médicale. À état de santé et rente fixés, la cotisation peut doubler entre une cotisation à 55 et à 70 ans.

Dans notre enquête nous avons recueilli les cotisations correspondant aux garanties de base de chacun des contrats. Les garanties de base peuvent être de niveaux très variables, comme vu plus haut, ce qui expliquera en partie les disparités entre les cotisations.

À titre d'exemple, parmi les contrats étudiés, pour une souscription à 60 ans et pour une rente de 600 euros mensuels, les cotisations annuelles s'échelonnent de 106 à 390 euros pour la dépendance totale et de 332 à 619 euros pour la dépendance totale et partielle.

En moyenne, la cotisation annuelle (pour une souscription à 60 ans et pour une rente de 600 euros mensuels) due pour couvrir la dépendance totale seule est de **304 euros**³. Pour couvrir à la fois la dépendance totale et partielle la cotisation moyenne s'élève à **453 euros**.

3.7 Les revalorisations des rentes et des cotisations

À la souscription on choisit le montant de la rente viagère en cas de dépendance totale. Ce montant n'est pas fixe : il bénéficiera de revalorisations selon un taux décidé par l'assureur.

Tous les contrats prévoient une revalorisation de la rente, mais les conditions varient selon les assureurs :

- La revalorisation est prévue à dates fixes (date de l'échéance principale, 1^{er} janvier, 1^{er} avril...);
- Elle est calculée en référence à un indice (points AGIRC, ARRCO, indice des prix à la consommation INSEE, indice des prix à la consommation INSEE série « autres services aux ménages »...);
- La plupart du temps, la revalorisation se fait dans la limite des résultats techniques du contrat ou des disponibilités financières du fonds de revalorisation du contrat⁴.

En outre, le taux de revalorisation utilisé peut être différent avant et après la déclaration du sinistre.

La date à partir de laquelle la revalorisation opère peut varier : dès l'adhésion (ou une année après « 12 mois de franchise ») ou, plus fréquemment, à partir du versement suite à la déclaration de dépendance (avec durée de 6 à 12 mois de franchise possible).

Les rentes réduites ne sont pas toujours revalorisées.

Les cotisations évoluent *au minimum* comme les garanties : il y a quasiment dans tous les contrats une revalorisation automatique, avec les garanties, et dans la même proportion.

³ Un chiffrage très proche est fourni par la cour de comptes (2005).

⁴ Un fonds de revalorisation peut être mis en place par l'assureur, en vue de sécuriser les revalorisations futures des garanties et des rentes en service prévues dans le contrat. Il est alimenté par une partie des excédents financiers du contrat.

En outre, elles peuvent être révisées (ajustement du tarif) si l'équilibre du contrat l'exige (selon les résultats du contrat), s'il y a dérive du risque ou si décision législative ou réglementaire modifiant les engagements de l'assureur.

Des plafonds peuvent être fixés pour cette revalorisation (de 5 à 10 %), mais pas dans tous les contrats.

Si l'assuré refuse l'augmentation de la cotisation, la rente est réduite proportionnellement (maintien de la cotisation avec garantie réduite proportionnellement). Dans certains cas, cette possibilité n'est pas évoquée, le contrat est résilié.

4. Bibliographie

Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles (2006), *Rapport d'activité 2006*.

Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. (1968), *The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects*. Br J Psychiatry, 114 : 797-811.

Cour des comptes (2005), *Les personnes âgées dépendantes*, rapport public.

CNAMTS (2007), *le modèle AGGIR*

CTIP (2007), *rapport annuel 2007*

Dossiers de l'épargne (2007), *Santé et prévoyance, Guide 2007*.

FFSA (2006), *Les contrats d'assurance dépendance en 2005*

FFSA (2007), *Les contrats d'assurance dépendance en 2006*

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975), *'Mini Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. J Psychiatr Res; 12: 189-98.

Gallou J-C. (2007), *La dépendance : les avantages du contrat collectif en entreprise*, Risques n° 72.

Gisserot H. (2007), *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025*.

Vasselle A. (2008), *Construire le cinquième risque*, rapport d'étape, Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Les rapports du Sénat.

5. Annexe 1 - Les contrats collectifs à adhésion obligatoire

L'échantillon de contrats initial contenant peu de contrats obligatoires (quatre contrats diffusés par des institutions de prévoyance), il n'est pas possible de les décrire ici de manière représentative. Ces contrats sont présentés très succinctement avec quelques éléments chiffrés fournis à titre illustratif.

Le *contrat collectif à adhésion obligatoire* est souvent souscrit par une entreprise pour ses salariés.

L'intérêt de ce contrat est d'assurer très tôt les salariés, dès leur entrée dans l'entreprise, ce qui permet de proposer des cotisations peu élevées, d'autant plus que l'employeur en paie une partie (souvent 50 %). Ces contrats n'incluent, pour la plupart, ni sélection médicale, ni délais de carence ou de franchise.

Que ce soit dans le cadre de la couverture de la dépendance totale seule ou totale et partielle, l'adhérent bénéficie de rentes viagères forfaitaires mensuelles, et souvent d'une aide sociale spécifique. Le montant de ces rentes est en moyenne de **250 à 300** euros (selon les données recueillies) pour une cotisation annuelle d'environ **100/150** euros, dont la moitié est à la charge de l'employeur.

Lorsque le risque de dépendance est couvert dans le cadre de contrats collectifs à adhésion obligatoire, certaines règles, notamment concernant la tarification, doivent être respectées les règles fiscales et sociales relatives aux régimes de prévoyance pour bénéficier des dispositions de l'article 83 du Code général des impôts et L. 242-1 du Code de la Sécurité sociale : pour l'employeur, qui paie une part importante des cotisations (souvent 50 %), ces dernières sont déductibles de l'impôt sur les sociétés (art 83) et le contrat donne droit à l'exonération de l'assurance des cotisations de sécurité sociales (art L. 242-1).

Les contrats obligatoires évoluent vers plus de souplesse et de « transférabilité » (au moins dans une même branche professionnelle (Gallou 2007) : par exemple, au sein de la branche poissonnerie (première branche à souscrire ce type de contrat avec l'accord des partenaires sociaux de la profession (Gallou 2007)), le même contrat prévaut, et l'assuré retraité ou démissionnaire peut choisir de poursuivre ses cotisations, le contrat étant alors transformé en contrat individuel dans des conditions « préférentielles ».

6. Annexe 2 - Définition des groupes AGGIR, des AVQ et AIVQ

AGGIR (Cnamts, 2007)

La grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne.

Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées e qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou ne le sont que partiellement.

Le GIR 3 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'habillage ne sont pas faits ou ne le sont que partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.

Le GIR 4 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'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.

Le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements, chez elle, qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Activités de la vie quotidiennes

AVQ : Les 4 actes de la vie quotidienne pris en compte sont : s'alimenter, se laver, s'habiller, se déplacer. Si l'on considère 6 actes, on prend en compte en outre les transferts et la continence.

AIVQ : Les activités instrumentales de la vie quotidienne prises en comptes sont : Téléphoner, faire des courses, prendre les transports, préparer ses repas, faire son ménage et sa lessive, gérer ses médicaments, faire ses comptes...