



MARS
2019

LA DÉPENDANCE, PERSPECTIVES ET GESTION D'UN RISQUE ÉVOLUTIF.

Alors que le vieillissement actuel de la population française est une préoccupation majeure pour notre système de santé publique, la question de la dépendance revêt une importance croissante. Le gouvernement, à travers Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, s'est emparé du sujet en organisant une consultation citoyenne : « Comment mieux prendre soin de nos aînés ? ». Débutée en octobre 2018, elle s'est étalée sur deux mois et des propositions concrètes ont été portées : amélioration du lieu de vie du dépendant, aides aux aidants, etc. Ce n'est cependant que la première étape d'une réflexion plus profonde qui doit déboucher à terme sur le rapport de Dominique Libault et un projet de loi en 2019. Dans cette optique, les acteurs de l'assurance se mobilisent pour proposer des mesures visant à réduire les coûts et favoriser la couverture assurantielle de ce risque. Le plafonnement des prix des EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et une facturation fonction des revenus font partie de celles-ci, au même titre que le maintien à domicile favorisé pour les personnes en perte d'autonomie.

C'est dans ce contexte que s'est inscrite la table-ronde sur le thème de la dépendance organisée le 19 février par Optimind. Elle a réuni des représentants d'acteurs historiques de ce sujet, aux visions complémentaires et contribuant directement au développement du marché de l'assurance dépendance.

Les participants de la table-ronde :

- Christine Abalain Castela, médecin conseil, SCOR ;
- Eric Demolli, directeur technique Courtage & Conseil, CNP Assurances ;
- Nicolas Heinrich, head of experience analysis, french market, SCOR ;
- Anne-Charlotte de Raignac, directeur actuariat et acceptations médicales, AG2R LM ;
- Thomas Reynaud, responsable d'études actuarielles, Crédit Agricole Assurances.

Animation de la table-ronde :

- Pierre-Alain Boscher, managing director, Optimind ;
- Hugo Dijoud, animateur de l'Expertise Center Santé-Prévoyance, Optimind.

Publication réalisée par
l'Expertise Center Santé-Prévoyance

2

Une garantie en réponse
aux besoins sociétaux

3

Des pathologies médicales
en constante évolution

4

Un risque assurable et
assuré mais à piloter

R&D

EXPERTISE CENTER SANTÉ-PRÉVOYANCE

L'Expertise Center Santé-Prévoyance assure à nos consultants une maîtrise de l'environnement technique et réglementaire régissant les domaines de la Santé et de la Prévoyance, tant individuels que collectifs. Il assure également une veille active sur les projets de réforme et leurs impacts sur le

marché ainsi que les innovations produits et services. Il réalise des travaux de recherche sur la tarification, le provisionnement et la solvabilité. C'est l'interlocuteur privilégié de nos clients assureurs et bancaires sur leurs problématiques Santé - Prévoyance - Dépendance - Emprunteur.

Une garantie en réponse aux besoins sociétaux.

Avec 7 millions d'assurés et une évolution mesurée des adhésions, la garantie dépendance rencontre plusieurs freins pouvant ralentir son expansion sur le marché de l'assurance. La complexité du produit nécessite de l'investissement et de la pédagogie de la part de l'assureur lors de la vente du produit et la présence d'un questionnaire médical est source de renoncement pour certains clients potentiels. Aussi, les premières générations de contrats présentaient de réelles limites : peu couvrants pour les assurés et souvent sous-tarifés, ils ont pu entraîner de la frustration ainsi que des redressements tarifaires récurrents, n'incitant pas à la couverture du risque dépendance. L'expérience des pionniers du marché a permis de faire évoluer aujourd'hui les produits dans le bon sens.

Par ailleurs, la question d'une évolution de la prise en charge gouvernementale reste en suspens depuis près de 15 ans et paralyse quelque peu le marché. La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale avait été envisagée en 2007 par les pouvoirs publics, avant d'être ajournée. Du côté de la perception du produit par le consommateur, la garantie couvrant un risque lointain au moment de la souscription (survenance du risque environ 20 ans plus tard), avec une survenance incertaine, pour un tarif élevé et à fonds perdus, sont autant de défis à relever pour les assureurs.

Trois points importants pour un produit dépendance réussi : la lisibilité du produit, une couverture large, des garanties tout au long de la vie du contrat à travers l'assistance.

Néanmoins, les besoins sociétaux sont évidents. Le vieillissement de la population et le faible taux d'équipement actuel des ménages permettent d'envisager une marge de croissance importante du marché de la dépendance. Les assureurs adaptent donc leur offre pour répondre à cette demande, tout en apportant des solutions viables aux problématiques rencontrées. S'il est difficile de se passer totalement d'un questionnaire médical pour une adhésion individuelle, la tendance est tout de même à une simplification maximale de celui-ci et des contrats en général. L'objectif est une offre simple, lisible et compréhensible, qui propose des prestations tout au long de la vie du contrat, avec de l'assistance mise en valeur, de l'aide aux aidants, et des services avant le versement de capitaux et de rentes. Pour l'assuré, le contrat devient ainsi concret dès la souscription et l'effet « fonds perdus » est contré, alors que pour l'assureur l'aspect préventif de ces garanties permet une meilleure gestion du risque. C'est un moyen de sensibiliser les Français au risque dépendance, tout en élargissant la fenêtre de souscription, historiquement comprise entre 60 et 75 ans environ.

L'assistance et les services permettent également d'entretenir la relation avec l'assuré pendant toute la phase d'autonomie et améliorent la perception de l'assureur. Le maintien du contact avec les proches diminue le risque de méconnaissance du contrat et donc le risque de « rentes en déshérence ». Dans le même esprit, l'existence d'un capital équipement du domicile en cas de dépendance partielle, puis d'une rente lors du passage en dépendance totale permet une réduction des coûts pour l'assuré, alors que la prise en charge de la personne sinistrée dès son arrivée en dépendance partielle retarde le passage en dépendance totale.

La question d'un allongement de la durée de la franchise est elle aussi étudiée : cela permet de réduire sensiblement les tarifs des offres en sortant du champ des interventions de l'assureur beaucoup de cas de dépendance courtes.

Enfin, le développement de l'assurance dépendance collective est porté par certains acteurs mais fait également débat au sein des professionnels de l'assurance. Elle permet une diminution des coûts grâce à une plus forte mutualisation et à une baisse des frais d'acquisition, et répond aux problématiques de qualité de vie au travail actuelles des entreprises en bénéficiant d'une fiscalité avantageuse (cotisation patronale déductible). Toutefois, elle peut apparaître accessoire pour les partenaires sociaux dans l'entreprise au regard de couvertures prioritaires comme la santé, la prévoyance et la retraite. Le développement de l'assurance dépendance collective soulève également la question de la portabilité des droits qui doit être envisagée à la lumière de la diversité des conditions de définition et de couverture du risque dépendance sur le marché.

L'articulation entre l'APA (Assurance Personnalisée Autonomie) et l'assurance privée constitue également un enjeu important qui se confronte à un paradoxe. Une cohérence au niveau de la définition de la dépendance et de la prise en charge du sinistre permettrait une meilleure compréhension pour l'assuré et la portabilité simplifiée de ses droits, mais la volatilité de la définition des GIR 3 et 4 selon les départements et la perte de contrôle du risque pour l'assureur empêchent aujourd'hui un consensus.



Des pathologies médicales en constante évolution.

En découle naturellement le sujet de la pertinence des indicateurs à utiliser, entre la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso Ressources), les AVQ (Actes élémentaires de la Vie Quotidienne) ou d'autres méthodes de *scoring*. Sur ce point, les avis convergent vers une utilisation mixée des méthodes. Les AVQ ont l'intérêt d'être simples et indépendants de la reconnaissance de la dépendance de l'État, ce qui permet de maîtriser le risque. À contrario, l'AGGIR permet une définition commune avec l'aide publique. Les médecins conseils préconisent de réaliser en complément des grilles précédentes, des consultations spécialisées ainsi que des tests adaptés à chaque type de pathologie (le MMSE, *Mini Mental State Examination*, pour les maladies neurodégénératives par exemple). Il est cependant nécessaire de garder un esprit critique sur les résultats, qui peuvent varier en fonction de plusieurs facteurs : en particulier l'état de forme de l'assuré au moment des tests qui est fluctuant notamment pour les pathologies du type neuro-dégénératives. Pour cette raison, l'acceptation en état de dépendance légère est particulièrement volatile et certains acteurs font le choix de ne pas couvrir ce risque mal maîtrisé.

Si la reconnaissance de l'état de dépendance se complexifie, cela vient entre autres choses de la variété des pathologies pouvant entraîner la survenance du risque. La moitié des sinistres est la cause de maladies neurodégénératives, ce qui a pour conséquence une

durée de maintien en dépendance longue. Si aucun résultat notoire n'est à noter sur la guérison des démences, les médicaments anticholinestérasiques ralentissent l'avancement de la maladie (ils ne sont aujourd'hui plus remboursés par la sécurité sociale). Les cancers représentent 10 à 20 % des sinistres. Enfin, les autres causes de la dépendance sont les accidents cardio-vasculaires, qui nécessitent une meilleure prévention en amont, les maladies chroniques et les pathologies ostéo-articulaires, comme l'ostéoporose qui touche particulièrement les femmes (mais pas seulement). Ce *mix* pathologique fait de la cellule médicale en charge des acceptations un véritable outil de pilotage du risque : la communication entre les équipes médicales et techniques est bien souvent synonyme d'une meilleure gestion du risque et de son évolution. La proximité des deux directions permet ainsi d'anticiper des évolutions sur l'incidence en dépendance que peut engendrer une modification des règles d'acceptation.

Les pathologies en dépendance ont fortement évolué au cours des 20 dernières années. 50 % des sinistres sont désormais liés à des maladies neuro-dégénératives avec un long maintien en dépendance.

Un risque assurable et assuré mais à piloter.

La question du pilotage du risque est primordiale pour l'assureur, et plus encore dans le cadre de la dépendance, où l'expérience est limitée. Plusieurs problématiques sont rencontrées :

- le manque de recul sur le risque entraîne une incertitude sur la tarification au lancement du produit qui peut se traduire par la suite par des redressements tarifaires ;
- l'aspect évolutif du risque ne permet pas de prédire l'avenir à partir des données passées ;
- la durée importante du produit le rend particulièrement sensible aux variations des taux techniques ;
- du point de vue prudentiel, le coût en capital sous Solvabilité II est particulièrement élevé, notamment en comparaison des produits santé et prévoyance.

Les assureurs ont donc dû mettre en place plusieurs indicateurs leur permettant de gérer ce risque, avec parfois l'aide de réassureurs qui disposent de connaissances sur ce risque dans plusieurs pays. Si une segmentation est nécessaire pour le suivi du risque, que ce soit par état (valide/dépendant), définition de la dépendance ou encore le sexe, un maillage fin se confronte mécaniquement au manque de données. Néanmoins, un suivi régulier associé à un historique suffisant permet une meilleure maîtrise du risque pour le pilotage. Alors que des résultats robustes sont remarqués sur la mortalité des autonomes et leur entrée en état de dépendance, le chantier principal reste la longévité en dépendance, et l'extrapolation des résultats aux âges élevés. Les assureurs historiques étudient l'espérance de vie en dépendance par pathologie.



Conclusion.

Les acteurs du marché s'accordent pour dire que prudence et humilité sont les maîtres mots en ce qui concerne la gestion technique de la dépendance. La complexité de ce risque évolutif en fait un réel sujet d'étude pour les assureurs, alors que ce marché présente un fort potentiel pour les années à venir. Des produits en adéquation avec les besoins des assurés sont nécessaires au développement du marché, mais ce n'est qu'avec une connaissance approfondie des portefeuilles et un suivi régulier que le risque dépendance pourra être maîtrisé dans le temps. Proposer des solutions d'assurance en réponse à des enjeux sociétaux et réussir à gérer un risque complexe : le marché de l'assurance trouve tout son sens dans le défi de la dépendance.



Optimind, acteur indépendant leader du conseil en gestion des risques, réalise 30 millions d'euros de chiffre d'affaires et réunit plus de 200 collaborateurs autour de cinq practices : Actuarial & Financial Services, Corporate Risk Services, Risk Management, Business Transformation, Business Process Outsourcing. Optimind accompagne les organismes assureurs, banques et grandes entreprises autour de la définition de la stratégie, de la gestion des risques et de la transformation. Les services proposés couvrent chaque maillon de la chaîne de valeur des clients d'Optimind : Strategy, Finance, Risk, Compliance, Market, Human Resources, Digital Transformation, Data, BPO.

optimind.com

Contacts.

Practice Actuarial & Financial Services

Gildas Robert - Senior Partner - gildas.robert@optimind.com

Valérie Deppe - Partner - valerie.deppe@optimind.com

Marie-Catherine Sarraudy - Partner - marie-catherine.sarraudy@optimind.com

Presse

Marine de Pallières - Communication & Public Relations Manager - marine.depallieres@optimind.com



Libérez le potentiel de vos données
et entrez en toute conformité dans l'ère digitale



Agence de conseil en communication sociale
au service des entreprises

Optimind SAS au capital de 400 950 euros, 46 rue La Boétie - 75008 PARIS. Siret : 418 861969 00099 - Code APE : 7022Z. Aucune utilisation de ces marques et noms de domaine ne peut être faite sans l'autorisation expresse préalable de la société Optimind SAS. Document commercial à caractère non contractuel. Tous droits réservés. Reproduction interdite sans l'autorisation de la société Optimind SAS. Les documents d'Optimind sont produits selon des processus respectueux de l'environnement. Ils sont imprimés par un prestataire certifié Imprim' Vert®, sur des papiers certifiés par des labels de qualité environnementaux. Conception réalisation : OptiComRH. Crédits photos : Shutterstock, iStock.

