

## Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ?

### Une revue de la littérature

Roméo Fontaine (LEG, Université de Bourgogne, Irdes, Fondation Médéric Alzheimer)

Nina Zerrar (LEDa-Legos, Université Paris-Dauphine)

Le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'organise en France autour de trois acteurs : la famille, l'Etat et le marché. Face aux possibles difficultés à mobiliser davantage les solidarités publiques et familiales pour répondre à l'augmentation attendue des besoins de prise en charge, se pose la question du rôle que pourrait jouer à l'avenir le marché de l'assurance dépendance. Paradoxalement, malgré des restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée pouvant atteindre au total jusqu'à plusieurs dizaines de milliers d'euros, la majorité des individus ne dispose pas de couverture assurantielle.

Cette revue de la littérature propose une synthèse des différents freins à la souscription volontaire d'une assurance dépendance. Les premiers renvoient au manque d'attractivité de l'offre d'assurance qui propose des garanties partielles à un prix relativement élevé. Les seconds renvoient directement aux caractéristiques de la demande d'assurance et à la manière dont les individus appréhendent le risque dépendance.

S'appuyer sur la responsabilité individuelle pour anticiper et couvrir les restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée apparaît peu souhaitable au regard des caractéristiques du risque dépendance et de la demande d'assurance. Une analyse empirique plus précise de la perception du risque dépendance et des comportements de couverture dans le contexte français permettra d'éclairer l'opportunité d'instaurer une assurance obligatoire, ainsi que ses modalités.

La question de l'organisation et du financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est inscrite dans l'agenda politique français depuis plusieurs années, dans un contexte général de vieillissement de la population et d'augmentation de la demande de soins de longue durée. Si l'on dénombre aujourd'hui près de 1,2 million bénéficiaires de l'Allocation personnalisée

d'autonomie (Apa)\*, on prévoit une augmentation de 35 % de cet effectif d'ici à 2030 et de 100 % d'ici à 2060 (Charpin et Tlili, 2011).

Des trois producteurs ou financeurs de soins de longue durée traditionnellement identifiés - la famille, l'Etat et le marché - l'entourage familial apparaît comme la clé de voûte du système de prise en charge. Selon l'Enquête

Handicap-Santé (Drees, Insee), en 2008, 4,3 millions d'individus aidaient régulièrement un proche âgé de 60 ans ou plus à domicile. En volume horaire, l'implication de la famille serait environ trois fois plus importante que celle des professionnels (Soulier et Weber, 2011). Comme l'illustrent les essais de valorisation monétaire de l'aide infor-

\* Voir définition dans l'encadré page 2.

## RÈPÈRES

Cette synthèse de la littérature initie un projet de recherche qui vise à comparer les différents modèles de protection sociale envisagés pour structurer en France la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Elle s'inscrit plus généralement dans le programme de recherche de l'Irdes qui aborde le vieillissement à travers plusieurs dimensions, notamment la demande d'assurance dépendance et la notion de fragilité des personnes âgées.

melle, cette production domestique mobilise d'importantes ressources, souvent sous-estimées car difficilement observables et quantifiables<sup>1</sup>. Les familles connaissent par ailleurs d'importantes évolutions sociodémographiques questionnant nécessairement la capacité des solidarités privées à répondre aux besoins croissants de prise en charge induits par le vieillissement de la population (Fontaine, 2011).

Évalué à 24 milliards d'euros en 2010, soit 1,4 % du PIB français, l'effort public en faveur des personnes âgées dépendantes représentait entre 68 et 77 % du coût financier global de la prise en charge des personnes âgées dépendantes (Fragonard, 2011).

Au niveau national, cela conduit à un reste à charge global estimé à 10 milliards d'euros<sup>2</sup>. Certaines dépenses privées échappent cependant à cet exercice complexe de comptabilité, en particulier les dépenses d'aide à

domicile n'entrant pas dans le cadre de l'Apa ou les dépenses d'aménagement du logement. Fautes de données statistiques au niveau individuel, les restes à charge financiers réels ainsi que leur distribution au sein de la population sont relativement mal connus à ce jour. On sait qu'ils peuvent atteindre des montants importants : un individu en GIR 1 vivant à domicile peut potentiellement subir un reste à charge associé à l'Apa allant jusqu'à 800 euros par mois. Selon les estimations de la Drees, le reste à charge moyen en institution est estimé à 1 468 euros par mois (Fragonard, 2011). Dans le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, le reste à charge moyen mensuel est estimé à 570 euros à domicile et 2 300 euros en institution (Association France Alzheimer, 2010). Même si différentes réformes de l'Apa sont évoquées pour réduire les restes à charge, il semble difficile, compte tenu des contraintes pesant sur les finances publiques, d'envisager une

aide sociale offrant une prise en charge publique plus large que celle existant actuellement.

Dans ce contexte, le marché de l'assurance dépendance peut être amené à jouer un rôle complémentaire impor-

<sup>1</sup> Voir Davin *et al.*, 2009 pour un essai de valorisation.

<sup>2</sup> A noter que cette évaluation ne tient pas compte des coûts privés non monétaires associés à l'aide informelle. Davin *et al.* (2009) évaluent par exemple l'aide informelle à 6 milliards d'euros par an.

## DÉFINITIONS

### L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

L'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) est une prestation en nature instaurée en 2002. Elle s'adresse aux personnes en perte d'autonomie, âgées de 60 ans ou plus et résidant à domicile ou en établissement. Elle permet aux bénéficiaires de financer des aides nécessaires à la réalisation des actes de la vie quotidienne. Pour bénéficier de cette prestation, il faut justifier d'un certain degré de perte d'autonomie. L'évaluation du niveau de dépendance repose sur la grille Aggir (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources), qui permet de classer les individus en 6 niveaux de perte d'autonomie, du GIR 1 au GIR 6. Seuls les quatre premiers niveaux – GIR 1 à 4, les plus dépendants – ouvrent droit à l'attribution de l'Apa.

Le **GIR 1** correspond aux personnes âgées dont la perte d'autonomie physique et mentale nécessite une présence ininterrompue d'intervenants. Le **GIR 2** concerne d'une part les personnes âgées dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais qui n'ont plus la capacité de se déplacer (confinées au lit ou au fauteuil) et ont besoin d'aide pour la plupart des activités quotidiennes ; d'autre part, celles qui ont toujours la capacité de se déplacer mais dont les fonctions mentales sont altérées. Le **GIR 3** correspond aux personnes ayant conservé une autonomie mentale et une autonomie locomotrice partielle, mais qui ont besoin d'aides quotidiennes pour leur autonomie corporelle. Le **GIR 4** concerne d'une part les personnes n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement (certaines doivent être aidées pour la toilette et l'habillage ; la plupart s'alimentent seules) ; d'autre part, celles qui ont conservé la capacité de se déplacer mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles et les repas.

Le montant de l'Apa à domicile correspond au montant du plan d'aide établi pour le bénéficiaire – qui recense précisément les aides nécessaires au maintien à domicile – diminué éventuellement d'un ticket modérateur laissé à sa charge et calculé selon ses ressources.

([www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr))

### Mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance

En France, le marché de l'assurance repose sur trois structures principales.

Les **mutuelles** sont des sociétés de personnes à but non lucratif et régies par le code de la Mutualité. Prônant des valeurs de solidarité – elles n'imposent notamment aucun critère de sélection –, elles se financent pour l'essentiel grâce aux cotisations de leurs membres.

Les **institutions de prévoyance** sont également des structures à but non lucratif qui ne sélectionnent pas les assurés mais sont régies par le code de la Sécurité sociale. Elles ont un fonctionnement paritaire fondé sur une égale représentation des salariés et des employeurs.

Les **sociétés d'assurance**, régies par le code des Assurances, sont des sociétés de capitaux à but lucratif. Les tarifs proposés peuvent varier selon les risques présentés par les individus (âge, sexe, état de santé...).

### Antisélection et aléa moral

Sur certains marchés, il arrive que les différents acteurs ne disposent pas tous des mêmes informations. On parle dans ce cas d'asymétries d'information. Celles-ci sont fréquentes dans le marché de l'assurance, les acteurs ne partageant pas les mêmes informations sur les risques et les comportements des assurés. Cette situation peut conduire à des problèmes d'antisélection et d'aléa moral induisant des défaillances de marché.

L'**antisélection** (ou sélection adverse) est caractérisée par le fait qu'une partie détient de l'information privée au moment de la signature du contrat : par exemple, si les individus ayant un risque élevé d'être dépendants s'assurent plus que la moyenne et que l'assureur ignore cette information, celui-ci s'expose théoriquement à un risque de faillite.

L'**aléa moral** correspond à une situation où l'une des parties ne peut contrôler l'action de l'autre et doit faire face à des décisions « non observables » pouvant lui être préjudiciables. Un exemple courant d'aléa moral est celui de l'assurance maladie, puisque l'assureur ne peut pas totalement contrôler les dépenses issues de l'échange patient/médecin.

tant. La souscription à une assurance offre en effet la possibilité aux individus de se couvrir, même partiellement, face à un risque financier pouvant atteindre au total plusieurs dizaines de milliers d'euros<sup>3</sup>.

Paradoxalement, le recours à une assurance dépendance est relativement peu fréquent au regard du risque financier induit par l'entrée en dépendance. En 2010, selon la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), 5,5 millions d'individus détenaient une couverture dépendance par le biais d'une société d'assurance\*, d'une mutuelle\* (généralement *via* une garantie associée à une complémentaire santé) ou d'une institution de prévoyance\*. Cependant, moins de 2 millions d'entre eux pouvaient être considérés comme réellement couverts à long terme, car pour une majorité d'assurés la couverture est annuelle et l'indemnité relativement modeste.

Toujours d'après la FFSA, les prestations versées en 2010 aux personnes âgées dépendantes représentaient près de 166 millions d'euros, somme négligeable au regard du reste à charge total de 10 milliards d'euros évoqué précédemment<sup>4</sup>. Ce constat n'est pas propre à la France. Même aux États-Unis, pays où le marché de l'assurance dépendance serait le plus développé, seuls 4 % des dépenses de prise en charge sont financés par le biais d'une assurance privée (Brown et Finkelstein, 2009).

Ce paradoxe questionne le rôle que pourrait à l'avenir jouer le marché de l'assurance privée dans la couverture du risque dépendance : est-ce une option de couverture crédible sur

laquelle pourraient s'appuyer les pouvoirs publics en complément des solidarités publiques et familiales ? Ou, au contraire, le marché est-il contraint à un rôle marginal dès lors que la souscription à une assurance dépendance est facultative ?

Ce *Questions d'économie de la santé* propose une synthèse des travaux visant à expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque financier associé à l'entrée en dépendance. La question de l'instauration d'une assurance obligatoire est fréquemment évoquée dans les différents rapports publics, tantôt par le biais d'un mécanisme de mutualisation privée, tantôt par le biais d'un mécanisme de mutualisation publique (par exemple, Fragonard, 2011). Sans présager du caractère public ou privé d'une telle assurance, évaluer en termes d'efficacité et d'équité l'intérêt et les limites d'une assurance obligatoire nécessite une connaissance précise des comportements spontanés de couverture, et plus généralement de la manière dont le risque dépendance est perçu dans la population.

Outre les récents rapports consacrés à la prise en charge publique de la dépendance, cette synthèse s'appuie principalement sur l'excellente revue de la littérature proposée par Assous et Mahieu (2002) et sur les travaux plus récents de Finkelstein menés dans le contexte américain, à défaut d'études propres au contexte français.

Deux explications sont tour à tour présentées pour expliquer la faible disposition des individus à s'assurer : d'une part, le manque d'attractivité de l'offre qui propose des couvertures partielles

sous forme de rente à un prix relativement élevé et, d'autre part, l'existence de freins du côté de la demande et plus spécifiquement la myopie et les préférences des individus qui seraient, au regard des caractéristiques du risque dépendance, peu favorables aux comportements spontanés de couverture.

### Une offre de couverture peu attractive ?

### Une couverture incomplète sous forme d'indemnité forfaitaire

En France, les différents produits de couverture présents sur le marché proposent tous en cas de dépendance des indemnités sous forme de rente forfaitaire. En privilégiant une indemnité indépendante de la consommation effective de soins, les assureurs reportent sur les assurés une partie des incertitudes portant à long terme sur les probabilités d'entrée en dépendance et sur les coûts de prise en charge (Assous et Mahieu, 2002). En effet, contrairement à une assurance sous forme de remboursement (type assurance maladie), rien ne garantit que l'indemnité forfaitaire suffise à financer la prise en charge. Ceci est d'autant plus vrai que, pour un individu de 60 ans au moment de la souscription de l'assurance, la prise en charge s'organisera potentiellement à un horizon de vingt ou trente ans, sans certitude sur les coûts futurs d'une prise en charge.

L'offre se distingue cependant au regard de la durée de la garantie. Une première famille de produits propose une couverture annuelle révisable. Les garanties offertes par les mutuelles rentrent dans cette catégorie, celles-ci couvrant deux tiers des individus disposant d'une couverture dépendance

<sup>3</sup> Par exemple, un reste à charge mensuel de 1 468 euros en institution conduit à un coût global privé de près de 70 000 euros sur une période de quatre ans, soit la durée moyenne pendant laquelle un individu bénéficie de l'Apa.

<sup>4</sup> La population assurée étant relativement jeune, une partie importante des cotisations versées sert encore à provisionner les risques futurs. Selon la FFSA, fin 2010, près de 3,6 milliards avaient été provisionnés pour faire face aux engagements futurs des assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance.

T

#### Marché français de l'assurance dépendance en 2010

	Individus couverts		Cotisations totales collectées		Prestations totales délivrées	
	Nombre en millions	en %	Montant en millions	en %	Montant en millions	en %
Sociétés d'assurance	1,6	29	403	77	150	89
Mutuelles	3,6	65	97	18	18	11
Institutions de prévoyance	0,3	6	25	5		
<b>Ensemble</b>	<b>5,5</b>	<b>100</b>	<b>525</b>	<b>100</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

Sources : FFSA et CTIP

Télécharger le fichier Excel® sur le site de l'Irdes.

(Tableau 1). La garantie dépendance est dans ce cas quasiment toujours une garantie accessoire d'un contrat complémentaire santé (Vassel, 2011). L'assurance couvre alors uniquement l'année en cours, le contenu de la garantie pouvant chaque année être remis en cause par l'assureur. La couverture qu'offrent ces garanties accessoires est donc toute relative, d'autant plus que la rente versée en cas de dépendance est relativement modeste. Une grande mutuelle, qui assure à elle seule près de 2 millions d'individus, a en 2010 intégré à sa complémentaire santé une couverture accessoire dépendance. Elle propose une rente forfaitaire de 120 euros par mois et ne couvre que la dépendance lourde (GIR 1 ou GIR 2). Elle octroie en outre une prestation complémentaire de 500 euros par an pour les personnes restant à domicile et, ce qui est tout à fait original dans le contexte français, une subvention plafonnée finançant le recours à un service d'aide à domicile.

Une deuxième famille de produits propose des couvertures viagères offrant des garanties jusqu'au décès de l'assuré. Dans ce cadre, près de 1,1 million d'individus disposent en France d'une assurance individuelle avec une garantie principale dépendance contractée auprès d'une société d'assurance. En échange du versement d'une cotisation mensuelle, l'assureur s'engage à verser en cas de dépendance, et ce jusqu'au décès de l'assuré, une rente d'un montant prédéterminé<sup>5</sup>. D'après la FFSA, la cotisation moyenne s'établissait en 2011 à 30 euros par mois tandis que la rente moyenne versée aux personnes dépendantes s'établissait la même année à 583 euros par mois. Le montant de la cotisation est néanmoins très variable d'un contrat à l'autre : il varie selon le niveau de rente choisi (les rentes proposées par les assureurs allant en moyenne de 340 à 1 942 euros par mois) et la couverture (dépendance lourde uniquement *versus* dépendance lourde et dépendance partielle). Le montant de la cotisation est par ailleurs fortement croissant avec l'âge de l'assuré au moment de la souscription.

Les sociétés d'assurance couvrent en plus un demi-million d'individus ayant souscrit soit une assurance avec une garantie principale dépendance *via* un contrat collectif obligatoire, soit un contrat dont la garantie dépendance est accessoire et couplée à une autre garantie (santé, décès ou épargne). Ces couvertures sont néanmoins beaucoup plus réduites que les contrats individuels en garantie principale : les cotisations associées au contrat collectif sont en moyenne de 7 euros par mois mais ouvrent droit à des rentes mensuelles ne dépassant pas 200 euros. Les institutions de prévoyance proposent des couvertures semblables auprès d'environ 300 000 salariés.

Les couvertures proposées sont donc incomplètes. Elles couvrent uniquement la dépendance lourde dans deux tiers des contrats souscrits auprès des sociétés d'assurance et dans la très grande majorité des contrats souscrits auprès d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance<sup>6</sup>. Pour limiter les phénomènes d'antisélection, la grande majorité des contrats prévoit de plus des délais de carence en cas de maladie, le souscripteur n'étant assuré qu'une fois passé un certain délai après la souscription du contrat. Généralement, ce délai de carence est d'un an, sauf pour les maladies neuro-dégénératives où le délai est généralement porté à trois ans. Le délai de carence est en revanche nul en cas de dépendance d'origine accidentelle. De nombreux contrats prévoient en plus des délais de franchises, généralement de trois mois.

Les sociétés d'assurance limitent par ailleurs le nombre d'individus pouvant potentiellement souscrire une assurance dépendance, en imposant notamment un âge minimum (entre 18 et 50 ans selon les assureurs) et un âge maximum de souscription (entre 70 et 75 ans selon les assureurs). Pour limi-

ter les phénomènes d'antisélection, les assureurs exercent en outre une sélection à l'entrée par l'intermédiaire d'un questionnaire médical, ce qui conduirait à des taux de refus de 15 à 20 % (Dufour-Kippelen, 2008).

### Des assurances onéreuses

Pour évaluer l'attractivité des assurances privées en termes de prix, Brown et Finkelstein (2007) comparent sur données américaines les cotisations moyennes versées par un assuré avec les indemnités que ce dernier peut en espérer. Les estimations mettent en évidence un taux de chargement relativement élevé, avoisinant 18 %. En d'autres termes, après actualisation des montants en jeu, chaque euro versé par l'assuré au titre de sa couverture lui apportera une prime espérée de 0,82 euro. Ce taux de chargement moyen augmente par ailleurs considérablement, passant de 18 % à 51 %, si l'on tient compte de la proportion importante d'individus qui cessent de payer leurs cotisations avant la possible survenance du risque, les sommes étant alors généralement cotisées à fonds perdus. Ce taux de chargement moyen apparaît très élevé en comparaison de ceux estimés sur des marchés assurant d'autres risques. A titre d'illustration, le taux de chargement serait compris entre 15 % et 25 % dans le cas des assurances-vie et entre 6 % et 10 % dans le cas des assurances santé collectives.

Sur le marché français, aucune étude semblable ne permet à notre connaissance d'évaluer l'attractivité en termes de prix des contrats d'assurance offerts. Il est toutefois peu probable que leur attractivité soit en France plus importante qu'aux Etats-Unis. Différents facteurs tirent en effet, dans le contexte français, les prix vers le haut. Tout d'abord, le marché français apparaît relativement concentré : les quatre premiers assureurs se partagent près de la moitié du marché (selon l'Argus de l'assurance, 6 avril 2012). Les couvertures viagères sont par ailleurs majoritairement composées en France de contrats individuels, les coûts de transaction étant traditionnellement plus élevés que ceux induits par des contrats collectifs.

<sup>5</sup> En plus d'une rente mensuelle, les contrats prévoient généralement des prestations complémentaires sous forme de versement de capital destiné à l'aménagement du logement ou d'accompagnement dans la prise en charge.

<sup>6</sup> L'évaluation du niveau de dépendance conditionnant l'ouverture des droits varie d'un assureur à l'autre et les critères d'évaluation sont généralement plus restrictifs que ceux ouvrant droit à l'Apa.

L'efficacité du marché français pourrait par ailleurs être affectée par l'existence d'asymétries d'information. La littérature se focalise de ce point de vue sur l'existence d'antisélection\*, les phénomènes d'aléa moral\* pouvant *a priori* être écartés. Il est en effet peu probable que la souscription à une assurance dépendance conduise les individus à adopter des comportements susceptibles d'augmenter leur risque d'entrée en dépendance (aléa moral *ex ante*). De même, la surconsommation de soins et d'aide professionnelle induite par la couverture (aléa moral *ex post*) n'est pas à redouter par les assureurs puisqu'en France les indemnités versées sont indépendantes de la consommation effective de soins et d'aide. Les analyses empiriques menées sur données américaines et françaises conduisent par ailleurs à rejeter la présence d'antisélection (Plisson, 2009 ; Cutler et Zeckhauser, 1997 ; Finkelstein et MacGarry, 2006)<sup>7</sup>. Finkelstein *et al.* (2005) mettent en revanche en évidence l'existence d'une antisélection dynamique : les individus stoppant leurs cotisations prématurément et quittant le portefeuille d'assurés apparaissent comme les moins exposés au risque dépendance.

Surtout, les assureurs sont confrontés à une spécificité majeure du risque dépendance qui est un risque long, les individus contractant une assurance dépendance entre 50 et 60 ans n'étant réellement exposés au risque que vingt ou trente ans plus tard. Pour tarifier leurs produits, les assureurs sont donc contraints de faire un certain nombre d'hypothèses sur les probabilités futures d'entrée en dépendance, alors que beaucoup d'incertitudes subsistent sur l'évolution des espérances de vie sans incapacité. L'incertitude à long terme est renforcée par le fait que le marché est relativement jeune, ce qui réduit fortement les données dont disposent les assureurs pour construire des tables d'incidence. Comme le note Cutler (1996), les assureurs s'exposent à un risque agrégé au niveau de la population des assurés, avec un scénario possible de dérive du coût moyen par assuré. Cette incertitude les expose à un risque de faillite, la mutualisation des risques entre assurés ne pouvant pas, au niveau agrégé, réduire cette incer-

titude. Dans ce contexte, les assureurs sont incités à se couvrir eux-mêmes en surprovisionnant, ce qui naturellement tire vers le haut les prix des assurances.

Cependant, le manque d'attractivité des contrats d'assurance en France, qui mériterait d'être confirmé par une analyse semblable à celle de Brown et Finkelstein (2008) dans le cas américain, n'est pas l'unique facteur expliquant le faible recours aux assurances dépendance. Les simulations de Brown et Finkelstein (2008) montrent, toujours sur données américaines, que même dans le cas hypothétique où les assureurs privés offriraient une couverture viagère complète à un prix actuariellement neutre, une majorité d'individus n'y souscrirait toujours pas. Les imperfections imputables à l'offre ne sont donc pas en mesure d'expliquer à elles seules le faible taux de couverture et il est nécessaire de trouver des explications du côté de la demande d'assurance dépendance.

### Les freins du côté des préférences individuelles

Du côté de la demande individuelle, deux explications rendent compte de la faible propension des individus à se couvrir. La première renvoie au concept micro-économique de rationalité limitée : les individus prendraient leur décision de couverture dans un contexte de méconnaissance des couvertures disponibles et du risque dépendance auquel ils sont exposés. Une seconde explication, sans remettre en cause la rationalité des individus, pointe les spécificités du risque dépendance et la manière dont celles-ci, au regard des préférences des individus, freinent l'adoption de comportements spontanés de couverture.

#### Une faible demande expliquée par un manque d'information ?

Théoriquement, un individu rationnel devrait, toutes choses égales par ailleurs, avoir une propension à s'assurer d'autant plus importante qu'il subit un taux de chargement faible, c'est-à-

dire des cotisations cumulées relativement proches des indemnités espérées. Or, en raison notamment des différences d'espérance de vie avec et sans incapacités entre hommes et femmes, le taux de chargement est sur le marché américain relativement défavorable aux hommes. Ces derniers subissent des cotisations identiques aux femmes mais ont des indemnités espérées plus faibles. Aux Etats-Unis par exemple, le taux de chargement moyen des hommes serait entre 25 % et 50 % supérieur à celui des femmes. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes seraient donc plus incitées à souscrire une assurance dépendance. Or, les estimations économétriques sur données américaines ne montrent pas de différences significatives entre hommes et femmes au regard de la demande d'assurance. Ce résultat suggère un faible impact du taux de chargement sur la demande d'assurance qu'il semble difficile de justifier autrement que par un manque d'information de la part des consommateurs.

Pour rendre compte du faible recours à l'assurance dépendance privée, la littérature souligne donc la rationalité limitée des individus qui prendraient leur décision de couverture dans un contexte où ils ont une connaissance limitée des risques financiers auxquels les expose l'entrée en dépendance.

Outre le manque d'information sur les produits d'assurance existants, la littérature évoque la prédominance d'une certaine myopie des individus qui se traduirait en premier lieu par une méconnaissance du risque dépendance, c'est-à-dire une mauvaise évaluation de la probabilité d'être un jour dépendant (Bien *et al.*, 2012), et également par une sous-estimation du coût de la prise en charge en cas de dépendance. Certains individus tendent en effet à surestimer la prise en charge publique (Assous et Mahieu, 2002) ou à considérer qu'ils

<sup>7</sup> Finkelstein et MacGarry (2006) montrent néanmoins que l'absence globale d'antisélection cache en fait deux mécanismes de sélection jouant en sens inverse. Deux catégories s'assureraient plus que les autres : les individus se percevant les plus risqués et ceux caractérisés par une forte aversion au risque (et qui sont statistiquement, en moyenne, moins « risqués » que les autres).

sont toujours couverts *via* leur complémentaire santé ou leur assurance prévoyance. En France, 34 % des salariés pensaient en 2001 être couverts contre le risque dépendance alors que 5 % l'étaient réellement (Villatte, 2003). Enfin, cette myopie traduirait l'incertitude des individus face aux réformes attendues de la prise en charge publique et à l'évolution future des coûts de la prise en charge.

Une certaine forme de déni<sup>8</sup> pourrait par ailleurs jouer un rôle important dans la manière dont les individus perçoivent le risque dépendance. Le déni renvoie non pas à une information imparfaite ou à une méconnaissance du risque mais plutôt à la non-considération volontaire d'un risque identifié. Ce mécanisme irrationnel de négation du risque peut traduire la difficulté d'un individu à envisager une situation incertaine, le refus de s'identifier à une personne vieillissante en perte d'autonomie, mais aussi l'incapacité financière à se prémunir face au risque.

### Des préférences peu favorables à l'adoption d'une couverture spontanée

Outre l'hypothèse de rationalité limitée, d'autres explications peuvent intervenir. Comme le souligne Pauly (1990), ou plus récemment Bien *et al.* (2012), on peut rendre compte de la faible disposition des individus à souscrire une assurance dépendance à travers un cadre d'analyse micro-économique standard, où les individus sont supposés à la fois rationnels (parfaitement informés entre autres) et averses au risque. Le risque dépendance présente ainsi au moins trois caractéristiques importantes pouvant conduire un individu supposé à ne pas se couvrir.

### La préférence pour le présent amoindrit l'effet de l'aversion au risque

Première caractéristique : l'éloignement temporel entre la décision de souscription à une assurance et la survenance du risque. Dans ce cas, la préférence pour le présent prédomine, parallèlement à une faible aversion au risque.

En situation d'incertitude, les individus se distinguent quant à leur attitude face au risque. Un individu averse au risque cherchera à diminuer les écarts de revenus entre les différentes situations aléatoires que lui réserve l'avenir (ici entre l'état « dépendant » et l'état « non dépendant »). L'aversion au risque, élément déterminant pour comprendre la souscription à une assurance est toutefois dans le cas du risque dépendance inhibée par l'éloignement temporel du risque. Si un individu contracte une assurance dépendance à 50 ans, ce n'est que vers 80 ans que sa probabilité de devenir dépendant sera substantielle. Or, si un individu ne souhaite pas transférer de la richesse vers sa fin de vie, il ne cherchera pas davantage à s'assurer contre un risque susceptible de se produire en fin de vie. La préférence pour le présent joue donc un rôle majeur dans la décision de couverture. Même un individu très averse au risque pourrait *a priori* ne percevoir qu'un intérêt limité à s'assurer contre un risque ne pouvant se réaliser qu'à un horizon de vingt ou trente ans.

Par ailleurs, comme évoqué précédemment, la souscription à une assurance dépendance engage contractuellement sur de nombreuses années, en particulier lorsque celle-ci est souscrite avant 60 ans. Paradoxalement, l'aversion au risque peut constituer un frein à la souscription, l'incertitude d'un individu vis-à-vis de sa capacité financière à poursuivre le paiement de ses cotisations pouvant lui faire craindre de cotiser à fonds perdus.

### Utilité fonction de l'état de dépendance

Comme d'autres risques liés à l'état de santé, la réalisation du risque dépendance n'est vraisemblablement pas sans incidence sur la manière dont un individu perçoit sa richesse. La littérature évoque l'hypothèse selon laquelle les individus valoriseraient moins leur richesse en situation de dépendance<sup>9</sup>. Si un individu valorise davantage sa richesse en état de « non dépendant », il ne verra pas l'intérêt d'une assurance lui permettant de transférer de la richesse de l'état de « non-dépendant » vers l'état de « dépendant » (Assous et Mahieu,

2002 ; Bien *et al.*, 2012). Autrement dit, les individus seraient peu enclins à transférer de la richesse à la personne âgée dépendante qu'ils pourraient être dans le futur.

### Altruisme familial

Troisième caractéristique spécifique du risque dépendance : le rôle important joué par l'aide informelle.

L'existence d'une assurance implicite fournie par l'entourage pourrait évincer la demande d'assurance. L'aide familiale permet en effet de diminuer le risque financier supporté par l'individu. Un individu est donc *a priori* moins enclin à s'assurer s'il dispose de ressources importantes en aide informelle, et ce d'autant plus qu'il préfère être aidé par un proche que par un aidant professionnel. La littérature évoque de ce point de vue des comportements stratégiques, les parents pouvant décider de ne pas s'assurer pour maintenir l'incitation qu'ont les enfants à s'occuper d'eux en cas de dépendance (théorie de l'aléa moral intergénérationnel, voir Zweifel et Strüwe, 1998). Les seules estimations connues à ce jour sur données françaises ne valident cependant pas cette théorie (Courbage et Roudaut, 2008).

A l'inverse, si les individus peuvent compter sur l'aide de leurs proches, ils peuvent aussi être incités à souscrire une assurance dépendance pour justement les « soulager » d'une prise en charge. Ce mécanisme renvoie à l'existence d'un altruisme familial qui inciterait à la souscription d'une assurance dépendance. D'un point de vue théorique, l'altruisme familial correspond au fait qu'un individu valorise le bien-être de ses proches et en tient compte dans ses arbitrages. Cet altruisme familial peut intervenir à deux niveaux (Pauly, 1990 ; Sloan et Norton, 1997). D'une part, un individu peut souhaiter ne pas faire reposer sa prise en charge en cas

<sup>8</sup> Le concept de déni est emprunté à la littérature psychologique et plus précisément aux travaux qui étudient les comportements des individus face aux situations menaçant ou dépassant leurs ressources (Cf. par exemple Paulhan, 1992).

<sup>9</sup> Plus formellement, cette hypothèse se traduit par une utilité marginale croisée entre revenu et santé (ou dépendance) positive.

de dépendance sur les membres de sa famille (son conjoint et/ou ses enfants). Si l'aide informelle constitue une alternative à l'aide professionnelle très peu coûteuse financièrement, elle s'accompagne néanmoins de coûts indirects pour les aidants informels<sup>10</sup>, généralement non monétaires. Les individus les plus altruistes seraient dès lors incités à s'assurer pour couvrir leurs proches du risque d'être aidant. D'autre part, l'altruisme familial peut traduire la volonté de préserver le niveau de vie et le patrimoine familial et, en particulier, l'héritage à transmettre. Se couvrir contre le risque dépendance peut dès lors consister à se prémunir face à une diminution importante du patrimoine à transmettre.

### Vers une assurance obligatoire ?

Etant donné les nombreux freins à la souscription volontaire d'une assurance dépendance mis en évidence dans la littérature, la capacité du marché à compléter les solidarités publiques et familiales apparaît limitée. Si certains des freins liés au manque d'attractivité de l'offre s'expliquent par le manque de maturité du marché et pourront être partiellement levés à l'avenir, les freins propres à la demande sont quant à eux difficiles à dépasser. L'instauration d'une assurance obligatoire, sans présager du caractère public ou privé d'une telle assurance, peut apparaître dans ce contexte comme le meilleur moyen d'assurer une réelle mutualisation des risques. La myopie des agents, voire la préférence pour le présent, sont à ce titre des arguments fréquemment évoqués pour justifier l'instauration d'une assurance obligatoire. Dans le cas du risque dépendance, la souscription à une assurance s'accompagne par ailleurs d'externalités positives importantes sur le bien-être des aidants, ce qui justifie aussi l'instauration d'une assurance obligatoire.

<sup>10</sup> Par exemple, la littérature sur les effets de l'aide informelle sur l'état de santé des aidants (comme Coe et Van Houtven, 2009) ou encore sur le renoncement partiel ou total au marché du travail (comme Bolin et al., 2008).

Si la théorie économique permet d'expliquer le faible recours aux assurances dépendance, très peu d'études empiriques – en dehors du contexte américain – permettent de tester et d'évaluer le poids relatif des différents facteurs explicatifs. Les connaissances sur la perception du risque dépendance et la demande d'assurance proviennent majoritairement d'analyses menées sur données américaines. Or, le contexte américain présente des spécificités importantes par rapport au contexte français. Aux Etats-Unis, les assurances offertes prennent tout d'abord la forme de remboursements partiels des dépenses alors qu'elles consistent en une rente forfaitaire dans le cas français. Surtout, le programme Medicaid, qui joue aux Etats-Unis le rôle d'un payeur en dernier ressort, induit un effet d'éviction considérable

sur la demande d'assurance (Brown et Finkelstein, 2008). C'est une différence majeure avec la France, où le montant de l'aide publique attribuée *via* l'Apa ne dépend pas des rentes perçues par une assurance dépendance.

La vague 2012 de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) menée par l'Irdes ainsi que l'enquête Préférence et patrimoine face au risque dépendance (Pated) menée en 2011-2012 par la Fondation Médéric Alzheimer, toutes deux en cours d'exploitation, apporteront dans le cas français des connaissances plus précises de la demande d'assurance dépendance et permettront ainsi d'enrichir les débats sur l'organisation et le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Association France Alzheimer (2010). « Etude socio-économique : prendre en soin les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : le reste à charge ».
- Assous L., Mahieu R. (2002). « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé ». *Revue économique* 53 : 887-912.
- Bien F., Chassagnon A., Plisson M. (2012). « Est-il rationnel de ne pas s'assurer contre la dépendance ? ». *Revue Française d'Economie* 26 : 31-61.
- Bolin K., Lindgren B., Lundborg P. (2008). "Your Next of Kin or your Own Carer? Caring and Working among the 50+ of Europe". *Journal of Health Economics* 27: 718-738.
- Brown J. R., Finkelstein A. (2007). "Why is the Market for Long-Term Care Insurance so Small?". *Journal of Public Economics* 91: 1967-1991.
- Brown J. R., Finkelstein A. (2008). "The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market". *American Economic Review* 98(3):1083-1102
- Brown J. R., Finkelstein A. (2009). « The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence », *The Journal of Risk and Insurance* 76(1): 5-29.
- Charpin J.-M., Tlili C. (2011). « Perspectives démographiques et financières de la dépendance – Rapport du groupe n° 2 sur la prise en charge de la dépendance ». Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale.
- Coe N. B., Van Houtven C. H. (2009). "Caring for Mom and Neglecting Yourself? The Health Effects of Caring for an Elderly parent". *Health Economics* 18(9): 991-1010.
- Courbage C., Roudaut N. (2008). "Empirical Evidence on Long-Term Care Insurance Purchase in France". *The Geneva Paper* 33: 645-658.
- Cutler D. M. (1996). "Why Don't Markets Insure Long-Term Risk? Unpublished working paper ([http://scholar.harvard.edu/files/cutler/files/ltc\\_rev.pdf](http://scholar.harvard.edu/files/cutler/files/ltc_rev.pdf))
- Cutler D. M., Zeckhauser R. J. (1997). "Reinsurance for Catastrophs and Cataclysms". *NBER Working paper* 5913.
- Davin B., Paraponaris A., Verger P. (2009). « Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire ». *Revue Management & Avenir* 26 : 190-204.
- Dufour-Kippelen S. (2008). « Les contrats d'assurance dépendance sur le marché français en 2006 ». Drees, *Document de travail – série Etudes et Recherches* n° 84.
- Finkelstein A., McGarry K. (2006). "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market". *American Economic Review* 96(4): 938-958.

## POUR EN SAVOIR PLUS (SUITE)

- Finkelstein A., McGarry K., Sufi A. (2005). "Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long-Term Care Insurance". *American Economic Review Papers and Proceedings* 95: 224-228.
- Fontaine R. (2011). « Le soutien familial aux personnes âgées dépendantes : analyses micro-économétriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge ». Thèse de Doctorat en Sciences Economiques. Université Paris-Dauphine.
- Fragonard B. (2011). « Stratégie pour la gouvernance de la dépendance des personnes âgées – Rapport du groupe n° 4 sur la prise en charge de la dépendance ». Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale.
- Paulhan I. (1992), « Le concept de coping ». *L'année Psychologique* 92 : 545-557.
- Pauly M. V. (1990). "The Rational Non purchase of Long-Term-Care Insurance". *Journal of Political Economy* 98(1): 153-168.
- Plisson M. (2009). « Assurabilité et développement de l'assurance dépendance ». Thèse de Doctorat en Sciences économiques. Université Paris Dauphine. Lauréat du prix de thèse de la Fondation Médéric Alzheimer.
- Plisson M., Legal R. (2011). "Who Is Willing to Pay for Long-Term Care Insurance in France?". Mimeo.
- Rosso-Debord V. (2010). « Rapport d'information par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes ». Assemblée Nationale.
- Sloan F. A., Norton E. C. (1997). "Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market". *Journal of Risk and Uncertainty* 15: 201-219.
- Soulier N., Weber A. (2011). « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile ». *Drees, Etudes et Résultats* n° 771.
- Vasselle A. (2011). « Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque ». Sénat, n° 263.
- Villatte M. (2003). « Dépendance : la réponse des assureurs ». *Risque* 5 : 99-105.
- Zweifel P., Strüwe W. (1998). "Long-Term Care Insurance in a Two Generation Model". *Journal of Risk and Insurance* 65: 33-56.

**IRDES** INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •  
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •  
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek •  
Relecteurs : Charlène Le Neindre, Michel Naiditch • Correctrice : Martine Broïdo • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault •  
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : DÉJA-LINK (Stains, 93) • Dépôt légal : juillet 2013 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •  
Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.

## Abonnez-vous

### à Questions d'économie de la santé en version papier

Le mensuel de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Publication mensuelle et synthétique, d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé.

#### À paraître :

- Prise en charge de la dépression et de la schizophrénie dans les établissements de santé en France
- Évaluation de l'impact du regroupement pluri-professionnel dans les maisons, pôles et centres de santé expérimentateurs des nouveaux modes de rémunération
- Influence de l'individualisation des arrêts de travail et maladies professionnelles sur les pratiques des entreprises

Achat au numéro ..... 6 €  
Abonnement pour un an ..... 60 €

#### Modes de paiement :

- en ligne sur le site de l'Irdes (CB ou Paypal)
- par chèque à l'ordre de l'Irdes
- par virement
- par carte bancaire

Carte n° : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

Date d'expiration : |\_|\_|\_|\_| Cryptogramme : |\_|\_|\_|

Signature :

#### Vos coordonnées :

Organisme : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

.....

Tél. : .....

Courriel : .....

À retourner par courriel (publications@irdes.fr), par fax (01 53 93 43 07) ou par courrier :  
Irdes - Service abonnement - 10 rue Vauvenargues 75018 Paris - www.irdes.fr