

LA DÉPENDANCE DES PERSONNES ÂGÉES ET SON ASSURANCE

LAURENT CAUSSAT ET PASCALE GENIER *¹

Depuis quelques années, la question de la situation des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et celle, corrélative, d'une prise en charge publique du risque de dépendance, font l'objet d'une réflexion administrative et politique importante.

A l'heure actuelle, selon l'enquête de l'Insee sur les revenus fiscaux des ménages, près de 80 % des ménages âgés ne disposent pas des ressources suffisantes pour supporter le coût moyen d'un hébergement en institution. Certes, des dispositifs publics existent d'ores et déjà : ainsi, les collectivités locales financent l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées, qui bénéficie à 70 000 personnes environ, ainsi qu'une allocation dite «allocation compensatrice pour tierce personne» initialement prévue pour les personnes handicapées, et actuellement versée à 160 000 personnes âgées dont 40 000 hébergées en institution ; la Sécurité Sociale prend en charge quant à elle les soins infirmiers à domicile, les forfaits soins des personnes hébergées en établissements médico-sociaux, les majorations de pensions de vieillesse pour tierce personne, et finance des services d'aide ménagère. Evaluer la somme des dépenses publiques actuellement affectées à la prise en charge de la dépendance n'est pas chose aisée, puisque, outre les dépenses spécifiques énumérées ci-dessus, il conviendrait de prendre en compte certaines prestations de caractère général, comme l'allocation logement qui bénéficie notamment aux personnes âgées dépendantes. En se fondant sur la liste précédente, un rapport du Commissariat Général du Plan (1991) évaluait à 22 milliards de francs en 1988 le coût de ces dépenses.

103

Cependant, malgré la diversité des dispositifs ou peut-être à cause de leur complexité, subsistent d'importantes difficultés :

- en matière de soutien à domicile, on observe une insuffisance de l'offre de services de soins, et un ciblage imparfait de l'aide ménagère ; l'allocation compensatrice quant à elle fait l'objet de nombreux griefs, surtout exprimés par les collectivités locales qui en supportent la charge sans en contrôler l'attribution ;

* INSEE

1. Les opinions exprimées dans le présent article n'engagent que les auteurs, et non l'Insee.

- de plus, les problèmes créés par l'insuffisance de capacités d'hébergement en institution et par le coût élevé de ce mode d'accueil, pour les personnes âgées et pour leurs familles, restent particulièrement sensibles.

A deux reprises, sous l'actuelle législature et sous la précédente, des tentatives de mise en cohérence et d'élargissement des dispositifs publics destinés à améliorer la prise en charge de la dépendance des personnes âgées n'ont pu aboutir. La forte contrainte qui pèse sur les finances publiques, et particulièrement sur les comptes des régimes sociaux, le choix difficile entre des prestations en espèces, c'est à dire des suppléments de revenu librement affectables, et des prestations en nature destinées à compenser des charges précises - hébergement, soins, aide d'une tierce personne... -, enfin, les conflits de compétence entre les collectivités locales et la Sécurité Sociale dans le domaine de l'aide sociale aux personnes âgées, constituent des obstacles redoutables. L'actuel gouvernement a toutefois clairement annoncé sa volonté de les surmonter, et à prévu la création à brève échéance d'une «prestation - autonomie».

104

Toutefois, l'objet du présent article n'est pas de s'introduire dans ces débats institutionnels, mais de s'interroger sur la nature même du risque dépendance. On postulera en effet l'existence d'un risque spécifique, la perte d'autonomie, dont l'assurance convenablement tarifée peut compenser, ne serait-ce qu'au moyen d'un supplément de revenu, la perte de bien-être consécutive à l'apparition d'un handicap, et on s'intéressera à la distribution statistique de ce risque ainsi qu'aux conditions de son assurance efficace, soit par la décentralisation par le marché, soit à l'aide de l'intervention publique, soit, enfin, par des transferts non marchands au sein des familles.

Pour s'exprimer en des termes davantage statistiques et économiques que juridiques ou administratifs, ces réflexions ne sont pas pour autant déconnectées des préoccupations des pouvoirs publics. En insistant tout d'abord sur les incertitudes sur la nature et l'ampleur numérique et qualitative du risque dépendance, on renforce certainement les arguments budgétaires en défaveur d'une prise en charge publique. Mais on rappelle ensuite les arguments économiques qui soutiennent le principe d'une assurance publique, lorsque le risque n'est pas ou pas suffisamment diversifiable ou que son assurance s'expose à des distorsions d'«antisélection».

Le risque dépendance

On se propose ici d'indiquer les fluctuations importantes qui affectent la définition et la mesure de la dépendance des personnes âgées, ainsi que les limites des instruments de mesure et de prévision.

Définir la dépendance

Par dépendance ou perte d'autonomie des personnes âgées, on entend un ensemble complexe de situations pathologiques, physiologiques et sociales. Plus précisément, on a coutume de distinguer :

- la déficience, qui désigne toute altération d'une fonction anatomique ou psychologique, par rapport à une certaine norme biomédicale. Un désordre fonctionnel même limité pourrait ainsi se ranger sous cette acception ;

- l'incapacité correspond quant à elle à une réduction des possibilités d'accomplissement de certaines activités jugées normales (se lever, marcher, effectuer des gestes ordinaires de la vie quotidienne...). La dépendance n'est donc plus appréciée au regard du fonctionnement « idéal » d'un organe, mais de l'incidence d'un trouble fonctionnel sur les actes de la vie, ce qui induit une restriction sensible ;

- le désavantage social, enfin, exprime les difficultés d'un individu atteint d'une déficience fonctionnelle ou d'une incapacité - ou des deux - à tenir son rôle social. Cette définition insiste donc sur les incidences sociales de l'incapacité : une chose est pour un individu d'éprouver des difficultés pour sortir de son domicile, par exemple, une autre est de voir de ce fait se réduire son réseau de sociabilité.

Si l'on n'exclut aucune de ces définitions, alors la notion de dépendance atteint un niveau élevé de complexité, et se laisse malaisément enfermer dans une grille rigide. Le terme même de dépendance fait référence tout à la fois à la dimension physiologique - dépendre de son corps pour effectuer certaines tâches - et à la dimension sociale - dépendre d'autrui pour la réalisation de ces tâches. Certes, il convient de relever les efforts importants déployés par l'Organisation Mondiale de la Santé (1980) pour définir une classification internationale des handicaps (CIH) qui s'efforce de tenir de la triple dimension pathologique, physiologique et sociale du handicap. Toutefois, la plupart des études épidémiologiques disponibles (ROBINE, 1993) recourent à des sources statistiques nationales qui utilisent des définitions variables, mais le plus souvent centrées sur la notion d'incapacité.

En France, les travaux d'Alain COLVEZ (1990) ont permis, à la suite de trois enquêtes épidémiologiques menées en Haute Normandie en 1979-1980, en Ile de France en 1982 et en Languedoc-Roussillon en 1983, de construire une classification des situations de dépendance des personnes âgées en quatre positions :

- 1 - personnes confinées au lit ou au fauteuil ;
- 2 - personnes non confinées au lit ou au fauteuil, mais ayant besoin de l'aide d'un tiers pour la toilette et l'habillage ;
- 3 - personnes non confinées au lit ou au fauteuil, n'ayant pas besoin de

l'aide d'un tiers pour la toilette et l'habillement, mais ne sortant pas de leur domicile sans l'aide d'un tiers ;

4 - autres personnes, considérées comme non dépendantes.

La plupart des études récentes regroupent les deux premières positions sous la rubrique «incapacité sévère», la troisième position étant qualifiée d'«incapacité modérée».

La dépendance en France : une image floue

Combien dénombre-t-on de personnes âgées dépendantes en France aujourd'hui ? Selon des calculs effectués par le Ministère des Affaires sociales (KERJOSSE, 1993), il y avait environ 1,5 millions de personnes âgées dépendantes à la fin des années quatre-vingt, dont près de 550 000 souffrant d'une incapacité sévère (cf. Tableau 1). Parmi ces dernières, 40% résidaient en institution².

Tableau 1 : *Effectifs et caractéristiques des personnes âgées selon leurs lieu de vie*

	Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus	Niveau de dépendance			
		Confinés au lit ou au fauteuil	Aidés pour la toilette l'habillement	Ensemble dépendance lourde	Ne sortant pas seuls
domicile	7 830 000	149 000	164 000	313 000	853 000
en établissement	520 000	85 000	151 000	236 000	79 000
Total	8 350 000	234 000	315 000	549 000	932 000

106

Source : KERJOSSE (1993)

Or ce chiffre de 550 000 personnes lourdement dépendantes, qui a servi de référence aux évaluations financières réalisées lors des tentatives pour légiférer dans le domaine de la dépendance, peut être sinon contesté, du

2. La distinction, parmi les personnes âgées dépendantes, entre celles qui vivent dans leur logement et celles qui sont hébergées en institution n'a pas seulement pour but de révéler des différences de conditions de vie et de sociabilité, mais renvoie en outre à des difficultés statistiques. En effet, les enquêtes par sondage auprès des ménages, comme l'enquête «Santé» réalisée par l'Insee ne permettent de recueillir de l'information que concernant les seules personnes résidant dans leur logement et excluent les personnes hébergées en institution. Toutefois les travaux du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), qui réalise une enquête nationale sur les personnes âgées en institution (MIZRAHI et SERMET, 1993), permettent de combler cette lacune.

moins mis à jour. Il repose en effet, pour les personnes vivant dans leur logement, sur une enquête ancienne : l'enquête sur les conditions de vie réalisée par l'Insee en 1986-1987. Or des données plus récentes, tirées de l'enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'Insee en 1991-1992, conduisent à aggraver le diagnostic (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : *Nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile selon l'enquête «Santé» de 1991-1992*

degré de dépendance	nombre de personnes âgées de 65 ans et plus
confiné au lit ou en fauteuil	282 000
à besoin d'une aide pour la toilette et l'habillage	118 400
confiné au domicile	881 400
autres personnes	6 889 700

Il y aurait ainsi en 1992, parmi les personnes résidant dans leur logement, 400 000 personnes âgées lourdement dépendantes, au lieu de 313 000 dans l'évaluation fondée sur l'enquête de 1986-1987. De plus, selon cette même enquête sur la santé et les soins médicaux, on dénombrerait 720 000 personnes supplémentaires se révélant inaptes à réaliser au moins une des tâches domestiques qui leur permettraient de vivre seules dans leur logement, comme faire des courses, préparer un repas, entretenir la maison, rédiger un chèque ou téléphoner...

Il y a donc lieu de penser que le nombre de personnes âgées dépendantes est sous-estimé. D'autres éléments peuvent être avancés à l'appui de cette hypothèse : ainsi, les positions 1 et 2 de la classification d'A. COLVEZ ne retiennent-elles pas les personnes qui, sans souffrir d'incapacités physiques majeures, connaissent de graves troubles du comportement ou ont besoin de l'aide d'un tiers pour s'orienter³. Une étude du Ministère des Affaires sociales (KERJOSSE, 1992) évalue à 35 000 le nombre des personnes âgées hébergées en institution qui sont confrontées à cette situation, sans même inclure les 20 000 personnes âgées hébergées en établissement psychiatrique.

D'autres études, fondées sur des méthodologies différentes, conduisent également à réviser à la hausse l'évaluation du nombre de personnes âgées dépendantes. Une série d'enquêtes menées par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS, 1994), auxquelles a été appliquée une méthode de notation - un score est attribué à chaque

3. Notons également que si l'existence d'une grille permet d'objectiver des critères de dépendance, elle ne résout pas le problème de la mesure concrète de leur intensité (qui est-ce qui ève aidé pour faire sa toilette ?), ce qui constitue une cause supplémentaire d'imprécision dans le chiffrage de la dépendance.

personne interrogée selon ses réponses à cinquante questions regroupées en cinq rubriques (soins personnels, déplacements, activités domestiques, vie sociale, état de santé physique et psychique) - conduit à une évaluation de 670 000 personnes en situation de dépendance forte (score égal ou supérieur à 25).

L'évolution future de la prévalence des incapacités

Dénombrer à un moment donné les personnes âgées dépendantes est déjà un exercice périlleux. Que dire alors d'un exercice de projection ? Prévoir à moyen-long terme l'évolution du nombre des personnes âgées dépendantes requiert des hypothèses relatives à la mortalité générale et aux taux de prévalence des incapacités aux âges élevés, et surtout à l'interaction entre les deux.

Plusieurs modèles épidémiologiques s'affrontent quant à l'évolution des taux de prévalence. Selon le modèle dit de la «pandémie des troubles mentaux, des maladies chroniques et des incapacités», l'allongement de l'espérance de vie se traduit seulement par une diminution de la probabilité de conclusion mortelle d'une incapacité, et par conséquent les années de vie gagnées sont pour l'essentiel des années de vie avec incapacité sévère. A l'opposé, le modèle de la «compression de la morbidité» suppose que la progression de l'espérance de vie se traduit par un report de l'âge moyen d'incidence des incapacités : les années supplémentaires de vie sont alors des années en bonne santé. Entre les deux, les «théories de l'équilibre» postulent le ralentissement de la progression des incapacités sans diminution de leur probabilité d'incidence : le nombre de personnes en situation d'incapacité augmente, mais leur degré d'incapacité est moins sévère.

L'indicateur calculé pour tester chacun de ces modèles est l'espérance de vie sans incapacité, ou plus précisément le rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie totale. Sous l'hypothèse de «pandémie des incapacités», ce rapport doit diminuer, alors qu'il doit augmenter si le modèle de la «compression de la morbidité» est juste, et rester stable selon les «théories de l'équilibre». Selon l'étude de Jean-Marie ROBINE, déjà citée, la plupart des tests réalisés au cours des années quatre-vingt concluaient à la justesse de l'hypothèse de la «pandémie des incapacités» lorsque les espérances de vie sont calculées à la naissance. En revanche, lorsque l'on calcule les espérances de vie totale et sans incapacité à 65 ans, les résultats sont plus nuancés : une proportion significative d'études conclut à la validité de la théorie de la «compression de la morbidité».

Plus récemment, une étude sur données françaises, due à J.-M. ROBINE et P. MORMICHE (1993), qui s'appuie sur les résultats de l'enquête sur la

santé et les soins médicaux réalisée par l'Insee en 1991-1992, conclut à une augmentation importante de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans entre 1981 et 1991 (Tableau 3). Pour les hommes, l'espérance de vie à 65 ans est passée de 14,1 ans à 15,7 ans entre 1981 et 1991, tandis que l'espérance de vie sans incapacité s'est élevée de 8,8 ans à 10,1 ans : si le nombre d'années vécues en incapacité tend donc à augmenter en valeur absolue chez les hommes, la part que représentent ces années dans la durée moyenne de vie après 65 ans tend quant à elle à diminuer légèrement, si bien que l'on peut parler de «compression relative de la morbidité». Au surplus, la progression du nombre d'années vécues en incapacité après 65 ans est essentiellement imputable à l'augmentation de la durée de vie en incapacité modérée, l'espérance de vie en incapacité sévère ayant légèrement reculé entre 1981 et 1991.

Tableau 3 : *Variation de l'espérance de vie à 65 ans entre 1981 et 1991*

En années

	1981	1991	Evolution
Hommes			
Espérance de vie	14,1	15,7	+ 1,6
dont : avec incapacité sévère	1,0	0,9	- 0,1
Espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	+ 1,7
dont : avec incapacité modérée	4,3	4,7	+ 0,4
Espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	+ 1,3
Femmes			
Espérance de vie	18,3	20,1	+ 1,8
dont : avec incapacité sévère	1,8	2,0	+ 0,2
Espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	+ 1,6
dont : avec incapacité modérée	6,7	6,0	- 0,7
Espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	+ 2,3

Sources : *Situations démographiques, recensements de la population et enquêtes sur la santé, Insee*

Calculs : *Inserm, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier*

Pour les femmes, les résultats sont différents : le nombre d'années vécues en incapacité après 65 ans a baissé entre 1981 et 1991, et le rapport entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie totale, toutes deux mesurées après 65 ans, a franchement augmenté entre 1981 et 1991. De plus, toujours contrairement à la situation observée chez les hommes,

le nombre moyen d'années vécues en incapacité sévère par les femmes âgées de plus de 65 ans a augmenté, et la part de ces années dans la durée totale de vie après 65 ans a très légèrement progressé. Le nombre moyen d'années en incapacité modérée a quant à lui nettement reculé, de l'ordre de 10 % entre 1981 et 1991, et cette évolution a contribué à l'évolution globalement favorable de l'espérance de vie sans incapacité des femmes.

Ainsi, les résultats de cette étude française semblent valider l'hypothèse de «compression de la morbidité». Ils sont parfaitement confirmés par une étude récente du CREDES (MIZRAHI, 1994) qui calcule à l'aide des données des enquêtes sur la santé et les soins médicaux de l'Insee l'évolution entre 1980 et 1991 de deux indicateurs : le pronostic vital d'une part, et un indicateur d'invalidité en huit positions d'autre part. Les auteurs observent une nette diminution au cours de cette période de l'incidence tant des pronostics vitaux les plus péjoratifs que des invalidités entraînant une activité très ralentie, qui bénéficient davantage aux femmes qu'aux hommes, et aux personnes âgées de plus de 80 ans qu'aux personnes plus jeunes.

On observe ainsi que les études sur données françaises conduisent à des conclusions moins indécises que les principales études internationales. Des études complémentaires seront nécessaires, ainsi que, probablement, d'amples progrès méthodologiques, pour parvenir à une confirmation. En effet, les instruments de mesure des incapacités sont loin d'être exempts de toutes critiques :

110

- en premier lieu, la baisse des quotients de mortalité aux âges élevés que l'on observe dans tous les pays développés modifie tout à la fois l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité. On peut ainsi montrer qu'à taux de prévalence par âge des incapacités inchangés, la baisse de la mortalité aux âges élevés peut entraîner une évolution de l'espérance de vie sans incapacité plus rapide que celle de l'espérance de vie totale, et favoriser l'hypothèse de «pandémie des incapacités» ;

- d'autre part, les méthodes de calcul de l'espérance de vie sans incapacité ne sont pas exemptes de critiques. La méthode la plus courante, dite méthode de Sullivan, consiste à évaluer cette espérance de vie sur la base des taux de prévalence courants : il s'agit donc d'un indicateur retardé, puisqu'il dépend indirectement de l'histoire passée des probabilités d'entrée en incapacité, alors qu'un indicateur parfaitement conjoncturel se fonderait sur les valeurs courantes de ces probabilités d'entrée (de même que l'espérance de vie globale se fonde sur des probabilités de décès courantes et non pas sur leur cumul depuis la naissance dans les générations en vie à la date courante). Des enquêtes avec deux passages, enregistrant les changements d'états morbides et vitaux, sont nécessaires pour parvenir à ces estimations plus précises de l'espérance de vie sans incapacité du moment ;

- mais une telle méthode garderait le défaut de reposer sur l'hypothèse forte d'irréversibilité des incapacités. Or on sait que la récupération des fonctions détériorées est, autant que le recul de l'âge d'apparition des incapacités, un puissant facteur d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité. Certaines méthodes, dites méthodes des tables multi-états, quoique de mise en oeuvre complexe, permettent de mesurer la récupération des fonctions perdues.

Au total, il semble que le système d'information sur les incapacités soit encore trop embryonnaire pour permettre une prévision suffisamment précise de l'évolution à moyen-long terme de la prévalence des incapacités. En particulier, il serait sans doute imprudent d'extrapoler, à partir de l'étude de Jean-Marie ROBINE et Pierre MORMICHE, une progression du nombre de personnes âgées dépendantes sensiblement moins rapide que celle du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus. A preuve, l'étude précitée de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés retient, à l'horizon 2020, une progression du nombre de personnes âgées lourdement dépendantes parallèle à celle du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, soit une augmentation de 70 % environ.

A ces observations démographiques et épidémiologiques doivent être ajoutées des arguments économiques utiles pour une analyse à moyen-long terme des besoins d'assurance. Ainsi convient-il sans doute de tenir compte de l'évolution future du pouvoir d'achat des retraités, si l'on souhaite doter un système d'assurance publique contre la dépendance de propriétés redistributives et/ou tracer une frontière entre l'intervention publique et la décentralisation par le marché. A cet égard, des perspectives aujourd'hui moins favorables en matière de revalorisation des retraites devraient être nuancées par le développement des ménages de retraités avec deux pensions de droit direct et la généralisation des droits propres à la retraite des femmes.

Ces incertitudes conduisent à penser que l'assurance du risque dépendance constitue une opération délicate. On va cependant montrer à présent comment elle pourrait être envisagée dans un cadre public puis dans un cadre privé convenablement réglementé.

Comment assurer le risque dépendance ?

Outre les problèmes inhérents à la présence d'un risque peu diversifiable, une assurance dépendance privée rencontre les difficultés générales d'un marché assurantiel en présence d'hétérogénéité inobservable par l'assureur ou de comportements opportunistes des assurés. Ces difficultés sont rappelées en introduction à l'exposé, mais elles ne suffisent pas à fonder de manière décisive l'assurance publique du risque dépendance : on peut

craindre en effet qu'un régime public soit moins à même d'éviter une éventuelle dérive des dépenses qu'une assurance privée, reposant davantage sur la contractualisation. Par ailleurs, l'existence de comportements d'auto-assurance du risque dépendance au sein de la famille amène à rechercher les incitations les plus efficaces à une telle internalisation des dépenses. Au total, à condition d'être suffisamment diversifiée, l'intervention publique dans l'assurance dépendance peut sortir renforcée de l'analyse.

Une assurance dépendance privée est-elle possible ?

Le faible développement du marché de l'assurance dépendance tient à deux raisons principales. D'une part, les imperfections du marché rendent difficile la mise au point de contrats d'assurance et limitent l'offre à des propositions de couvertures très partielles. Dans ces conditions, d'autre part, les assureurs se heurtent à une demande insuffisante, rebutée par le coût de l'assurance et sceptique quant à son utilité.

Proposer une police d'assurance est risqué

En premier lieu, le risque de dépendance de long terme est-il réellement assurable ? Pour l'assureur, le décalage entre la date à laquelle il commence à encaisser les primes et celle à laquelle il doit verser des prestations est source d'incertitudes macro-démographiques et macro-économiques (CUTLER, 1993). Les premières - difficulté de prévoir les besoins futurs - ont déjà été évoquées. Les secondes ont trait à l'épineuse question de l'anticipation du coût futur de la prise en charge de la dépendance. En effet, ce coût est pour l'essentiel celui d'un service pur ; son évolution dépend donc d'hypothèses incertaines sur le coût salarial futur d'une profession, qui, de plus, est encore mal définie. En particulier, la difficile tarification de l'assistance à la vie quotidienne - basée sur des actes peu techniques mais très coûteux en temps - reste encore à établir.

Traditionnellement, l'assureur maîtrise les conséquences financières des aléas grâce à la diversification et à l'échange des risques. Cependant, la diversification n'est efficace que si, en moyenne, les risques se compensent, c'est-à-dire s'ils ne sont pas corrélés entre eux. Or, dans le cas de la dépendance, la principale source d'incertitude pour l'assureur serait plutôt la dépense moyenne future des assurés (c'est-à-dire l'espérance du risque individuel), que les variations de dépenses d'un individu à l'autre (c'est-à-dire les écarts observés des risques individuels à cette espérance). En élargissant sa clientèle, l'assureur pourra minimiser les conséquences financières de la deuxième incertitude, mais pas de la première.

En pratique, la tabulation actuarielle du risque dépendance est d'autant plus délicate qu'elle ne peut s'appuyer sur une observation fine des

comportements présents ou passés. Très peu de données sont en effet disponibles sur les durées de séjour en établissement de soins de long terme ou sur le nombre et le calendrier des séjours pour un même individu.

Une seconde interrogation porte sur le risque de comportements opportunistes des assurés potentiels. Pour élaborer leurs lois statistiques globales, les assureurs doivent donc endogénéiser les modifications de comportement des consommateurs induites par le fait même de proposer une assurance dépendance.

- Modification de la demande d'assurance

Quelle que soit l'assurance considérée, les décisions de souscription des individus dépendent d'informations sur leur exposition au risque que l'assureur n'a pas en sa possession. Seuls veulent s'assurer les «hauts risques», c'est-à-dire ceux qui craignent de devoir faire face à des sinistres importants (en nombre ou en valeur). Ce phénomène, connu sous le nom d'anti-sélection semble spécialement vraisemblable dans le cas de l'assurance dépendance pour deux raisons. Premièrement, parce que les assureurs ont des difficultés particulières à identifier ces hauts risques. S'ils peuvent obtenir des informations objectives sur la santé de l'assuré potentiel, ils ne peuvent prévoir la manière dont il réagira en cas de dépendance. En particulier, préférera-t-il l'aide bénévole de ses proches à une aide formelle (professionnelle) ? Ou encore, privilégiera-t-il les soins à domicile ou l'entrée en institution, plus coûteuse pour l'assureur ? Deuxièmement, les «bas risques» seront d'autant moins enclins à s'assurer par «précaution» que le coût de l'assurance est élevé et immédiat alors que les bénéfices en sont lointains et hypothétiques. Ce point est particulièrement vrai si l'on suppose que les consommateurs n'ont qu'une rationalité limitée ou qu'ils sont soumis à des contraintes de liquidité strictes.

113

En théorie, des contrats différenciés permettent à l'assureur de se prémunir contre les conséquences financières de l'anti-sélection en amenant l'assuré à révéler sa classe de risque par son choix de contrat. Mais dans l'immédiat, le manque d'expérience et d'information des assureurs rend la définition de contrats multiples très hasardeuse, et risquerait de déprimer encore plus une demande déjà très faible.

- Modification des comportements d'exposition au risque

Dans le domaine de la dépendance, il est peu probable que les comportements d'aléa moral revêtent la forme habituelle d'un relâchement des efforts de protection vis-à-vis du risque. Par contre, comme certaines prestations associées à la dépendance sont particulièrement attractives, l'assuré à qui elles ne coûtent rien (ou presque) sera incité à en faire une consommation non justifiée. Par exemple, il aura volontiers recours à une

aide ménagère si le prix de celle-ci est largement subventionné par l'assurance. Mais l'aléa moral peut aussi prendre une forme moins répréhensible. C'est notamment le cas lorsque l'assuré fait appel à l'assurance pour des tâches contraignantes qui, en l'absence de prise en charge formelle, incomberaient à sa famille⁴. Dans ce dernier cas en effet, le besoin n'est pas créé, mais seulement révélé par l'assurance. De manière générale, des comportements déviants apparaissent car le droit à la prestation ne peut être défini de manière incontestable. Il n'y a souvent pas de «sinistre» clair, car, comme nous l'avons vu, la définition de la dépendance reste assez imprécise⁵.

Les consommateurs semblent peu intéressés

A l'heure actuelle, la demande d'assurance dépendance reste limitée. On peut avancer trois raisons pour expliquer ce faible dynamisme :

- la première s'apparente à un argument de rationalité limitée. Imparfaitement informés (ou naturellement trop optimistes), les consommateurs évaluent mal le risque d'être un jour dépendant et les charges en découlant et, de plus, surestiment la couverture publique. Cette méconnaissance d'un risque à horizon assez lointain a été confirmée par des enquêtes américaines (RICE, 1989 ; CUTLER, 1993). Toutefois, d'autres sondages américains montrent que 40 à 70% des personnes âgées seraient intéressées par des contrats d'assurance couvrant les soins de long terme. L'argument de myopie du consommateur ne suffit donc pas pour expliquer le faible nombre de contrats souscrits ;

- la seconde fait référence au prix de l'assurance : des primes de risque⁶ conséquentes s'ajoutent au coût actuariel déjà élevé de la prise en charge de la dépendance pour faire de l'assurance dépendance un produit de luxe. La plupart des études réalisées aux Etats-Unis arrivent à la conclusion que seule une minorité de personnes âgées peut s'offrir une assurance privée de qualité pour soins de longue durée (27% des personnes âgées par exemple pour des primes limitées à 10% des revenus courants, HAGEN 1990, cité par CUTLER, 1993). Et effectivement, on constate que les américains qui ont souscrit une assurance dépendance jouissent d'un

4. Cette remarque renvoie à la question particulière de l'éviction de l'offre informelle par l'offre formelle qui sera examinée plus loin. D'une façon plus générale, elle laisse apparaître la difficulté à décrire les interactions complexes entre les comportements de plusieurs acteurs rationnels (la personne âgée, sa famille, l'assureur, etc.).

5. De plus, en matière de dépendance, aucun intermédiaire hautement qualifié (comme le médecin dans le cas de l'assurance maladie) n'est en position d'établir un diagnostic et de prescrire un traitement qui fassent autorité.

6. La prime de risque est la somme qu'exige l'assureur en plus de l'espérance de la valeur du risque (c'est-à-dire de son coût actuariel), pour tenir compte de ses frais de gestion, et pour se couvrir contre les fluctuations des dépenses autour de leur valeur actuarielle.

revenu et de liquidités nettement plus importants que l'ensemble de la population, alors que 91% de ceux qui ont renoncé à s'assurer invoquent le rôle fortement désincitatif du montant des primes (LIFEPLANS, 1992, cité dans CUTLER, 1993) ;

- la troisième raison fait intervenir la rationalité du consommateur, qui compare les bénéfices qu'il peut tirer de l'assurance aux sommes qu'il doit y consacrer. Or justement, la prudence des assureurs les incite à ne proposer que des polices alliant des conditions d'admission très strictes à des prestations très limitées, et à imposer de surcroît une forte prime de risque à leurs assurés. Dans le même temps, l'assurance implicite et gratuite assurée par l'entourage réduit la valeur d'une assurance formelle. PAULY (1990) le formule de manière plus radicale en disant que les bénéfices de l'assurance dépendance profitent en fait plus aux héritiers de la personne âgée dépendante qu'à elle-même. En effet, les proches sont déchargés de l'aide que requiert l'assuré dans la mesure où celui-ci peut se la procurer par l'intermédiaire de son assureur.

Portée et limites de l'intervention de l'Etat en matière d'assurance dépendance

L'ensemble des arguments précédents, qui rendent compte des difficultés du marché à assurer efficacement le risque dépendance, pourraient se transformer en autant de plaidoyers en faveur de l'intervention publique. De fait, des considérations d'efficacité comme d'équité militent en faveur de la création d'un dispositif public d'assurance dépendance. Mais cette intervention de la puissance publique, sans doute nécessaire, n'est pas suffisante : d'une part, elle ne permet pas, en tant que telle, d'éviter les problèmes d'aléa moral, et à certains égards le marché est mieux à même de déterminer les incitations adéquates, et d'autre part l'Etat se doit de diversifier ses modes d'intervention, notamment en renforçant l'efficacité de l'assurance au moyen d'une réglementation adaptée.

En premier lieu, l'Etat dispose d'un avantage certain par rapport au marché, dans la mesure où il a une meilleure capacité de résistance à des fluctuations macro-économiques du risque. L'horizon de sa contrainte de solvabilité est en effet plus lointain que celui d'un assureur privé : il peut mieux gérer les risques inter-temporels liés à l'assurance dépendance. Toutefois, cet avantage a des contreparties sérieuses, comme le coût d'opportunité des fonds publics et les risques de dérive des dépenses.

L'intérêt de l'assurance publique en cas d'anti-sélection est par ailleurs bien connu (HENRIET et ROCHET, 1991). En effet, l'assureur doit proposer des contrats d'assurance qui dissuadent les assurés de le tromper sur leur classe de risque. Ces contrats se traduisent nécessairement par l'assurance complète des «hauts» risques, mais par une sous-assurance des «bas»

risques, de façon que les premiers ne soient pas incités à opter pour les contrats offerts aux seconds. L'équilibre atteint par le marché concurrentiel n'est donc pas efficace, et, bien que des modalités plus souples d'incitation puissent se concevoir⁷, l'adhésion obligatoire à un régime public garantit à tous les assurés une couverture complète et réalise la mutualisation de l'ensemble des risques, les «bas» comme les «hauts».

A cet argument d'efficacité économique s'ajoutent d'évidentes considérations d'équité. D'une part, certaines discriminations «horizontales» peuvent être socialement indésirables : par exemple, faudrait-il alourdir les primes d'assurance dépendance acquittées par les femmes au motif que leur espérance de vie avec incapacité est plus élevée que celle des hommes ? D'autre part, compte tenu du coût élevé de l'assurance, il est à craindre que les personnes à faibles ressources ne soient dissuadées de s'assurer, et dans ce cas un régime public d'assurance dont l'adhésion est soumise à une condition de ressources, permet d'améliorer le bien-être de ces personnes.

Mais ces arguments, pour puissants qu'ils soient, ne permettent pas d'invalider entièrement le rôle du marché dans la régulation du risque dépendance. Il faut en effet compter avec les situations d'aléa moral, auxquelles sont confrontés les régimes publics comme privés, et que probablement le marché permet de prévenir plus efficacement. Les assureurs privés disposent en effet d'une panoplie imposante de moyens tarifaires - franchises, primes évoluant en fonction du comportement passé - et de moyens de contrôle et de sanction. C'est ici l'argument de décentralisation qui est déterminant : parce que l'assureur privé est plus proche des individus que l'Etat, il peut plus aisément influencer leurs comportements à l'égard du risque et de l'assurance. La puissance publique serait donc en difficulté pour assurer efficacement un risque comme la dépendance qui requiert une adaptation rapide à une demande susceptible d'évoluer fortement dans l'avenir.

Au total, la frontière à tracer entre la part du risque dépendance qui revient au marché et celle qui doit être assurée par un régime public est des plus incertaines. On peut même se demander si cette opposition entre une régulation décentralisée par le marché et une régulation publique centralisée dans le cadre de régimes obligatoires n'est pas quelque peu artificielle, et il existe sans doute des moyens termes entre ces extrêmes : ainsi, l'Etat peut jouer un rôle important dans la régulation du risque dépen-

7. On peut ainsi concevoir des contrats privés collectifs à adhésion obligatoire, institués par exemple dans le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle. De plus, HENRIET et ROCHET (1991) montrent qu'il est possible d'inciter des assureurs privés à mutualiser «bas» et «hauts» risques en leur imposant un niveau plafond des primes auquel doit être associée l'assurance complète.

dance, sans requérir la «nationalisation» de l'assurance, mais en produisant une réglementation de nature à renforcer l'efficacité de l'allocation par le marché. On sait par exemple qu'en présence d'aléa moral, une certaine restriction de la liberté d'assurance est nécessaire afin de contraindre les assurés à supporter effectivement une partie du coût et ainsi à observer des comportements prudents à l'égard du risque. Par ailleurs, comme on l'a vu, il existe des moyens réglementaires pour corriger les conséquences de l'anti-sélection : clauses de non-discrimination, obligation de proposer des contrats avec assurance complète... Un autre argument en faveur d'une réglementation du marché de l'assurance réside dans les dangers d'une trop forte diversification des contrats à laquelle peut conduire la concurrence, et qui risque de désorienter les clients. La réglementation peut ainsi imposer une certaine standardisation des contrats et guider le consommateur vers des décisions rationnelles.

En définitive, dans un domaine aussi mouvant que l'assurance du risque dépendance, il faut sans doute envisager la question des places respectives de l'Etat et du marché davantage comme un processus dynamique que comme un équilibre instantané. L'intérêt d'un régime public est sans doute de fournir un socle informationnel minimum à l'assurance du risque. L'information collectée par ce régime ou par le système statistique public peut ensuite être utilisée par les assureurs privés pour élaborer leurs contrats, et dans cette phase initiale une dose importante de réglementation est probablement nécessaire. Comme le montre l'expérience américaine, ce n'est qu'au bout d'un processus d'apprentissage assez long, au cours duquel la puissance publique et les assureurs privés bénéficient de leurs progrès mutuels dans la connaissance du risque, que l'on parvient à tracer une frontière précise entre l'Etat et le marché.

117

Le rôle primordial, mais nécessairement limité, de l'aide informelle

Le développement de couvertures proposées par le marché ou l'Etat et la large mutualisation des risques qu'elles autorisent ne doivent pas occulter l'existence de formes d'aides privées non marchandes à l'échelle plus réduite de la famille ou, plus rarement, du voisinage. L'intérêt des pouvoirs publics pour les formes familiales de prise en charge de la dépendance trouve évidemment sa source dans le souci de maîtriser les dépenses sociales. En effet, en première analyse, une aide apportée par les proches a un coût social inférieur à celui de prestations publiques équivalentes. Mais au-delà, le recours à la famille a également une influence positive sur la qualité de l'aide. Si l'Etat apparaît plus apte à assurer un soutien économique et des services impersonnels, la famille reste mieux placée pour assurer les contacts individuels et l'appui moral. La spécificité de l'aide familiale peut par ailleurs être garante d'une meilleure efficacité

économique. En effet, si les proches peuvent contrôler les efforts accomplis par la personne âgée pour préserver son autonomie, ils lutteront plus efficacement contre l'aléa moral que l'Etat ou qu'un assureur privé (ARNOTT, STIGLITZ, 1991). Enfin, le volume même de l'aide familiale (qui dépasse de très loin celui de l'aide fourni par les professionnels⁸) en fait un élément central dans la prise en charge de la dépendance.

Eviction de l'aide informelle par l'aide organisée

L'existence de cette offre informelle se révèle problématique pour le développement de l'offre organisée. En effet, si par le jeu d'une assurance (en particulier publique), les soins formels devenaient meilleur marché pour la personne âgée dépendante, celle-ci aurait vraisemblablement intérêt à décharger son entourage de certaines tâches contraignantes en les reportant sur des prestataires extérieurs. Plusieurs études américaines ont mis en évidence l'incidence des règles de remboursements des frais liés à l'institutionnalisation sur la demande exprimée pour cette dernière (CUTLER, SHEINER, 1993, GARBER, MACURDY, THOMAS, 1993) : par exemple, la durée du remboursement influe directement sur la durée de séjour en institution. Ces travaux économétriques semblent accrédi- ter la thèse de l'aléa moral, c'est-à-dire d'un choix d'entrée en institution lié au coût de ce mode de prise en charge, et non uniquement à la gravité de l'état de dépendance. En matière d'aide à domicile, l'observation suggère que c'est la famille qui fournit l'aide que le secteur marchand ne propose pas, et non l'inverse. L'aide organisée ne supplée donc pas une aide familiale défaillante, et dans ce cas aussi le risque d'éviction est à craindre (BUNGENER, 1993).

La reconnaissance de l'aide informelle

La reconnaissance de l'aide informelle est primordiale pour que celle-ci continue à jouer son rôle, quantitativement et qualitativement irremplaçable. En s'occupant de leurs proches dépendants, les ménages évitent des dépenses à la collectivité. La prise en charge informelle produit donc des externalités positives, que l'on devrait internaliser en rétrocédant aux aidants une part des économies induites par leur comportement. Dans ce cas, l'aide est perçue par les bénéficiaires comme une compensation partielle des charges ou des manques à gagner subis. De manière alternative, l'aide aux aidants peut être conçue comme un soutien non monétaire, comme en témoignent les expériences étrangères. En RFA, des « presta-

8. Pour les personnes dépendantes vivant à domicile, l'aide bénévole est 3 fois plus importante en nombre d'heures que l'aide professionnelle. Et plus de la moitié des personnes très dépendantes ne bénéficient que de l'aide de leur entourage (Bouget, Tatarin, 1990).

tions dépendance» (comme le financement d'un court séjour en institution de la personne dépendante) sont accordées aux personnes soignantes pour leur permettre de prendre des vacances. Les aidants bénéficient également d'avantages (ténus) pour leurs droits à la retraite (JOEL, 1993). Le Japon est encore allé plus loin, en jouant sur le sens civique de ses habitants pour développer le bénévolat (KAMEL, 1993). Il a notamment instauré une reconnaissance officielle dans le cadre de l'activité professionnelle des travaux d'utilité collective (le temps qui leur est consacré intervient dans la notation des employés) ainsi qu'une possible «capitalisation du temps consacré à l'entraide» (les heures d'aide données gracieusement aujourd'hui ouvrent le droit à des heures d'aide gratuite plus tard). En France, l'aide informelle reste peu reconnue⁹, sans doute en raison du poids de l'obligation alimentaire légale¹⁰.

L'aide informelle repose sur un réseau social étendu et coopératif

Conclure de ce débat autour de l'aide informelle que les familles aident moins les personnes dépendantes que par le passé serait toutefois prématuré (BUNGNER, 1993). En revanche, offrir son aide peut soulever des difficultés plus importantes qu'autrefois. D'abord parce que le nombre d'aidants potentiels diminue alors que les besoins augmentent. Dans les pays occidentaux par exemple, le nombre d'enfants par personne âgée décline. Et ensuite, car les conditions mêmes de l'aide changent. Les modes de vie ne privilégient plus la cohabitation des générations ni la proximité géographique : le travail des femmes, qui sont de fait les principaux soutiens, se développe, et leur attitude vis-à-vis de l'emploi se modifie. L'aide informelle pour irremplaçable qu'elle soit n'est donc plus suffisante pour assurer une couverture minimale à l'ensemble de la population.

119

Cette présentation des enjeux tant statistiques qu'économiques de l'assurance du risque dépendance ne conduit pas de manière claire à la formulation d'une stratégie optimale de politique sociale. On voit néanmoins se dégager l'idée fondamentale que l'intervention publique est

9. Ainsi, l'allocation compensatrice pour tierce personne dont bénéficient de nombreuses personnes âgées handicapées est réduite quand l'aidant appartient à la famille de l'aidée, et la prestation de garde à domicile n'est pas accordée à une personne âgée lorsque la garde est assurée, moyennant rémunération, par ses enfants qui l'hébergent.

10. En effet, l'aide sociale n'intervient encore souvent qu'après paiement des dettes alimentaires, au terme d'une procédure nécessairement longue et délicate. De plus, l'obligation alimentaire exige des efforts financiers de la part des familles sans commune mesure avec ce qui avait été prévu par le législateur au XIX^e siècle. Aussi, contestées et difficiles à mettre en oeuvre, les clauses rendant l'aide sociale subsidiaire à l'aide alimentaire tendent à disparaître (c'est le cas par exemple pour l'aide ménagère aux personnes âgées).

nécessaire pour organiser efficacement l'assurance du risque dépendance. Mais justement, cette recherche d'efficacité impose à l'Etat de diversifier ses modes d'intervention, et de ne pas la limiter à sa modalité la plus traditionnelle : la création d'un régime public et obligatoire d'assurance.

Plus précisément, on pourrait distinguer trois canaux de l'intervention de l'Etat, qui pourraient correspondre aux trois étages d'un système d'assurance dépendance :

- en premier lieu, un régime public et obligatoire pourrait remplir plusieurs fonctions : couverture de base d'un risque peu diversifiable, redistribution au profit des personnes âgées aux ressources les plus modestes... L'espace financier requis par un tel régime est déjà largement occupé par les dispositifs existants, même si ceux-ci n'ont pas toujours été explicitement conçus pour les personnes âgées dépendantes. Les récentes propositions de refonte de l'allocation compensatrice accordée aux personnes handicapées vont dans le sens sinon d'une extension de la prise en charge publique de la dépendance, du moins d'une clarification du système. De plus, si elles sont soumises à des conditions de ressources suffisamment strictes, des allocations dépendance permettraient sans doute de respecter la contrainte pesant actuellement sur les finances publiques ;

- parallèlement, des incitations pourraient être mises en place en direction des familles et des organismes susceptibles de dispenser une aide de proximité - associations, collectivités locales... - pour encourager une prise en charge de premier niveau de la dépendance, et ainsi limiter le risque de dérive des dépenses ;

- enfin, une régulation du marché privé de l'assurance dépendance apparaît nécessaire. Une réglementation doit tout à la fois encourager le développement du marché privé - en imposant les clauses de standardisation des contrats qui permettront une expression plus rationnelle de la demande d'assurance - et prévenir les conséquences néfastes d'une concurrence excessive sur le marché de l'assurance - en imposant des clauses de non-discrimination dans les contrats d'assurance.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Arnott, Richard ; Greenwald, Bruce C.; Stiglitz, Joseph E. (1993) : 'Information and economic efficiency' ; NBER Working Paper, N° 4533, novembre.
- Arnott, Richard ; Stiglitz, Joseph E. (1991) : 'Moral hazard and nonmarket institutions: dysfunctionnal crowding out or peer monitoring ?' ; *The American Economic Review*, Vol. 81, No. 1, pp 179-190, mars.
- Bouget, Denis, Tartarin, Robert (1990) : *Le prix de la dépendance* ; CNAVTS, La Documentation Française.
- Bungener, Martine (1993) : 'Familles et alternative à l'hospitalisation' ; in 'Les personnes âgées', *Etudes de la documentation Française*.
- Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (1994) : 'Une allocation dépendance : simulations et projections' ; *Retraite et société*, numéro spécial.
- Colvez, Alain (1990) : 'Approche épidémiologique des besoins des personnes âgées dépendantes à partir de trois enquêtes régionales' ; *Solidarité-Santé*, N° 5.
- Commissariat Général du Plan (1991) : 'Dépendance et solidarité : mieux aider les personnes âgées' ; Rapport de la Commission présidée par Pierre Schopflin.
- Cutler, David (1993) : 'Why doesn't the market fully insure long-term care ?' ; NBER Working Paper N° 4301, mars.
- Cutler, David ; Sheiner, Louise M. (1993) : 'Policy options for long-term Care' ; NBER Working Paper N° 4302, mars.
- Eckstein, Zvi ; Eichenbaum, Martin ; Peled, Dan (1985) : 'Uncertain lifetimes and the welfare enhancing properties of annuity markets and social security' ; *Journal of Public Economics*, Vol. 26, N° 3, pp 303-326, avril.
- Garber, Alan M. ; MaCurdy, Thomas E. (1993) : 'Nursing Home Discharges and Exhaustion of medicare Benefits' ; *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 88, N° 423, septembre.
- Henriet, Dominique ; Rochet, Jean-Charles (1991) : 'Microéconomie de l'assurance' ; *Economica*.
- Joël, Marie-Eve (1993) : 'Les soins de longue durée en Europe' ; XIIIèmes journées d'économie sociale, Nantes, 16-17 septembre.
- Kamel, Wassim (1993) : 'Les politiques d'hébergement et de soins aux personnes âgées au Japon' ; *Revue française des affaires sociales*, Vol. 47, N° 1, pp 135-151.
- Kerjosse, Roselyne (1992) : 'La clientèle des établissements hébergeant des personnes âgées' ; Documents statistiques du SESI (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville), N° 165.
- Kerjosse, Roselyne (1993) : 'Un million et demi de personnes âgées dépendantes' ; in *La Société Française - Données sociales 1993*, Insee.
- Mizrahi, Andrée ; Mizrahi, Arié (1994) : 'L'évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre des maladies' ; CREDES, Biblio n° 1027, août.
- Mizrahi, Andrée ; Sermet, Catherine (1989) : 'Personnes âgées en institution -

- Démographie et dépendance - Enquête nationale 1987-88'; CREDES, Biblio. N° 809, juin.
- OCDE (1994) : 'Protéger les personnes âgées dépendantes - Nouvelles orientations'; Etudes de politiques sociale N° 14.
- Organisation Mondiale de la Santé (1980) : 'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps'.
- Pauly, Mark V. (1990) : 'The rational Nonpurchase of Long-Term Care Insurance'; Journal of Political Economy, Vol. 98, N° 1.
- Rice, Dorothy P. (1989) : 'Health and Long-Term Care for the Aged'; AEA papers and proceedings, mai.
- Robine, Jean-Marie (1993) : 'Allongement de l'espérance de vie et évolution de l'espérance de vie sans incapacité'; in L'avenir de l'espérance de vie, J. Vallin Ed., INED, Congrès et Colloques, N° 12.
- Robine, Jean-Marie; Mormiche, Pierre (1993) : 'L'espérance de vie sans incapacité augmente'; Insee première, N° 281, octobre.
- Scanlon, William J. (1992) : 'Possible reforms for Financing Long-Term Care'; Journal of Economic Perspectives, Vol. 6, N° 3, été.